

**Os sentidos sobre cuidado na atenção à saúde
mental no contexto da enfermagem**

Sirlei Alves

Lenise Santana Borges

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Goiânia, 2015

Sentidos sobre cuidado na atenção à saúde mental no contexto da enfermagem

Sirlei Alves

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da professora Doutora Lenise Santana Borges.

Banca Examinadora

Data da Avaliação: ____/____/____

Profa. Dra. Lenise Santana Borges (PUC Goiás)

Orientadora

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe (PUC Goiás)

Membro Interno

Profa. Dra. Cristina Vianna Moreira dos Santos (UNIP Goiânia)

Membro Externo

Prof. Dr. Sebastião Benício Costa Neto (PUC Goiás)

Membro Suplente

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

A474s Alves, Sirlei.
Os sentidos sobre cuidado na atenção à saúde mental no contexto da enfermagem [manuscrito] / Sirlei Alves – Goiânia, 2015.
xv, 196 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, 2015.
“Orientadora: Profa. Dra. Lenise Santana Borges”.

Bibliografia.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Saúde mental. I. Título.

CDU 616-083(043)

A vida tem me ensinado que sempre há tempo para ressignificar os obstáculos e não desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Esse momento é o mais gostoso e, ao mesmo tempo, um dos mais difíceis! Como expressar, em palavras, todo o carinho e agradecimento às pessoas que me ajudaram durante este tempo para que pudesse concretizar este projeto pessoal e profissional?

Para que as primeiras ideias desta pesquisa surgissem, tomassem o rumo apresentado aqui, foi preciso que, muitas pessoas e instituições contribuíssem, direta e indiretamente, no processo. Foram tantas que se torna difícil nomear todas elas e suas respectivas ajudas. Mas é possível referir-me àquelas que foram cruciais no momento inicial, quando ainda não se tinha o formato de um projeto de pesquisa; a outras que contribuíram em alguns momentos do processo; às que colaboraram para o encerramento do trabalho; e, também, a algumas que contribuíram em todos os momentos.

Quando me refiro à ajuda, não menciono apenas as pessoas que contribuíram de maneira prazerosa e que confortaram meu coração, mas também as que cooperaram inquietando-me e me angustiando, a ponto de levar-me a duvidar da possibilidade de realizar um trabalho como este. No entanto, considero todas essas maneiras, esses jeitos diferenciados de contribuir, pois, de alguma forma, me instigaram a continuar caminhando no exercício da autocrítica.

É comum, nos agradecimentos, construir um grau de hierarquia de quem contribuiu mais ou menos. Mesmo quando se citam todas as pessoas, sempre se coloca quem é a primeira, a segunda, e assim sucessivamente. Não saberia dizer qual instituição ou pessoa foi mais importante, já que, acredito que cada uma contribuiu de acordo com suas possibilidades. Então, decidi construir não uma

hierarquia, mas uma estrutura de agradecimentos de acordo com a cronologia e a consciência dos acontecimentos.

Às minhas duas mães, Maria Creusa (*in memorian*) e Orlanda (*in memorian*), por negarem e reinventarem a instituição familiar.

Aos meus sobrinhos/as Reginaldo, Josimarcos, Deilza, Deildo, Vanessa, Denilson, Dinair e Daniela, por me ensinarem a difícil tarefa do cuidado e por tudo o que significam na minha vida.

Às pessoas que me ajudam a fazer muitas reflexões acerca da vida e de mim mesma, por me auxiliarem a pensar a desconstrução a partir de mim mesma, Sandra, Ângela, Priscila, Maria Amélia, Fabiana, Márcia e, especialmente, ao José Flávio, que me escutou, me ajudou e, fundamentalmente, me deu conforto nos momentos de angústia.

Ao meu querido Ozair, por tanta coisa que eu nem saberia dizer de modo compreensível, por ser e me deixar ser... que vem se tornando um alguém ímpar em minha vida nas partilhas e construções conjuntas, por sempre apoiar meus projetos, e me proporcionar o apoio necessário para seguir em frente. Você, me possibilitou confiar mesmo diante dos momentos conturbados que estávamos vivendo, minha imensa gratidão por todo amor, dedicação e cuidado, pela paciência que têm comigo, pelo respeito às minhas decisões, pelo companheirismo nas horas difíceis. Tê-lo ao meu lado me fez muito bem.

À amiga Estela, meus agradecimentos pela amizade, sempre solidária e atenciosa, pelas inesquecíveis conversas, pela leitura atenciosa e pelo estímulo ao aperfeiçoamento da escrita, que apoiou e acompanhou, com paciência, o meu turbulento processo de ingresso no mestrado e outras turbulências da minha vida.

Às amigas Viviane, Glayce, Vanessa, Ednalva, Lucinéia e Alice pelo incentivo e apoio em momentos decisivos.

À querida orientadora Lenise, pelas atitudes acolhedoras e cuidadosas com que me respondeu desde o início, por aceitar percorrer junto comigo este difícil caminho de construção desta dissertação, e me proporcionar a oportunidade de aprender com seus ensinamentos. Sabiamente, me desafiou, soube com “uma mão me apoiar e a outra me impulsionar”, pela compreensão e acolhimento nos meus momentos de inquietudes e insegurança, pela leitura atenciosa e pela confiança em meu trabalho. Muito obrigada por tudo!

Às amigas que pude fazer de passagem pela PUC, nas disciplinas. Por todas as “trocas sociais” que foram possíveis: ainda bem que vocês estavam por aqui.

Aos/às amigos/as Vanessa, Ednalva, Lucinéia, Marcelo, Zita, Thaís, José Arnaldo, Ana Terra, Júlia, Flávia e Sonilda, do Grupo de Estudos do Núcleo de Pesquisas *Construção de Fatos Sociais*, espaço em que muito aprendi ouvindo e interagindo com as pessoas, agradeço pela disponibilidade sempre que precisei, pela ajuda nas ponderações e estímulos acerca da pesquisa.

À Thais, pela amizade e apoio nos momentos mais difíceis, pelas conversas e pelos estímulos constantes.

À Orcélia, que esteve presente de maneira intensa, pelo acolhimento, pelo suporte e apoio imprescindível no processo de construção desta dissertação.

Agradeço à Prof.^a Cristina Vianna Moreira dos Santos e ao Prof. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, pelas considerações/contribuições valiosas na qualificação e por aceitarem novamente colaborar no exame final.

À Julieta Vilela Garcia, pela disponibilidade em revisar este trabalho, pela contribuição da leitura crítica da minha escrita.

Agradeço a todas as alunas/os do curso de graduação em enfermagem e equipes da FUNEC e FAFICH, que me proporcionaram experiências inestimáveis para a construção deste trabalho.

À Martha (secretária do programa), que sempre me atendeu com toda atenção e foi muito solícita com as minhas demandas.

Às cuidadoras Odeliane, Luciana, Eliete, Joana e Miraildes, pela partilha do dia a dia: sem a ajuda de vocês seria muito mais difícil.

RESUMO

Alves, S. (2015). *Sentidos sobre cuidado na atenção à saúde mental no contexto da enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Embora a enfermagem adote a noção de cuidado em consonância com os debates mais contemporâneos em saúde mental, e apesar de o cuidado ser naturalmente associado ao feminino, ainda prevalecem práticas instrumentais que impactam a forma como a enfermagem performa esse cuidado. Nesse contexto, pretende-se, nesta dissertação, explorar os sentidos atribuídos ao cuidado e aos nexos com a perspectiva de gênero no contexto da enfermagem a partir de documentos de domínio público. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em Psicologia Social, ancorada na perspectiva socioconstrucionista com foco nos acontecimentos/realidade construídos sócio-historicamente, tal como nos efeitos da linguagem nas práticas sociais. Tem como metodologia de análise as práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano. Os documentos analisados veiculam diferentes sentidos acerca do cuidado, indicando que ele é polissêmico. Dentre as distintas concepções sobressaíram duas posições, que vêm de matrizes distintas de pensamentos: uma perspectiva mais holística, que dá acesso a um entendimento do cuidado relacional/integral/humanizado, no qual coexistem repertórios, sentidos e noções associados à linguagem do paradigma dos Direitos Humanos. A outra matriz, mais biológica, dá acesso ao cuidado tecnicista/hospitalocêntrico/patológico, que recebe influência do paradigma das ciências biológicas, demonstrando que esse campo discursivo está sob disputa. Em relação à intersecção entre cuidado, enfermagem e gênero, se, por um lado, no campo da saúde, a enfermagem ganhou visibilidade como a profissão do cuidado, por outro esse cuidado é por vezes desvalorizado quando se associa, historicamente, ao feminino. Essas discussões são pertinentes, ainda, na tentativa de romper com os estigmas e preconceitos que envolvem a inserção do homem na profissão de enfermagem. O cuidado, entrelaçado às relações sociais historicamente construídas que se estabelecem entre homens e mulheres posiciona, a enfermagem, em um lugar de inferioridade e subalternidade.

Palavras-chave: Cuidado, Saúde mental, Enfermagem, Socioconstrucionismo, Gênero.

ABSTRACT

Alves, S. (2015). *Senses about care in attention to mental health in the Nursing context*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Although Nursing adopts the notion of care in accordance with contemporary debates on mental health and although care is naturally associated to the feminine, instrumental practices which impact how Nursing performs this care are still prevailing. In this context, this dissertation intends to explore the senses which are attributed to care and the nexus with a gender perspective in the Nursing context from public domain documents. The dissertation is a qualitative research in Social Psychology anchored on socio-constructivist perspective with focus on real events socio-historically built as well as on language effects on social practices. Discursive practices and creation of meaning in daily life have been used as analysis methodology. The analyzed documents convey different meanings regarding care and indicate it is polissemic. Among the different conceptions, two positions from different origins of thoughts have excelled: a more holistic perspective, which accesses a comprehension of relational, integral, and human care, in which repertoires, meanings and notions associated to the language of Human Rights paradigm coexist. The other matrix, a more biological perspective, accesses a technicistic, hospitalocentric, and pathological care, which is influenced by biological sciences paradigm, demonstrating that this discursive field is marked by controversies. In relation to the intersection between care, Nursing, and gender, in one hand, Nursing has gained visibility as the profession of care in the health field; on the other hand, this care is often underestimated when it is historically associated to the feminine. Those discussions are also pertinent in an attempt to break off stigmas, bias, and prejudices which involve the insertion of the man in the Nursing profession. The care, intertwined to the historically built social relations established between men and women, positions the woman, the nurse, in a place of inferiority and subordination in relation to the man, the doctor.

Keywords: Care, Mental health, Nursing, Socio-constructivism, Gender.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAMs	Centros de Referência em Saúde Mental
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
FUNEC	Fundação de Educação e Cultura
IV CNSM-I	IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPCs	Projetos Pedagógicos de Cursos
PE	Plano de Ensino
PUC Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UCG	Universidade Católica de Goiás

UNIRIO Escola Profissional de Enfermagem Alfredo Pinto

LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Mapa de localização dos repertórios	77
Mapa 2.	Mapa de localização dos repertórios que articulam Cuidado, saúde mental e enfermagem	78
Mapa 3.	Mapa de localização dos repertórios que articulam Gênero e enfermagem	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Identificação e descrição dos documentos: artigos, dissertações e teses	73
Quadro 2.	Sistematização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI)	73
Quadro 3.	Sistematização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem	74
Quadro 4.	Fontes utilizadas na pesquisa	75

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – SITUANDO OS SENTIDOS DE CUIDADO: UMA TENTATIVA DE RECUPERAR OS SENTIDOS DE CUIDADO	7
1.1 OS SENTIDOS POLISSÊMICOS DO CUIDADO: UM (RE) PENSAR SOBRE O CUIDAR/CUIDADO	7
1.1.1 A produção da enfermagem sobre o cuidado.....	14
1.1.2 A construção dos sentidos sobre o cuidado na saúde mental	15
CAPÍTULO 2 – A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	18
2.1 MAPEANDO AS TRANSFORMAÇÕES SOBRE OS SENTIDOS DE CUIDADO NO CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL	18
2.1.1 A reforma psiquiátrica brasileira, os movimentos sociais e a política de saúde mental	18
2.1.2 Articulações entre a psiquiatria e a saúde mental: os vínculos com o cuidado.....	27
2.2 O CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DA PERFORMANCE DO CUIDADO: LIMITES E POSSIBILIDADES	29
2.3 OS DISCURSOS DA PERFORMANCE BASEADOS NO PARADIGMA DA INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E NA SAÚDE MENTAL.....	37
CAPÍTULO 3 – O GÊNERO E A ARTICULAÇÃO DO CUIDADO NA ENFERMAGEM: REFLEXOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL	41
3.1 A EMERGÊNCIA DO CONCEITO DE GÊNERO: DESAFINANDO AS ASSIMETRIAS DE PODER E A POSIÇÃO DE SUBALTERNIDADE DA MULHER NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM.....	41
3.2 SOBRE A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: A CONTRIBUIÇÃO DE FLORENCE NIGHTINGALE PARA A NATURALIZAÇÃO DA PERFORMANCE DE GÊNERO.....	50
CAPÍTULO 4 – PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	60
4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	61
4.1.1 A postura construcionista	61
4.1.2 A perspectiva das práticas discursivas	63
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	66
4.3 OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	75
4.3.1 Os mapas dialógicos.....	77
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS DISCURSOS E DISCUSSÕES	80
5.1 ANÁLISE DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS: ARTIGOS, DISSERTAÇÕES E TESES.....	80
5.1.1 Cuidado como atenção psicossocial.....	81
5.1.2 Cuidado como dimensão biológica/tecnicista.....	95
5.1.3 Cuidado como profissão da enfermagem/cuidado profissional	102
5.1.4 O cuidado no contexto da enfermagem e sua interface com gênero.....	110

5.2 ANÁLISE SOBRE CUIDADO NA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL.....	117
5.2.1 Cuidado como atenção psicossocial.....	119
5.2.2 Cuidado como rede comunitária.....	120
5.2.3 Cuidado como estratégias intersetoriais	122
5.2.4 Cuidado como ações de saúde mental na atenção básica.....	123
5.2.5 Cuidado como apoio matricial.....	125
5.3 ANÁLISE SOBRE CUIDADO NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	127
5.3.1 Cuidado como intervenção	129
5.3.2 Cuidado como integralidade	130
5.3.3 Cuidado como instrumentalização	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS.....	150
APÊNDICE A – IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS: ARTIGOS, DISSERTAÇÕES E TESES	151
APÊNDICE B – SISTEMATIZAÇÃO DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	157
APÊNDICE C – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	159
APÊNDICE D – FONTES UTILIZADAS NA PESQUISA	161
APÊNDICE E – MAPAS DE LOCALIZAÇÃO DOS REPERTÓRIOS.....	162
APÊNDICE F – MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS REPERTÓRIOS QUE ARTICULAM CUIDADO, SAÚDE MENTAL E ENFERMAGEM	163
APÊNDICE G –. MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS REPERTÓRIOS QUE ARTICULAM GÊNERO E ENFERMAGEM	164
APÊNDICE H – SOBRE CUIDADO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM E SAÚDE MENTAL	165
APÊNDICE I – CUIDADO E GÊNERO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM ...	184
APÊNDICE J – IV CNSM-INACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL (IV CNSMI).	188
APÊNDICE K – SOBRE CUIDADO NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	196

INTRODUÇÃO

Início minha dissertação de mestrado contando como a temática do cuidado em saúde mental despertou meu interesse. Desde a Graduação em Enfermagem sempre estive envolvida com a assistência nessa área, bem como com a experiência de trabalhar como professora na disciplina Enfermagem em Saúde Mental, na Fundação de Educação e Cultura (FUNEC), em Santa Fé do Sul, estado de São Paulo, e na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), em Goiatuba, Goiás.

Como professora, implantei um Projeto de Extensão que propiciava aos/às estudantes experiência prática no atendimento em saúde mental, buscando suprir uma deficiência na formação de enfermeira¹ em relação à aproximação e ao cuidado destinados às pessoas em sofrimento emocional. Acredito que tal deficiência esteja relacionada, dentre outras coisas, à formação com foco em ações voltadas às atividades assistenciais de natureza técnica, tais como: verificação de sinais vitais, curativos, medidas de higiene e conforto, além da administração de medicamentos.

Assinalamos que na área da saúde ainda existem muitos outros déficits que não são considerados ou que são pouco discutidos, tais como as relações terapêuticas, a interação, o acolhimento, a participação em atividades grupais, a integração ao atendimento familiar, a discussão de casos e a elaboração de plano terapêutico com ações intersetoriais junto à equipe interdisciplinar.

¹ Utilizo o termo “enfermeira”, no gênero feminino, devido ao amplo predomínio das mulheres na profissão de enfermagem, mas não somente por uma questão de força de articulação feminina do ponto de vista semântico, e sim por esta dissertação estar em sintonia com uma posição política, e feminista, na qual queremos proporcionar visibilidade às mulheres enfermeiras. Nesse caso, a opção de escolha dessa palavra está coerente com a proposta teórica que se traduz ainda na forma, como discurso sobre os sentidos de cuidado no contexto da enfermagem.

Historicamente, o cuidado perpassa pela figura feminina (Pedrosa, 2006; Coelho, 2005; Ayres, 2004), sendo as atividades e as posturas relacionadas ao cuidado incentivadas nas meninas pelos grupos sociais durante a sua socialização. Da mesma forma, sabemos que na profissão de enfermagem o cuidado é o foco da sua ação. Nesse sentido, torna-se imperativo problematizar os contornos e as controvérsias que acompanham o que vem sendo chamado de “cuidar”, especialmente, quando ele é discutido na perspectiva da saúde mental.

Minha experiência no Projeto junto aos/às estudantes de enfermagem, aliada às demais vivências profissionais como enfermeira, despertou em mim o desejo de compreender questões como as que seguem: quais as transformações sobre os sentidos de cuidado em saúde mental? Como o cuidado se articula com a perspectiva de gênero? Quais discursos/repertórios das enfermeiras são construídos no cuidado às pessoas em sofrimento emocional? Essas são, portanto, as questões iniciais que norteiam a minha pesquisa.

O argumento principal desta dissertação baseia-se no seguinte paradoxo: apesar de a Enfermagem adotar a noção de cuidado em consonância com os debates mais contemporâneos em saúde mental, e de o cuidado ser naturalmente associado ao feminino, ainda prevalecem práticas instrumentais, impactando a forma como a enfermagem performa esse cuidado.

Entende-se por práticas instrumentais o modelo de conhecimento teórico que envolve materiais, técnicas e equipamentos no processo de cuidar. A enfermagem exerce a sua profissão sob duas perspectivas teóricas, vigendo, ainda, a instrumental/tecnicista, na qual a assistência é direcionada para a doença, sendo o cuidado compreendido como o uso de determinadas técnicas, tais como: administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, curativos,

medidas de higiene e conforto, entre outros procedimentos técnicos com a utilização de equipamentos. A outra perspectiva, calca-se na humanização, o sujeito é visto de forma holística, integral, levando-se em conta a intersubjetividade e os contextos nos quais o cuidado se volta a um entendimento psicossocial. No entanto, na área da enfermagem existe um contraste entre essas duas perspectivas de cuidado, na qual o modelo instrumental, tecnicista, é mais valorizado em detrimento do saber relacional.

Pedrosa (2006) refere que, no campo da saúde, os sentidos sobre o cuidado indicam uma ação de construção intelectual que se configura como uma atividade que está direcionada para o outro. Esse é um dos sentidos encontrado nas definições mais técnicas, em que o cuidar seria prestar serviços a pessoas dependentes ou debilitadas, embasado em conhecimentos científicos e técnicos focados no planejamento das estratégias mais viáveis.

Este estudo pretende explorar os sentidos atribuídos ao cuidado em documentos de domínio público a partir dessas perspectivas e dos nexos desses estudos com a perspectiva de gênero.

Em busca de compreensão para essas questões, passei, em 2013, a integrar o Grupo de Estudos do Núcleo de Pesquisas *Construção de Fatos Sociais*, coordenado pela professora Dra. Lenise Santana Borges, na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), além de me inscrever como aluna extraordinária na disciplina “Construcionismo Social e a Psicologia Social Discursiva”, do Programa de Pós-Graduação dessa mesma Universidade. Em 2014, ingressei, como aluna regular do Programa de Mestrado em Psicologia Social, sendo esta dissertação um dos resultados desse percurso.

Seguindo o pensamento da perspectiva construcionista, para a qual o conhecimento é algo que se constrói por meio de práticas sociais, a saúde e a doença mental são noções que envolvem valores humanos e, portanto, são conhecimentos sociais vinculados às crenças, às avaliações e às ações das pessoas em suas práticas sociais.

O Construcionismo enfatiza que os acontecimentos/realidade são construídos sócio-historicamente e, a linguagem opera como um dos meios de mais expressão e efetividade na construção de mundo. Nessa perspectiva, a linguagem é entendida como uma prática social que produz efeitos e constrói realidade, não sendo apenas uma ferramenta de construção de ideias (Spink, 2004a).

Nesse sentido, a análise dos discursos – sejam eles obtidos por meio de entrevistas, documentos, conversas, grupos focais, – assume importância fundamental. Igualmente, nesta dissertação nos propomos a explorar os sentidos atribuídos ao cuidado a partir de documentos de domínio público, sendo utilizados como fonte de pesquisa artigos, dissertações e teses disponíveis na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental; e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, com o principal objetivo de fazer uma reflexão sobre como têm sido construídos os discursos sobre o cuidado ao usuário em sofrimento emocional no contexto da enfermagem. Esperamos, assim, contribuir para o debate, para a reflexão e para o aperfeiçoamento das diversas formas de cuidar.

Partindo do pressuposto de que o cuidado de enfermagem à pessoa em sofrimento emocional é prática histórica e social, determinada por valores e crenças, ele poderá ser compreendido como produto histórico em movimento, transformando e sendo transformado. “Em suma, interessa-nos avaliar quais as condições de sua produção, entendidas tanto como contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas” (Spink & Medrado, 1999, p. 43).

Por isso, este trabalho tem como objetivo principal refletir sobre os discursos construídos a respeito do cuidado ao usuário em sofrimento emocional no contexto da enfermagem. Para uma melhor compreensão do objetivo geral, elaboramos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar os discursos produzidos pela enfermagem sobre o cuidado às pessoas em sofrimento emocional em produções acadêmicas como artigos, dissertações e teses;
- Identificar a intersecção de gênero nos discursos que articulam cuidado e enfermagem nos documentos analisados;
- Mapear as transformações discursivas em torno dos sentidos de cuidado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental; e nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem.

Para responder os questionamentos e objetivos já descritos, esta dissertação está organizada em cinco capítulos.

No **primeiro capítulo**, faço uma revisão bibliográfica sobre os sentidos de cuidado a partir de uma busca em bancos de literatura da SciELO e Capes, historicizando a emergência e a utilização do termo/conceito “cuidado” e o

cuidado no contexto da saúde mental, compreendendo-o como um lugar em construção.

No **segundo capítulo**, o foco é o contexto da enfermagem, mapeando os discursos sobre a construção de uma das performances do cuidado: o cuidado na saúde mental, a partir do paradigma das discussões sobre integralidades em saúde pública e, mais especificamente, em saúde mental.

No **terceiro capítulo**, discuto a relação entre o cuidado e a enfermagem, problematizando: as mulheres estariam “naturalmente” predispostas a profissões de cuidado? É considerado mais “natural” para uma mulher escolher essas profissões do que para um homem? Assim, busco entender a construção desse sentido de cuidado no contexto da enfermagem a partir de uma leitura de gênero.

No **quarto capítulo**, exponho o delineamento teórico-metodológico que norteia esta pesquisa, pautada pela perspectiva construcionista, para a qual o conhecimento é algo que se constrói por meio de práticas sociais. A partir dessa reflexão crítica acerca da produção do conhecimento, discuto a importância da linguagem como ação. Em seguida, são descritas as escolhas metodológicas (Spink & Medrado, 2004).

No **quinto capítulo**, analiso os discursos dos documentos escolhidos, articulando-os ao referencial teórico/à revisão da literatura e apresentando as considerações finais.

CAPÍTULO 1 – SITUANDO OS SENTIDOS DE CUIDADO: UMA TENTATIVA DE RECUPERAR OS SENTIDOS DE CUIDADO

Este capítulo tem por foco a discussão dos sentidos sobre o cuidado. Para tanto, apresentamos algumas definições acerca do cuidado, oferecendo um panorama geral das noções de cuidado encontradas no campo da saúde. A partir da localização histórica sobre o cuidado na saúde mental, procuramos identificar sua emergência e suas transformações.

Buscamos compreender o cuidado como um lugar em construção. Dessa forma, torna-se necessário situar o contexto social em que ocorreram essas mudanças, a fim de compreender de que modo essas políticas públicas acerca do cuidado se desenharam no cenário nacional.

Tomamos como ponto de partida a reforma psiquiátrica, por entendermos que foi por meio dela que mudanças importantes aconteceram, principalmente na forma de compreensão do cuidado na saúde mental.

1.1 OS SENTIDOS POLISSÊMICOS DO CUIDADO: UM (RE) PENSAR SOBRE O CUIDAR/CUIDADO

Apesar de existirem muitas falas sobre a importância do cuidado, assim como a respeito das condições individuais de sua realização, ainda são poucas as discussões conceituais sobre esta temática. O cuidado ou o cuidar são muitas vezes utilizados como ícones de uma experiência que emerge de si mesmo, e isso tem provocado situações divergentes entre os pesquisadores, que muitas

vezes ficam submersos em algumas confusões acerca dos diversos significados sobre o cuidado (Pedrosa, 2006).

Para situar os sentidos de cuidado na história e compreender que não existe um único significado, é necessário ampliar a articulação entre os diferentes posicionamentos, com destaque para o contexto cultural, histórico e social, bem como para os papéis sociais e as relações de poder e hierarquias. Por ser o cuidado um termo polissêmico, torna-se necessário tecer um delineamento sobre o sentido histórico do cuidar e, do cuidado e sua articulação com a saúde mental.

Existe um novo paradigma de discussão principalmente sobre o cuidado, e isso faz com que diferentes ciências se aproximem e promovam a transformação e a revalorização da humanidade. O conhecimento é constituído por temas que progridem e incentivam teorias desenvolvidas localmente a emigrarem e, assim, serem utilizadas fora do seu contexto de origem. Desse modo, o conhecimento produzido a partir do paradigma emergente, mesmo rigoroso e disciplinado, ainda é fragmentado (Santos, 2006).

Existe uma nova prática de cuidado proposta no Sistema de Saúde no Brasil, conforme assinalam Camargo-Borges e Japur (2008):

Para a construção dessas novas práticas propostas no Sistema de Saúde em geral, é fundamental uma desconstrução teórica desses sentidos marcados pelo tecnicismo capitalista. Nesta perspectiva o cuidado pode ser visto como uma "potencialidade reconciliadora", um eixo restaurador de valorização dessas práticas. No entanto, nesta perspectiva capitalista, o cuidado em saúde é tomado como um conjunto de procedimentos técnicos que devem ser utilizados para o bom tratamento de um paciente. Procedimentos estes que falam muito de tecnologia e pouco de arte, não

polissêmico um espectro muito maior da vida, além da simples abordagem biomédica costumeiramente abordada numa ação em saúde (p. 65).

A palavra “cuidar” é de origem latina e provavelmente surgiu no séc. XIII/XIV, sendo também chamada de *cogitare* (pensar, supor, imaginar) ou *curare* (tratar de, pôr o cuidado em), denotando, etimologicamente, atenção, cautela, zelo e desvelo (Ayres, 2004). Portanto, para a etimologia, “cuidar” e “cogitar” são termos semelhantes, utilizados para demarcar uma atitude mental, tais como: uma preocupação, uma lembrança de si ou de outro, ou, ainda, um estado de alerta, prontidão ou perigo.

O seu participio, “cuidado”, pode também ser adjetivo, substantivo ou interjeição, sendo essa fertilidade verbal um tema de diversas pesquisas na sociedade atual. Apesar da diversidade de nomenclatura, ela não produziu uma concentração de produção científica em certas disciplinas, mas sim a dissipou em um variado campo de estudos. Por estar dispersa em muitas áreas de saber, a expressão “cuidado” tem se multiplicado em um uso mais amplo. Mesmo diante dessas descrições, é notório que ele ainda seja amplamente difundido na produção de conhecimento na área da saúde, principalmente no campo da enfermagem (Pedrosa, 2006).

O infinitivo verbal “cuidar”, apesar de possuir muitas definições (Pedrosa, 2006, p. 16), apresenta-se, de modo geral, “como uma atividade da consciência dirigida para um determinado objeto (coisa, pessoa, animal, etc.)”.

Camargo-Borges e Japur (2008) explicam que o conceito de cuidado é muito antigo, mas ainda assim o capitalismo se apropriou dele como uma categoria importante em seu sistema econômico. Essa apropriação culminou

como uma “intervenção normativa e reguladora dos corpos adoecidos para que voltassem a produzir na sociedade, ou seja, entendido sob uma moralidade higiênica” (p. 65).

Uma das pesquisadoras clássicas da temática do cuidado na área da enfermagem, Waldow (1998), discute que o termo “cuidar” representa uma atitude de preocupação, responsabilidade, ocupação e envolvimento afetivo com a pessoa cuidada. Sobre as dimensões do cuidado, é pertinente mencionar Paixão (1979), também estudiosa da enfermagem, que se refere à existência das práticas do cuidado como oriundas da gênese humana, e, como a figura feminina sempre esteve associada a esse tema, está, portanto, a origem da profissão de enfermagem atrelada às práticas femininas do cuidar.

Sobre o processo de cuidado em saúde, Guanaes-Lorenzi (2013) recorda que o estudo sobre o cuidado se tornou o centro de diversas reflexões, com direção para a imprescindibilidade e o debate de como são elaboradas, no dia a dia, as práticas em saúde e a afinidade entre pessoas e serviços.

Seguindo esse pensamento, Benevides e Passos (2005) observam que:

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo é a um só tempo a saúde e os sujeitos aí implicados (p. 570).

As narrativas das reflexões sobre o cuidado também estão articuladas às famigeradas críticas ao predomínio do modelo biomédico, que, de certo modo,

esteve centrado na figura do médico, curativista e hospitalocêntrico, ou, ainda, ao argumento de humanização da assistência em saúde, o que promove um olhar mais apurado à crise de identidade que essa área vem passando na atualidade (Guanaes-Lorenzi, 2013; Ayres, 2004).

Apesar de existirem outras dimensões que podem ser articuladas em pesquisas, o cuidado na saúde ainda é explorado com um enfoque na relação de dependência ou de debilidade.

O cuidado tem sido reconhecido, na área da educação, semelhantemente à área da saúde, principalmente quando se fala em cuidado na educação infantil, sendo vislumbrado, pelo senso comum, como uma atribuição essencialmente materna, fundamental ao desenvolvimento da saúde mental infantil (Pedrosa, 2006).

Já o cuidado na filosofia, quando este percorre o campo da ética, expõe duas dimensões básicas. Na primeira vertente, Courtine-Denamys (2004) debate o “cuidado com o mundo”; na outra ponta, Foucault (1994), precursor da discussão da dimensão sobre o “cuidado de si”, explana acerca da experiência de um sujeito produzido historicamente pelas relações únicas de saberes e práticas. O cuidado na filosofia tem influenciado as referências teóricas nas áreas da saúde e da educação. Evidencia-se que ambas as relações focalizam a questão de autonomia/dependência.

Existe a necessidade de um resgate filosófico e de uma problematização acerca do conceito de cuidado necessário para que ocorra uma mudança no paradigma, “que liberte o cuidado dos saberes e fazeres que componham a visão capitalista contemporânea da saúde”. Essas mudanças possuem potencialidades

para promover uma “reconstrução da atenção à saúde articulando o cuidado às práticas assistenciais à vida” (Camargo-Borges & Japur, 2008, p. 65).

Ainda no campo da filosofia, Boff (1999) compreende o cuidado como um modo de ser que vai além de toda a existência humana, ao apresentar as “ressonâncias do cuidado”, que são as diferentes dimensões de atitudes perante a vida. As sete ressonâncias do cuidado se distinguem e se complementam e são identificadas como: o amor como fenômeno biológico (o amor que nos humaniza); a justa medida (intervenção do ser humano consciente e responsável); a ternura (afeto às pessoas, comunhão); a carícia (afago, querer bem); a cordialidade (capacidade de sentir o coração do outro); a convivialidade (manter o equilíbrio entre sociedade e natureza); e a compaixão (compartilhar a paixão do outro e com o outro).

Por outro lado, a construção social do cuidado está amplamente alicerçada em um legado individualista, que enfatiza a responsabilidade pessoal pela saúde (Corradi-Webster & Carvalho, 2011). Dessa forma, qualquer comportamento individual que coloque a saúde e, também, a vida em risco é passível de questionamento. Ainda sobre a prática e o cuidado à saúde, Camargo-Borges e Japur (2008) esclarecem que:

A prática e o cuidado à saúde podem e devem ser uma atividade fim e primordial. Desta forma envolve uma variedade de aspectos a se considerar: o aspecto da arte que trata da criatividade e da estética na saúde, o aspecto ético que envolve respeito e compreensão entre os atores sociais envolvidos e o aspecto da ciência que trata do conhecimento e da pesquisa necessários às intervenções em saúde. Nesta perspectiva, cuidado significa a busca de assimilação criativa de

tudo que possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimentos, que são processos permanentes de aprendizado e necessitam de espaços de reflexão e atenção (p. 66).

O conceito de saúde está atrelado a um alto valor moral e por isso, as pessoas recebem o rótulo de resistentes e irresponsáveis quando não adotam os comportamentos de saúde difundidos como saudáveis. Entretanto, os discursos sobre saúde nunca se referem apenas à saúde, mas trazem consigo a ordem econômica, política e social em que são gerados (Corradi-Webster & Carvalho, 2011).

Mundialmente, existem vários discursos no campo da saúde pública, entre eles a promoção da saúde, a vigilância da saúde, a saúde da família e a redução de vulnerabilidade. No entanto, esses discursos possuem conexões com base nas trajetórias das transformações radicais no modo de pensar e fazer saúde. Desse modo, muitos aspectos filosóficos precisam ser discutidos para que os avanços que já ocorreram possam influenciar transformações práticas mais expressivas (Ayres, 2004).

Geralmente, quando se fala em cuidado 'de' ou 'em' saúde, são atribuídos termos ligados ao senso comum e relativos a um conjunto de procedimentos técnicos capazes de obter o sucesso de algum tratamento. O sentido não perpassa pelo recurso e pelas medidas terapêuticas ou por procedimentos auxiliares, mas por uma compreensão filosófica da categoria cuidar (Ayres, 2004).

1.1.1 A produção da enfermagem sobre o cuidado

Partindo do entendimento do cuidado como construção social, nosso interesse inclui todos os aspectos até aqui mencionados, pois estão diretamente ligados à questão dos sentidos produzidos sobre ele, categoria e prática fortemente atravessadas pela ordem de gênero. O cuidado é foco do trabalho da Enfermagem, e as enfermeiras prefiguram como os/as profissionais que estão mais envolvidos/as nas questões referentes a essa temática.

Na arena da saúde, a enfermagem tem sido a área mais ocupada com a valorização prática do cuidado, de tal modo que chega a ser identificada como a profissão do cuidado (Pedrosa, 2006). Acerca de teorizações sobre o cuidado na enfermagem, Montenegro (2001) observa que, nesse campo, o cuidado vem sendo objeto de estudos e pesquisas. Essa afirmação, fundada no levantamento que fez sobre os sentidos do cuidado na enfermagem, é seguida pelo comentário de que, apesar “do crescente interesse pelo tema”, as pesquisas nessa área registram uma “escassez de estudos que possibilitem um aprofundamento do conceito” (Montenegro, 2001, p. 85).

Como elemento ou categoria, o cuidado desempenha um papel na estrutura e na formação do perfil curricular e profissional da enfermagem. Esse termo funciona como “moderador do comportamento e dos sentidos que os próprios enfermeiros assumem e percebem em sua profissão” (Henriques & Acioli, 2004, p. 302).

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas

últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações acerca do pensar e do fazer sobre os sentidos de cuidado em saúde mental (Lima, 2011).

1.1.2 A construção dos sentidos sobre o cuidado na saúde mental

Para compreender o campo da saúde mental em uma dimensão mais histórica, na construção dos sentidos sobre o cuidado, por certo se penetra em uma área polêmica, na qual muitas questões ainda estão por serem resolvidas e muitos debates não estão elucidados. Por isso merecem uma compreensão mais apurada, inclusive por meio de estudos mais profundos (Lima, 2003).

Em outra perspectiva, pela história é possível detectar, como um dos princípios fundamentais, que o saber advindo das práticas psiquiátricas da doença mental é contraditório e está relacionado ao contexto político, econômico e social de cada sociedade. Desse modo, ninguém tem a verdade do conhecimento sobre a loucura, uma vez que sua determinação está ligada a múltiplos fenômenos (Lima, 2003).

No discurso da reprodução social sobre a temática saúde mental, Foucault (1978), retextualizado por Amarante (2008), refere que, apesar de a psiquiatria ter surgido no século XIX, durante mais de dois séculos esteve associada a uma forma excludente e segregadora de internação asilar, uma vez que os indivíduos acometidos pela loucura eram considerados irresponsáveis, incapazes, insensatos e insanos.

Os cuidados e a assistência nesses locais de internação se assemelhavam aos realizados nos serviços carcerários, pois o foco das ações estava embasado na vigilância, na disciplina, na repressão, no controle e na punição aos

desobedientes às normas impostas pelas instituições de internação. O modelo psiquiátrico de tratamento baseava-se, exclusivamente, na aplicação de medidas de contenção do comportamento desviante, passando pelo tratamento moral e, posteriormente, pela lobotomia, eletroconvulsoterapia e insulino-terapia (Amarante, 2008; Foucault, 1978).

Com a descoberta dos psicotrópicos, no século XX, inicia-se o caminho da medicalização dos sintomas da loucura. Essa data marca, historicamente, o início da psiquiatria, tendo a loucura um novo significado ao ser-lhe atribuída uma categoria diagnóstica; a internação torna-se medida de caráter médico.

Com a redemocratização da política nacional, os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, indignados com o descaso com que a psiquiatria tratava os “doentes mentais”, começaram a denunciar as péssimas condições às quais eram submetidos os pacientes nessas instituições, consideradas manicômios (Jorge, França, Monteiro & Rocha, 2003).

No Brasil, nas últimas três décadas, a assistência em saúde mental tem sofrido uma série de transformações, oriundas de mudanças na política de saúde mental. Muitas tentativas de transformação da instituição psiquiátrica surgiram no Brasil a partir da década de 1980, buscando a reversão do modelo asilar caótico, segregador e dissocializante, por meio da luta dos profissionais de saúde mental. Portanto, a desinstitucionalização implica não apenas em um processo prático de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais, em um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas (Amarante & Torres, 2001).

As dimensões do cuidado são denominadas como um dos pilares de sustentação desse novo modelo de intervenções em saúde mental. Portanto, é

necessário compreender como se deu a construção do cuidado no contexto da enfermagem, já que essa categoria profissional faz parte do cenário de mudanças na organização desses novos modelos assistenciais. A propósito dessas indagações, torna-se pertinente também lançar um olhar, ao longo do tempo, sobre o contexto da enfermagem e o cuidado à saúde mental a partir do paradigma das discussões sobre integralidades em saúde pública.

CAPÍTULO 2 – A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

No contexto da enfermagem, os discursos sobre a construção da performance do cuidado são uma realidade constante em sua prática histórica e social. O cuidado, apesar de ser exercido muitas vezes de maneira solitária, sempre vai ser direcionado para a vida de alguém.

Transformando-se ao longo dos anos, a trajetória histórica de mudança do cuidado de enfermagem em saúde mental perpassa pelo paradigma das discussões sobre integralidades em saúde pública e, mais especificamente, em saúde mental. Portanto, o paradoxo da enfermagem reside no fato de que existe uma concepção vigente sobre o cuidado que passa por uma visão instrumental/tecnicista em contraponto com a perspectiva humanizada. Mas como essas perspectivas estão inter-relacionadas com os sujeitos em sofrimento psíquico na atenção em saúde mental?

2.1 MAPEANDO AS TRANSFORMAÇÕES SOBRE OS SENTIDOS DE CUIDADO NO CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL

2.1.1 A reforma psiquiátrica brasileira, os movimentos sociais e a política de saúde mental

No Brasil, o modelo psiquiátrico de assistência foi supervalorizado com a criação dos hospitais psiquiátricos, gerando internação prolongada e consequências graves para a vida dos internos. Além disso, os maus-tratos e a

falta de resolutividade levaram este modelo a apresentar sinais de esgotamento (Jorge et al., 2003).

O movimento da luta antimanicomial emergiu dos ideais de defesa dos direitos humanos e do resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Vinculada à luta antimanicomial, surgiu o movimento da reforma psiquiátrica, que, além de denunciar os abusos praticados pelos manicômios, propôs, ainda, a construção de novas estratégias nas redes de serviços de saúde e na comunidade, sendo, então, uma proposta libertária, inclusiva e solidária (Delgado, 2005).

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 1970, com a mobilização e a denúncia, por parte dos profissionais da saúde e de familiares, sobre o contexto vivenciado pelos pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se associou ao contexto de redemocratização brasileira e à mobilização político-social daquele momento (Brasil, 2005a).

Sobre esse período, Tenório (2002) explica que as críticas sobre a pouca eficiência dos serviços de saúde e a privatização da política de saúde ganharam força a partir da segunda metade da década de 1970. Nesse momento aconteceram muitas denúncias sobre fraudes nos serviços, e as condições dos hospícios, que submetiam os pacientes ao abandono, à violência e aos maus-tratos. Todo esse cenário foi decisivo para a criação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que reivindicavam melhores condições de trabalho e um tratamento mais humanitário para os doentes mentais. Todos esses fatores foram decisivos para a criação do movimento de reforma sanitária.

Repensando, o contexto histórico do final dos anos 1980 e início dos anos 1990 que circundava a Reforma Psiquiátrica, Delgado (1991) lista alguns acontecimentos desse período: o Brasil saiu da ditadura militar; foi realizada a Assembleia Nacional Constituinte; promulgação da Constituição de 1988; redemocratização do país; acaloradas discussões no campo da saúde mental embalsamaram a Reforma Psiquiátrica.

Na Constituição, o capítulo “Da Ordem Social” incorporou aspirações decisivas do chamado Movimento Sanitário, formuladas na Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, baseando-se na seguinte premissa: “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado”. Esse princípio constituiu, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), desdobrado no conceito de universalidade do acesso e responsabilidade do Estado (Delgado, 1991).

Em 1987, foi realizada, no Brasil, a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse evento, foram discutidas questões pertinentes aos profissionais da saúde e pacientes, sinalizando para as ações das macrorreformas das instituições psiquiátricas e, ainda, para o “ato de saúde”, que é a ampliação do entendimento e da mentalidade referente à cultura e ao cotidiano dos pacientes e familiares em sua relação com os cuidadores. Todos eles prefiguram como agentes críticos capazes de impulsionar as mudanças na saúde mental (Delgado, 2005).

O campo da saúde mental como política pública, de acordo com Delgado (1991), já vinha, desde os anos 1980, construindo o processo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. Em 1987, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo-SP, um serviço aberto para pacientes graves, substituto do hospital psiquiátrico fechado; em 1988, em

Santos-SP, foi fechado um hospital psiquiátrico da cidade, um local de abandono e maus-tratos. Todos esses acontecimentos pressionaram a urgência de se levar adiante a Reforma Psiquiátrica.

Esse cenário de mudança social e de paradigmas foi essencial à proposta do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, em 1989, decisivo para impulsionar a criação de uma lei nacional que sustentasse a nova concepção da psiquiatria pública, ancorada nos direitos humanos, na liberdade, nos métodos modernos de tratamento e, na base territorial da organização dos serviços.

No entanto, depois de 12 anos e após muitos debates acalorados, foi sancionada, em 2001, a Lei nº 10.216, Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (Delgado 1991). Essa Lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, sem qualquer forma de discriminação. Ademais, reconhece a responsabilidade do Estado para com a assistência aos portadores de transtornos mentais e define os princípios e as diretrizes fundamentais para a implementação da política pública de saúde mental (Brasil, 2005).

Esse mecanismo legal que deu origem à Política de Saúde Mental brasileira e contribuiu com a organização do cuidado em saúde mental tem como premissa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando, assim, a lógica das internações de longa permanência, que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo (Brasil, 2004a; Brasil, 2005).

Nesse sentido, a assistência voltou-se para a inclusão social da pessoa, por meio de um processo de mudanças nos setores político, jurídico, social,

cultural, do saber e nos serviços de saúde, por meio da criação de novas leis, saberes e práticas (Brasil, 2005).

É importante destacar que a aprovação dessa lei é o resultado de uma construção complexa implementada por inúmeros profissionais da área da saúde e pela sociedade civil organizada, em particular pelo movimento de luta antimanicomial (Delgado, 2005).

A década de 1990 foi marcada por uma diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e por uma transformação nos serviços e nas alternativas não hospitalares. Ainda em 1990, foi publicada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Declaração de Caracas, decisiva para que os países do continente americano implementassem suas políticas de saúde mental.

O encontro entre os representantes dos governos dos países localizados nas Américas aconteceu na capital da Venezuela, onde foi assinado o que é considerado um marco na história da saúde mental, a Declaração de Caracas, cuja proposta está centrada nos direitos das pessoas com transtorno mental. Essa declaração objetivou resguardar e ampliar os direitos, recomendando melhores condições para o desenvolvimento de programas descentralizados, participativos e baseados nas necessidades da população (Alves & Schetchman, 2003; Garcia Jr., Furlan, Borges & Pasini, 2011).

O Ministério da Saúde, visando novos avanços ao implementar a política de saúde mental, aderiu às recomendações da Declaração de Caracas, de 1990, e realizou a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, tendo sido discutidos temas como crise, democracia, reafirmação dos princípios da universalidade, equidade, descentralização, participação popular e

municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada e a intensificação da desospitalização, na articulação com os recursos existentes na comunidade; objetiva, ainda, o fortalecimento nas relações entre trabalhadores da saúde mental, usuários, família, comunidades e serviços, buscando, assim, a humanização das relações no campo da saúde mental (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2001).

Seguindo essas mudanças, em 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como discussão central o tema proposto pela OMS: “Cuidar, sim. Excluir, não”. Nessa conferência, debateu-se o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização da rede hospitalar psiquiátrica, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, o suporte à desospitalização de pacientes com longo tempo de internação e a formação de recursos humanos, entre outras providências (Delgado, 2005).

Em 2010, aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em que foram reconhecidos os avanços da expansão e da diversificação da rede de serviços de base comunitária, além da identificação das lacunas, da complexidade e do caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial (Brasil, 2010).

Vale ressaltar que todas as conferências de saúde mental foram importantes dispositivos de contribuição, debate e formulação das políticas públicas, pois elas se integraram à luta para o fortalecimento do controle social e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2010).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica surgiu gradativamente, como um processo amplamente difundido em diversos setores – político, jurídico e social.

Essencialmente, a reforma buscou, por meio de leis e normas, realizar mudanças na política, alterações na cultura da família, das academias universitárias, dos serviços de saúde, modificando o dia a dia da população brasileira ao romper desafios e enfrentar conflitos e tensões internalizados nos indivíduos, principalmente os que estão institucionalizados (Amarante, 2001).

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica aconteceu embalada pelos movimentos sociais, sobretudo o movimento de Saúde Mental. A partir dos debates provocados, houve uma sinalização para o imaginário social, com fortes reflexões sobre os temas “loucura”, “doença mental” e “hospitais psiquiátricos” e discussões sobre a produção cultural e artística desenvolvidas pelos usuários, familiares e profissionais (Amarante, 2008).

Existem quatro dimensões na Reforma Psiquiátrica que a caracterizam como um processo social complexo: as dimensões teórico-conceitual (referente à polissemia do termo “desinstitucionalização”), técnico-assistencial (organização de novos modelos assistenciais), jurídica (direitos essenciais do portador de transtorno mental) e sociocultural (deslocamento da loucura dos espaços “psi” para os espaços do meio social) (Amarante, 2001).

A dimensão teórico-conceitual discute os conceitos de alienação e doença mental, isolamento terapêutico e social, degeneração, anormalidade e normalidade, terapêutica e cura, com um ideal de construção de um novo paradigma no campo das ciências sociais no que diz respeito ao olhar direcionado ao sujeito em sofrimento psíquico. Isso implica em uma ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional.

A dimensão técnico-assistencial está ligada à dimensão conceitual, uma vez que nela se concentra a construção de novos serviços substitutivos ao

manicômio, este visto como o único espaço possível de assistência e tratamento. Tradicionalmente, o modelo de tratamento em saúde mental esteve pautado no isolamento, na tutela, na vigilância, na repressão e na disciplina, e o espaço onde se desenvolviam essas ações era o manicômio, o único lugar reservado para o indivíduo que, supostamente, por não possuir uma razão comum, se comportava como um sujeito sem direitos, dotado de uma periculosidade social (Amarante, 2001).

A dimensão jurídica pode ser compreendida como uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações, que tradicionalmente vinculavam o transtorno mental à periculosidade, à incapacidade social e à irresponsabilidade.

A dimensão sociocultural está intimamente ligada às ações e estratégias de cunho cultural, que têm por objetivo relatar o histórico do campo da saúde mental no país e suas instituições, assim como trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da doença mental e, mais à frente, mostrar para a sociedade as possibilidades de tratamento e cuidado para além dos espaços manicomial (Amarante, 2001).

Apesar das muitas expectativas criadas em torno da Reforma Psiquiátrica, esta, no entanto, não pode ser compreendida como uma simples transferência do doente mental para fora dos muros do hospital e sua reintrodução na família e na sociedade. Espera-se, nesse processo, o resgate e o estabelecimento da cidadania do doente mental, que haja respeito a sua singularidade e subjetividade, que ele possa ser sujeito de seu próprio tratamento, conquistando, assim, a sua autonomia e a sua reintegração à família e à sociedade (Amarante, 2008; Brasil, 2004b).

Os serviços de atenção psicossocial têm revelado outra realidade diferente dos modelos e das teorias de atendimento às pessoas com sofrimento mental já existente, pois a demanda se foca no relacionamento diário e isso envolve “criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno” (Brasil, 2004b, p. 17).

As redes de serviços de saúde de atendimento em Saúde Mental possuem muitos vieses e recortes, mas é fundamental que não seja esquecida a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem um papel estratégico na articulação dessas redes – Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), entre outros que vem surgindo – e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

O CAPS presta atendimento diário às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, cujo objetivo é “substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias” (Brasil, 2004c, p. 12).

Portanto, os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários do SUS, espaços de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004c)

Em 2011, foi instituída, pela Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno psíquico. A rede tem por finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde, constituindo-se pelos seguintes componentes: I- atenção básica em saúde; II- atenção psicossocial especializada; III- atenção de urgência e emergência; IV- atenção residencial de caráter transitório; V- atenção hospitalar; VI- estratégias de desinstitucionalização; e VII- reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

2.1.2 Articulações entre a psiquiatria e a saúde mental: os vínculos com o cuidado

No sentido de continuar promovendo um debate sobre o tema desta dissertação, é preciso revisitar a história da Saúde Mental, na qual, ao longo do tempo, o modelo asilar tinha como premissa a aplicação de medidas de contenção do comportamento e a medicalização dos sintomas, desenvolvendo, assim, uma assistência de exclusão e segregação, pois tinha como foco apenas os aspectos da doença. Um dos campos de saberes que contribuiu fortemente para a construção dos sentidos sobre o cuidado foi a Psiquiatria.

No que tange à saúde mental, é fundamental que, por meio da psiquiatria, se compreendam os acontecimentos que desencadearam a formulação das políticas públicas nessa área e como o cuidado esteve inserido nesse cenário. Saúde e doença mental são noções referentes a valores humanos e, portanto, são visões vinculadas às crenças, avaliações e ações das pessoas em suas práticas sociais.

Os debates acerca do cuidado em saúde mental estão fundamentados em paradigmas distintos: o primeiro combina, em sua teorização, ideias de base asilar hospitalocêntrica e patológica; o segundo se apoia em pressupostos cuja base teórica se assenta no conceito oriundo da reforma psiquiátrica.

Os cuidados e a assistência nos manicômios se assemelhavam aos realizados nos serviços carcerários, pois o foco das ações estava embasado na vigilância, na disciplina, na repressão, no controle e na punição aos desobedientes às normas impostas pelas instituições de internação (Amarante, 2008; Foucault, 1978).

Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde mental em todo o mundo passaram por importantes e significativas modificações, tendo sido influenciadas pelos movimentos reformistas de cunho internacional, iniciados nos anos 1950, na Inglaterra e na França, nos anos 1960, nos Estados Unidos, e, posteriormente, em 1970, na Itália. Esses movimentos foram influenciados pelas propostas de medicina preventiva e social, bem como pelas noções de equipe interdisciplinar e de novos modelos de gerência em saúde (Furegato, 2009).

Nesse sentido, a Política de Saúde Mental brasileira visa promover a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas se deem, quando necessárias, nos hospitais gerais e que sejam de curta duração (Delgado, 2005).

Essa política busca a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental em seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, pela cultura e pelo lazer (Delgado, 2005).

Diante desses cenários em constante construção e debates, o cuidado se configura como um objeto apropriado em diferentes instâncias e contextos de produção, possuindo diversos sentidos, apesar de estar sob constante reformulação e disputas de significados. Isso condiciona e define uma variedade de percursos e possibilidades de análise para a compreensão dos sentidos de cuidar no âmbito da Reforma Psiquiátrica (Pedrosa, 2006). Sobre o cuidado em Saúde Mental, Tenório (2002), propõe que “o cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais” (p. 40).

Sobre a construção do cuidado, Ayres (2004) assinala que se deve “investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais” (p. 27). Nessa perspectiva, é preciso buscar a origem e os significados sociais dos adoecimentos, pois eles representam obstáculos coletivamente construídos aos projetos de felicidade humana.

É importante, então, articular as iniciativas teóricas e práticas, de modo a associar os cuidados individuais a aproximações socio sanitárias. Isso possibilitará uma organização mais articulada entre saúde mental e psiquiatria a partir dos vínculos de cuidado com o usuário em sofrimento emocional, desenvolvidos por meio dos novos sentidos construídos pela reforma psiquiátrica.

2.2 O CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DA PERFORMANCE DO CUIDADO: LIMITES E POSSIBILIDADES

A Enfermagem na arena da saúde mental surgiu nos asilos, com a finalidade de vigiar e controlar o doente mental, perpetuando, assim, no

manicômio, o modelo clássico de Psiquiatria, no qual não se investia na melhoria da assistência ao indivíduo internado. “O grande equívoco da enfermagem foi acreditar que a administração do hospital e o controle de papéis institucionais fariam das enfermeiras profissionais imprescindíveis no cuidado dos pacientes” (Oliveira & Fortunato, 2003, p. 68).

Enfatizamos que durante muitos anos o doente mental desfrutava de uma relativa liberdade e de certo grau de tolerância social, mas, em dado momento da história, essa liberdade foi reprimida por grupos e indivíduos que, ao identificarem que os “loucos” não conseguiam se incluir ou se adaptar a nova ordem social vigente, passaram a considerá-los como uma ameaça ao modelo social vigente (Barros & Egry, 1994).

Foucault (1978; 1994) reforça esse pensamento de liberdade sobre a loucura ao dizer que ela devia ser entendida como um evento político, econômico, social e cultural. Para o autor, a loucura no Renascimento era um sinal representado como um discurso da verdade e, portanto, uma experiência única que exaltava a pessoa mais do que dominava, existindo certo acolhimento a essa forma de experiência.

O marco institucional do nascimento da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica no Brasil se deu a partir da criação do hospício Pedro II, em 1852. As Santas Casas, a partir do final do século XVIII, passaram a hospedar “os doidos, dando-lhes, porém tratamento diferenciado dos demais doentes: amontoou-os em porões, sem assistência médica, reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos” (Barros & Egry, 1994, p. 80). Devido à precariedade do atendimento, esse modelo, a partir de 1830, começou a sofrer protestos por causa do

tratamento desumano, violento e brutal ao que as pessoas em sofrimento mental eram submetidas.

Historicamente, nas primeiras décadas do século XX, o trabalho de enfermagem nos hospitais psiquiátricos brasileiros era cercado de preconceitos, por ele estar associado ao trabalho manual ou ser visto pelas pessoas como atividade degradante e insalubre. No entanto, o ingresso no hospital psiquiátrico podia representar não apenas um meio de sobrevivência, mas também uma alternativa de profissionalização (Soares, 2010).

Dessa maneira, as enfermeiras percebiam esse tipo de atividade não como trabalho manual, mas como trabalho intelectual, em função da necessidade de escolarização específica. Assim, o trabalho de enfermagem possibilitou a ascensão social, embora mantivesse a subordinação ao médico (Soares, 2010).

As transformações na assistência de Enfermagem aconteceram gradualmente entre os anos 1930 e 1950, principalmente devido aos movimentos que surgiram para se contrapor ou superar o modelo vigente de psiquiatria, estando entre os que priorizavam as críticas à estrutura asilar os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e da Psicoterapia Institucional (França). Dentre os que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria incluem-se a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor. Os movimentos instauradores de rupturas na constituição do saber médico sobre a doença mental são os movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana. No entanto, a assistência de enfermagem em saúde mental só conseguiu mais visibilidade ao final da década de 1940, com a contribuição da enfermeira Hildegard Peplau, que formulou a Teoria das Relações Interpessoais,

utilizando, para isso, um instrumento de observação sistemática das relações enfermeira-paciente (Villela & Scatena, 2004).

A Teoria das Relações Interpessoais serviu de base para o primeiro modelo teórico sistematizado para a Enfermagem em saúde mental, no qual o cuidado de enfermagem é alicerçado ao relacionamento terapêutico. Essa proposta fez com que a Enfermagem passasse a buscar explicações sobre a doença mental por meio de dois discursos: o psiquiátrico e o psicológico.

O modelo psiquiátrico predomina até os dias atuais e possui foco organicista; já o modelo psicológico enfatiza os aspectos comportamentais das relações humanas. Esses contextos foram fundamentais para que a enfermeira fosse respeitada como profissional e reconhecida como elemento integrante da equipe de saúde mental (Villela & Scatena, 2004).

No entanto, o principal fundamento da enfermagem brasileira até o início dos anos 1960 estava embasado no modelo médico-biológico, cujo objeto de trabalho centrava-se na doença e no quadro clínico do doente mental. Lembramos que esse tipo de abordagem estava limitado à tentativa de explicar a loucura a partir de uma ordem de causalidade inscrita no organismo (Oliveira & Fortunato, 2003).

Apenas no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 a enfermagem psiquiátrica começou a privilegiar a concepção psicológica, com destaque para os aspectos do comportamento e das relações humanas, integrando, assim, um discurso mais humanitário. Essas são ideias pautadas no discurso freudiano e na Psicologia Humanística (Oliveira & Fortunato, 2003).

A partir da década de 1970, as enfermeiras da área de saúde mental começaram a questionar o modelo asilar de assistência psiquiátrica até então

vigente e apresentaram o enfoque comunitário como possibilidade de prestar assistência em saúde mental fora dos muros hospitalares, sem o isolamento do indivíduo da sua família e do seu próprio ambiente. Em consonância com o contexto político nacional de redemocratização, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) direcionou críticas ao modelo psiquiátrico clássico, ao constatar práticas manicomiais nas instituições psiquiátricas e seu papel explicitamente médico-terapêutico (Soares, 2010).

Existia, nesse período, uma intensa insatisfação com o sistema de saúde brasileiro, gerando mobilização por parte dos/as trabalhadores/as, que culminou com a Reforma Sanitária e com os profissionais da área da saúde mental reivindicando melhoria da assistência às pessoas com transtorno mental (Soares, 2010).

O novo modelo assistencial proposto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica muitas vezes não tem sido cumprido na prática, principalmente devido às dificuldades de muitos profissionais de saúde em incluir-se nessa nova proposta, no qual os serviços são abertos e envolvem a participação do usuário e de seus familiares (Kantorski, Mielke & Teixeira Jr., 2008).

No modelo asilar, a assistência tende a focalizar a doença do sujeito, seus sinais e sintomas. Entretanto, no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, a assistência está voltada para a inclusão social da pessoa, para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, a convivência e a comunicação com o outro, bem como participação em grupo, indo além das funções de supervisão, administração de medicamento, alimentação e higiene (Oliveira, Silva & Silva, 2009).

O percurso histórico do cuidado aos portadores de transtornos mentais é marcado por lutas sociais que envolvem mobilizações e rupturas pela busca e pelo resgate da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico. Nota-se que, desde a Segunda Guerra Mundial, o modelo de assistência à saúde mental vem sofrendo transformações significativas, principalmente por causa das denúncias dos modelos de exclusão, por parte de grupos específicos e membros da sociedade (Brasil, 2005c).

No entanto, um empoderamento mais atual do cuidado em saúde tem trazido uma compreensão mais irrestrita sobre o cuidado. Pedrosa (2006) articula que as reflexões sobre o empoderamento do cuidado são fundamentais para que aconteçam as discussões em oposição ao paradigma científico tradicional do cuidado. Essas reflexões propõem que se associe a noção de cuidado com a institucionalização de novas modalidades de atenção em saúde pública e essas modalidades devem estar associadas à cidadania e à configuração do poder. Nesse caso, não existe impossibilidade na aproximação do cuidado ao ser ele também considerado como exercício do poder. Nessa perspectiva, o cuidado deve ser entendido como uma ação baseada na relação com o outro.

Existe uma convergência teórica em torno da compreensão de que o papel das enfermeiras em serviços de saúde mental é o de propiciar ao usuário se reconhecer e melhorar suas relações através das ações terapêuticas, exigindo da profissional iniciativa, criatividade e diferentes modos de assistir (Soares, 2010).

O foco das ações das enfermeiras que trabalham em saúde mental é ajudar o paciente em sofrimento mental a encontrar o real sentido da enfermidade mental e, para isso, tem-se voltado à promoção da saúde mental; à prevenção da enfermidade mental; à ajuda ao doente no enfrentamento das pressões da

enfermidade mental. Outra atribuição da enfermeira é a capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, usando, para isso, sua percepção e observação para a formulação de interpretações convenientes para a tomada de decisão no planejamento da assistência e da conduta terapêutica. Todas “essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico” (Villela & Scatena, 2004, p. 739).

Quando ocorre a ampliação da interação entre usuário/a-enfermeira, aumenta a compreensão de papéis mútuos em torno do problema. Por isso, é fundamental a valorização da singularidade, da reciprocidade e a ajuda mútua entre a enfermeira e o usuário. Nessa perspectiva, é primordial a utilização de um plano para assistência, que “deveria reconhecer, definir e compreender o que acontece quando estabelecem relações com o paciente” (Villela & Scatena, 2004, p. 739).

O papel terapêutico da enfermagem no cuidado à pessoa nos serviços de saúde mental é muito complexo, e é por essa razão, as enfermeiras com atitudes éticas e solidárias para com a pessoa que necessita de ajuda precisam ampliar suas competências técnicas e relacionais (Calgaro & Souza, 2009).

O cuidar da pessoa em saúde mental envolve entender as consequências da convivência com o transtorno mental e desenvolver um olhar sobre a humanização que acolhe e compreende o sofrimento e o que ele representa para o indivíduo que está nessa condição tão peculiar, bem como as consequências de se conviver com o transtorno mental (Casate & Corrêa, 2012).

O cuidado em saúde mental, para ser efetivado, precisa ser realizado em uma perspectiva humanista, criativa, reflexiva, considerando-o como uma construção da profissão e compreendendo-o como relação em um processo

dinâmico. Nesse sentido, as questões relativas à assistência e ao cuidado à pessoa com transtorno mental devem se estender à academia, às políticas públicas, às instituições prestadoras de serviços de saúde, aos profissionais de saúde e educação, bem como aos familiares e usuários/as dos serviços de saúde mental (Villela & Scatena, 2004).

Mielke e Kantorski (2011) assinalam que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema complexo, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, que tem como responsabilidade articular e coordenar ações promocionais, preventivas, de tratamento e de reabilitação à saúde da população. O SUS, assim como a Reforma Psiquiátrica, são caracterizados como a conquista de uma luta social e política que, para sua efetivação, necessita de modificações na práxis assistencial em saúde – exigindo ações que privilegiem a promoção e a prevenção da saúde –, bem como nos processos de trabalho estabelecidos.

A atenção básica prioriza as políticas públicas e, dessa forma, busca atingir os pressupostos do SUS. Por isso é considerada, no sistema de saúde, a porta de entrada, principalmente com a implantação, em 1994, da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo cerne é o cuidado à saúde no núcleo familiar. Isso promove a reorganização da prática assistencial das ações de saúde, além de ter o território como ponto estratégico de desenvolvimento do cuidado, respeitando, assim, os pressupostos da Reforma Psiquiátrica por meio de práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização (Mielke & Kantorski, 2011).

No campo da saúde mental, também vem ocorrendo um movimento de transformação das práticas assistenciais, modificando a concepção de saúde e

doença mental e da própria loucura. Atualmente, o modelo de assistência à saúde mental tem possibilitado a construção de um novo modo de atenção em saúde mental, que se orienta pelo psicossocial, no qual o sofrimento mental não é um fenômeno exclusivamente individual, mas ocorre em pessoas que se relacionam, propiciando uma perspectiva sociocultural, política, biológica e psicológica às intervenções de saúde (Calgaro & Souza, 2009).

Ao falar sobre o novo modelo de atenção psiquiátrica é fundamental destacar que o cuidado em saúde mental preconiza o diálogo, o vínculo, o acolhimento e, a escuta, oferecendo continuidade da atenção. Essas práticas relacionais possibilitam compreender o sofrimento psíquico a partir do contexto do usuário, valorizando suas experiências e atentando para suas necessidades, incluindo, no cuidado, os diferentes aspectos que compõem o cotidiano desse indivíduo (Lucchese, 2007).

Todas essas estratégias são consideradas instrumentos facilitadores e transformadores, sendo estratégicos no desenvolvimento da autonomia e da inclusão social, bem como no agenciamento de modos menos endurecidos de trabalho. Tudo isso envolve, para além das transformações das práticas, um novo olhar para as questões do cuidado em saúde mental (Lucchese, 2007).

2.3 OS DISCURSOS DA PERFORMANCE BASEADOS NO PARADIGMA DA INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E NA SAÚDE MENTAL

A compreensão sobre a integralidade do cuidado representa um ganho em qualidade, na medida em que, por meio dessa reflexão, são avaliados os modos de ser, fazer e conviver nesse processo. Dessa maneira, o conceito de

integralidade, compreendido em um único sentido de atenção em saúde, é considerado uma visão simplista e unilateral (Brasil, 2004a).

A dimensão do cuidado é ampliada a partir do entendimento sobre os aspectos da integralidade relacionados à atenção em saúde. Isso promove, entre os profissionais, mais responsabilidade no resultado do trabalho nas práticas de atenção, além de ampliar os referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação. Ao mesmo tempo, se reconhece a limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (Brasil, 2004a).

O conceito de integralidade formulado no campo da saúde coletiva é primordial para o entendimento das práticas em saúde, pois com o estudo da integralidade é possível percorrer as fundamentações de práticas de saúde tradicionais. A concepção ampliada da integralidade promove muitos debates complexos. Para além de um princípio doutrinário, ela é um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2004).

Nos dias atuais, a assistência está focada em uma proposta de construção de redes de atenção integral em saúde mental, e a integralidade vem se destacando nesse campo, visto que é um dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) (Nasi, Cardoso, Schneider, Olschowsky & Wetzel, 2009).

Na área da saúde mental, a integralidade é o meio que permite o contato e o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico, pois é por meio dela que ocorre a construção de redes de atenção integral em saúde mental, com destaque para a vertente assistencial (Nasi et al., 2009). A discussão sobre a integralidade no cuidado está em consonância com a Reforma Psiquiátrica no sentido de propor

um modelo diferente para o tratamento não mais centrado nos sintomas e medicamentos (Brasil, 2004a).

A integralidade é uma ferramenta indispensável para se pensar as estratégias em saúde mental. Todas essas discussões acerca do cuidado integral são fundamentais para a consolidação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, além da formulação de espaços de vida com respeito, autonomia e cidadania (Waidman, Marcon, Pandini, Botura & Paiano, 2012).

A transformação do modelo de assistência à saúde mental representa um desafio para as/os profissionais, no sentido de que elas/eles devem adotar novos saberes, tecnologias e metodologias de trabalho, passando pelas relações entre os demais componentes da equipe de trabalho (Amarante & Torres, 2001).

No trabalho em saúde mental, a integralidade deve ser considerada por estar ligada aos modos de agir, que, por sua vez, associam-se à fomentação da cidadania pelo “estabelecimento de relações simétricas e, dialogicamente, pelo respeito às diferenças, consideradas formas de compor saberes” (Nasi et al. 2009, p. 148).

A enfermeira exerce um papel importante na assistência às pessoas com transtorno mental, como sensibilização da população sobre a importância de sua inserção na comunidade, inclusive colaborando e responsabilizando-se pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, que farão com que esses indivíduos sintam-se valorizados – afinal, a cidadania dessas pessoas e de sua família está assegurada na política de desinstitucionalização (Calgaro & Souza, 2009).

Portanto, as transformações ocorridas na assistência em saúde mental nas quatro últimas décadas, principalmente na discussão sobre integralidade,

buscaram superar as práticas tradicionais cujo lócus é o hospital psiquiátrico, para uma prática exercida na comunidade. Todas essas transformações contribuem para se investigar, ao mesmo tempo, como a noção de cuidado se relaciona com gênero, uma vez que essa profissão é predominantemente feminina: quais mudanças históricas e sociais sobre os sentidos do cuidado na enfermagem foram construídas levando em consideração a perspectiva de gênero?

CAPÍTULO 3 – O GÊNERO E A ARTICULAÇÃO DO CUIDADO NA ENFERMAGEM: REFLEXOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo, discuto a relação entre o cuidado e a enfermagem – vista como natural – e indago: as enfermeiras, por serem mulheres, estariam naturalmente predispostas ao cuidado? Com essa questão, busco refletir sobre a construção dos sentidos de cuidado no contexto da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. Para tanto, pretendo dialogar sobre as implicações da perspectiva de gênero e o cuidado, que historicamente perpassa pela figura feminina, sendo ele o foco da ação da enfermagem, uma profissão desempenhada principalmente por mulheres. Em que medida o cuidado em saúde mental, da forma como é performado, está relacionado à gênero?

Esta dissertação propõe sistematizar as produções sobre gênero e enfermagem, de modo a contribuir com futuros estudos, bem como contemplar as diferentes realidades que envolvem a vida das mulheres em espaços ocupados pela enfermagem, relacionando-o com outros contextos. Nessa perspectiva, vamos mapear nos documentos os repertórios sobre gênero, na perspectiva das diferenças e desigualdades em relação à profissão de enfermagem.

3.1 A EMERGÊNCIA DO CONCEITO DE GÊNERO: DESAFINANDO AS ASSIMETRIAS DE PODER E A POSIÇÃO DE SUBALTERNIDADE DA MULHER NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

O conceito de gênero ganhou rápida notoriedade a partir da década de 1980, principalmente porque esse conceito instiga e desafia um olhar amplificado

à realidade em que estão inseridas as distinções e características consideradas femininas e masculinas na essência das hierarquias sociais (Piscitelli, 2002).

Padilha, Vanghetti e Brodersen (2006) apontam que, etimologicamente, gênero (do latim *genus, eris*) é o conjunto de espécies com características comuns: espécie, ordem, classe.

Sobre gênero, Scott (1991) pontua que é uma forma primeira de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo no seio do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado. Ainda segundo a autora, gênero pode ser entendido como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos, implicando em quatro elementos que estão relacionados entre si, a saber: os símbolos culturalmente disponíveis, que podem evocar representações simbólicas e contraditórias; os conceitos normativos, que evidenciam a interpretação do sentido dos símbolos, tais como os significados do masculino e do feminino; as instituições e organizações sociais, que exercitam esse poder e o ampliam, incluindo-o não só nas relações de parentesco, mas também no mercado de trabalho, na educação e no sistema político e, sobretudo, na identidade subjetiva.

Nenhum desses elementos citados anteriormente empreende sozinho, eles operam simultaneamente como se um fosse o reflexo/a representação do outro. Muitas historiadoras feministas têm se utilizado de diversas abordagens para a análise do gênero. Entretanto, ao comentar esse assunto, impreterivelmente entramos no campo das relações sociais, sendo o poder um dos elementos que perpassa essa relação e que pode ser demonstrado tanto no espaço público como no ambiente privado (Scott, 1991).

Nesse sentido, a compreensão de gênero é ampliada quando se considera que as relações de gênero e classe agregam todos os campos do social, ou seja, são transversais, perpassam todas as relações (Foucault, 1992).

No entanto, Simões e Amâncio (2004) alertam que até a década de 1990, no Brasil, as investigações sociológicas sobre gênero, especificamente na categoria da enfermagem, estavam sendo negligenciadas, pois não existiam discussões com visibilidade e significado acerca das relações que envolviam o poder hierárquico da medicina em detrimento da enfermagem e das demais profissões.

Apesar dessa constatação, é possível observar o desenvolvimento de alguns estudos sobre gênero na área da enfermagem. Esse tema é foco de interesse para as pesquisadoras enfermeiras Waldow (1998), Coelho (2005), Padilha, Vagheti e Brodersen (2006), que discutem as relações entre gênero e o cuidar em enfermagem.

As referidas pesquisadoras concordam que o gênero não envolve apenas uma identidade sexuada biológica, mas, sobretudo, a construção social como sujeito masculino e feminino, que se produz em uma relação não mais fixa e imutável, mas sim, sujeita a todas as transformações histórico-sociais. Isso significa, também, que a ideia de gênero pode ser revista e modificada na medida em que se modificarem as relações sociais.

Apesar de haver uma afinidade histórica das mulheres com o cuidar, reconhecemos que preconceitos de gênero restringiram a participação dos homens na profissão. Mas, embora a enfermagem seja construída culturalmente como prática sexuada, feminina, os homens na profissão são uma realidade cada vez mais presente, representando rupturas

importantes com estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado. Além da divisão sexual do trabalho na enfermagem, foi instituída sua divisão social representada pela hierarquização da profissão em categorias diversificadas – enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem – estabelecendo-se também uma relação de desigualdade (Coelho, 2005, p. 347).

Ressaltamos que tanto na história da enfermagem como profissão quanto na história da humanidade se evidencia a assimetria entre homens e mulheres, seja na vida social, afetiva e sexual, seja nas relações profissionais que implicam nesse arquétipo (Coelho, 2005).

Nesse ínterim, ao longo da história da humanidade se mostra que a figura masculina sempre assumiu uma atitude ou papel de poder e liberdade e a mulher a figura ou características de valores culturais e sociais articulados à ação de submissão e obediência (Foucault, 1992). A profissão de enfermagem sofreu influência do cristianismo e, por isso sempre foi vista como um sacerdócio exercido como obra de caridade, com abnegação no cuidado dos enfermos e subordinada à classe médica (Padilha, Vaghetti & Brodersen, 2006).

Infelizmente, na atualidade ainda são observadas as relações de poder que as profissões da área da saúde consideradas masculinas exercem sobre a atuação da enfermagem. É visualmente embaraçoso constatar, pela prática profissional, que em pleno século XXI ainda havia um abismo entre o profissional médico e a profissional enfermeira. Coelho (2005) ressalta que, apesar de todo o crescimento tecnológico existente, a sociedade ainda cultua a figura feminina

como o sexo frágil, incapaz de realizar algumas atividades, e sendo representada, assim, como inferior à classe masculina.

Segundo Welzer-Lang (2006, p. 461), “os homens dominam coletiva e individualmente as mulheres. Esta dominação se exerce na esfera privada ou pública e atribui aos homens privilégios materiais, culturais e simbólicos”. Essa realidade de dominação é percebida na divisão do trabalho na saúde, pois entre os sexos se estabeleceu o predomínio masculino da profissão médica em detrimento das profissões femininas ligadas ao cuidado. Esse é um dos problemas que a enfermagem enfrenta por ser uma profissão constituída, em sua maioria, por mulheres; há uma banalização do cuidado prestado pelas enfermeiras, em sua relação com serviços organizados a partir de uma extensa hierarquia, e que remete, em última instância, às formas androcêntricas de organização do mundo do trabalho e também aos saberes formalmente constituídos.

Ao deter o poder de fazer o serviço funcionar de acordo com seus interesses, os profissionais de saúde, em geral, e os médicos, em particular, marcam suas posições no interior do campo da saúde como polo dominante, por serem detentores de saberes legítimos sobre a doença, a cura e o cuidado. Auxiliam nos processos de manutenção da saúde e da vida, mas também cristalizam hierarquias, tanto os médicos, se fixando no polo superior, como as enfermeiras, no inferior da roda do poder (Pereira, 2000).

Na divisão sexual do trabalho, o modelo perpetuado durante séculos foi aquele em que as mulheres cuidavam do lar, do marido, dos filhos, dos pais idosos e das demais pessoas doentes. Já os homens preocupavam-se com o trabalho, a profissão e os negócios em geral. Essa realidade criou uma visão

dicotômica dos saberes teóricos e práticos, pois a casa e tudo o que se refere a ela pertence ao mundo privado e, aquilo que está fora da casa ao mundo público.

Guimarães, Hirata e Sugita (2011), reforçam a designação:

O “cuidar da casa” (ou “tomar conta da casa”), assim como o “cuidar das crianças” (ou “tomar conta das crianças”) ou até mesmo o “cuidar do marido”, ou “dos pais”, têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, os quais (talvez por isso mesmo) no léxico brasileiro têm estado associados com a submissão, seja dos escravos (inicialmente), seja das mulheres, brancas ou negras (posteriormente) (p. 154).

Nessa perspectiva, reforçamos o conceito de cuidado ou *care*, descrito por Guimarães, Hirata e Sugita (2011), que, por ter uma origem transversal e multidimensional, pode ser compartilhado com outros conceitos, como “gênero” e “trabalho”, e outros domínios, como o da ação de assistência e previdência social.

Destacamos que as ações de “assistir”, “cuidar”, “prover”, “amparar” e “socorrer” estão relacionadas, histórica e culturalmente, a definições e performances de gênero, e todas essas ações estão interligadas ao cuidado. Essas múltiplas ações têm em sua origem e em suas diferentes configurações históricas os cuidados enraizados em uma visão binária do mundo, na qual o gênero é uma das categorias mais discutidas atualmente (Guimarães, Hirata & Sugita, 2011).

O cuidado transita entre o familiar e as instituições de saúde, articulando as diferentes esferas, ainda que sempre em uma matriz que atribui o cuidado ao doente e à maternidade como inatos às mulheres. Coelho (2005) expõe que, na história, as práticas de cuidado estão associadas ao sexo feminino,

principalmente devido a sua capacidade natural de reprodução biológica e às responsabilidades nos cuidados domésticos e com a família. Essa representação foi decisiva para a condição de inferioridade social da mulher em relação ao homem.

Para Souza (2002), a socialização familiar incorporada nas mulheres se encarrega de recriar a cultura do cuidado. No caso dos serviços de saúde, a feminização difundiu “certo modelo” de mulher não somente para o sistema de saúde, mas para a sociedade mais ampla. Dessa forma, sugere a autora, as práticas do cuidado, a fim de se desvincularem das naturalizações, deveriam ser incorporadas como objeto de estudo nos cursos de formação, reconhecidas como parte legítima da prática profissional e como objeto de reflexão e conhecimento sistêmico.

Fato é que em todas as sociedades e em diferentes temporalidades os cuidados são necessários para a preservação da vida, tanto em escalas cotidianas como sociais, sendo importantes também na elaboração e organização de políticas públicas e curriculares, envolvendo organismos multilaterais e diversos tipos de organizações e saberes. A enfermagem figura entre as profissões cujo Parâmetro Curricular possui o cuidado como destaque desde o início de sua história.

A exposição a essas situações acarreta alterações na saúde e na vida social dessas profissionais que, além disso, exercem um trabalho em equipe conflitante pela hegemonia médica. Nesse sentido, Scott (1991) historiciza o conceito de gênero com base na descrição dos conflitos existentes no princípio da hegemonia do masculino em relação à repressão ao feminino. No entanto, esses conflitos podem sofrer variações de acordo com diferentes contextos, tornando

problemática a categoria “homem” e “mulher”, sugerindo, porém, que o “masculino e o feminino não são características inerentes e sim construções subjetivas” (ou fictícias) (Scott, 1991, p. 16).

Seguindo essa posição, Piscitelli (2009) critica o pensamento de que a subordinação feminina é universal; assim, existem diversas correntes de estudos que questionam essa percepção e buscam estratégias para acabar com tal sujeição, recorrendo a explicações para as causas originais dessa submissão.

Trata-se de exemplos de ligações explícitas entre o gênero e o Poder. Frequentemente, a ênfase colocada sobre o gênero não explicita, mas constitui, no entanto, uma dimensão decisiva da organização, de igualdade e desigualdade. As estruturas hierárquicas baseiam-se em compreensões generalizadas da relação pretensamente natural entre o masculino e o feminino. A articulação do conceito de classe no século XIX baseava-se no gênero. [...] os reformadores burgueses descreviam os operários em termos codificados como femininos (subordinados, fracos, sexualmente explorados como as prostitutas), os dirigentes operários e socialistas respondiam insistindo na posição masculina da classe operária (produtores fortes, protetores das mulheres e das crianças) (Scott, 1991, p. 26).

Piscitelli (2002) assinala, ainda, que a subordinação vinculava-se ao capitalismo e ao patriarcado. Para o feminismo radical, a sujeição feminina está atrelada ao processo reprodutivo. O corpo estaria, portanto, no centro da opressão sexual. A explicação para a origem da subordinação feminina vem do conceito de patriarcado, no qual a dominação masculina é exercida por um sistema opressivo.

Em decorrência de uma cultura patriarcal, na qual o elemento masculino tem exercido uma relação de poder sobre o feminino, a profissão de enfermeira sempre esteve ligada à ideia de devoção, caridade, submissão. Pouco valorizadas na sociedade, as atividades que lhe dizem respeito no contexto social vigente são mais visualizadas no âmbito privado. Devido ao próprio processo histórico da profissão, a objetividade não dá conta de seu pleno reconhecimento no seio da sociedade (Cruz, 2009, p. 65).

A diferença dos gêneros e a hegemonia do poder entre as profissões, remetem a aspectos culturais, sociais e históricos. Por isso é importante que a enfermagem descubra os mecanismos ideológicos que marcam a sua constituição enquanto categoria profissional, para provocar mudanças no que se refere ao saber e ao poder, propiciando a construção de oposições aos poderes instituídos e de enfrentamento (Coelho, 2005).

Com isso, busca-se a superação de anos de história de subalternidade, que sabemos ser anterior à figura de Florence Nightingale, embora essa submissão tenha sido reforçada por meio de seu modelo de hierarquia, padrão de atendimento e seleção apenas de mulheres para exercer a profissão de enfermagem, em contraposição também libertária, por dar voz às mulheres daquela época que já exerciam o cuidado, mas que não enxergavam o seu valor. No próximo tópico abordamos melhor essa temática.

3.2 SOBRE A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: A CONTRIBUIÇÃO DE FLORENCE NIGHTINGALE PARA A NATURALIZAÇÃO DA PERFORMANCE DE GÊNERO

Até o surgimento da enfermagem profissional, os cuidados hospitalares ficavam a cargo das irmãs de caridade ou de mulheres sem nenhum conhecimento específico sobre a saúde ou a higiene. Isso contribuiu para a má fama dos hospitais, que, por serem sujos e insalubres, provocavam muitas doenças e mortes, ficando conhecidos na época como mortuários (Barros & Egry, 1994).

Antes da profissionalização, os cuidados ditos de 'enfermagem' eram tarefas isoladas, realizadas por membros da própria família, vizinhos, serventes ou por ordens religiosas e sociedades humanitárias ou, ainda por pacientes convalescentes e prisioneiros. Esta prática estava vinculada às atividades domésticas e baseava-se no senso comum, em que a figura materna era a representante ideal. Era uma prática autônoma e ainda não subordinada às ordens médicas (Sadigursky, 2002, p. 46).

A assistência de enfermagem brasileira até a Primeira República era focada no curativo, ficando a cargo de religiosas. As irmãs de caridade, pessoas leigas, geralmente ex-pacientes ou serventes, trabalhavam nos hospitais e detinham o poder administrativo (Kantorski, Souza, Willrich, Mielke &, 2004).

Na segunda metade do século XIX, consolidaram-se as novas formas de organização das práticas de saúde, quando as disciplinas de higiene e clínica adquiriram um discurso científico, com uma gama de saberes, conhecimentos e

resultados que permitiram à enfermagem gozar de certa legitimidade social (Pereira, 2000).

Já em relação às formas de organização, associação e produção de saber na medicina, estas só foram instrumentalizadas técnica e cientificamente no último quarto do século XIX, com a descoberta da anestesia e da antissepsia operatória, culminando com a fundação da ciência bacteriológica. As vacinações em massa controlaram a varíola e as medidas de higiene enfrentaram com sucesso a velha luta contra a peste bubônica. As campanhas de higienização aplicadas às cidades melhoravam a expectativa e a qualidade de vida das populações (Pereira, 2000).

Com a divisão pormenorizada do trabalho nas práticas de saúde, o trabalho da enfermeira surgiu como retaguarda para o trabalho do médico. Ele era composto principalmente de atividades manuais, associadas ao processo terapêutico. Pode-se afirmar que, na organização das práticas de saúde, o modelo médico é hegemônico. Logo, as transformações das práticas de enfermagem psiquiátrica acompanharam as ocorridas na psiquiatria, enquanto prática do médico, porém acrescida de outros saberes, como os da psicologia, da sociologia, entre outros (Campos & Barros, 2000, p. 272).

Fernandes (1981), Gussi (1987) e Pereira (2000) mencionam que uma das primeiras funções desempenhadas pela profissão de enfermagem incluía administrar e controlar o espaço hospitalar. Ficava também a cargo das enfermeiras a execução de cuidados gerais e terapêuticos, bem como manter as rigorosas observações, anotações e registros de cada paciente.

Pereira (2000) chama a atenção para o fato de que competia às enfermeiras a função de observar, anotar, limpar, organizar o ambiente e o dia a dia da própria equipe e, sobretudo, cumprir e fazer cumprir as ordens médicas, sem questionar. Às enfermeiras eram designadas tarefas consideradas femininas, ou seja, cuidar dos espaços que já eram das mulheres no mundo doméstico.

A assistência de enfermagem psiquiátrica no Brasil tinha a finalidade de disciplinar o doente e a conduta dos trabalhadores na prestação de cuidados como auxiliares. A enfermeira detinha o poder – disciplina e vigilância, controle e registro do tempo e do espaço dos doentes nos hospitais. Por isso, até hoje a classificação organizacional e a disciplinarização são características desse grupo profissional (Sadigursky, 2002).

O processo de classificação é central na vida social, visto que a sociedade se identifica e se relaciona de acordo com a ordenação ou divisão das classes sociais. Essa forma de divisão e classificação é hierarquizada. Deter o privilégio de classificar significa também poder atribuir diferentes valores aos grupos assim classificados (Silva, 2006).

Esse fato reafirma o pensamento de Foucault (1992), que diz não haver possibilidade de exercício de poder sem a produção de discursos de verdade que funcionem dentro e a partir de uma dupla exigência, na qual se deve, ao mesmo tempo, produzir e acumular saberes que, por sua vez, darão suporte para a circulação e o funcionamento de práticas específicas. Ao produzir resultados positivos e ocultar, de certa forma, os negativos, a medicina avançou com legitimidade crescente para controlar a saúde e a doença e também com autoridade para ditar normas, regras e leis das formas adequadas de levar a vida.

Instaurou-se, nas palavras de Foucault (1992), o jogo do cuidadoso e do cuidado, no qual se esperava o corpo sadio e limpo, o espaço arejado e purificado, a distribuição e a numeração das casas, a identificação ao pé do leito dos doentes nos hospitais, com o registro diário e cuidadoso do seu estado. Essas normas se constituíram em algumas das leis morais essenciais da nova família burguesa, ansiosa por uma identidade tal que a diferenciasse dos pobres e a aproximasse dos ricos.

Foucault (1992) esclarece que no fim do século XIX o hospital já podia ser considerado uma realidade medicamente eficaz, um lugar sistematizado para tratar e curar, no qual os médicos estavam, de forma ininterrupta, revezando-se para garantir a eficácia terapêutica e a cura dos doentes sob seus cuidados. Isso fez com que a sociedade moderna olhasse diferente para esse ambiente, pois o interesse agora era de ordem econômica, social e também acadêmica.

A enfermagem como profissão surgiu respondendo a ideais da modernidade como: organizar, esquadrihar, separar, anotar, culminando em atender à hierarquia social que estava posta e que era, acima de tudo, masculina.

A enfermagem moderna teve início quando Florence Nightingale, em 1854, na Guerra da Criméia, organizou um voluntariado de 38 mulheres para o trabalho em um hospital, no atendimento de 4.000 soldados internados. Entre as muitas atividades executadas no campo do cuidar, o serviço de Florence só teve visibilidade com a diminuição dos índices de mortalidade de 40% para 2%. Toda essa projeção positiva foi fundamental, pois fez com que ela recebesse um prêmio em dinheiro do governo inglês. Esse dinheiro foi investido na fundação da primeira escola de enfermagem, no Hospital St. Thomas, em Londres, em 1860 (Sadigursky, 2002).

No entendimento de Kalkman (1967), a partir de Florence Nightingale, entre os anos de 1860 e 1880, foram designadas à enfermagem as funções de: administração de medicações prescritas, aplicação de curativos cirúrgicos, previsão e uso apropriado do espaço, assegurando um ambiente saudável, higiene pessoal, elaboração e administração de alimentos, entre outras atividades.

Florence Nightingale recebeu, em diversos momentos, muitos adjetivos, entre eles: feminista, reacionária e administradora. Por ela ser a precursora da enfermagem moderna é fundamental discutir os modos pelos quais as relações de gênero permeiam sua vida.

As ideias de Florence Nightingale sobre a profissão de enfermagem envolviam uma conduta ilibada das mulheres selecionadas para exercê-la. Em seu livro “*Notas sobre a Enfermagem*” estão descritos os aspectos que as mulheres que desejam exercer a profissão devem possuir. Tais critérios são claramente observados como o que era esperado da mulher daquela época:

Toda enfermeira deve ser uma pessoa com quem se pode contar, isto é, capaz de ser uma enfermeira 'de confiança'. [...] Deve ser estritamente sóbria, honesta e, mais do que isso, ser uma mulher religiosa e devotada. Deve ser uma observadora segura, direta, rápida e ser uma mulher de sentimentos delicados e modestos (Nightingale, 2010, p. 164).

De acordo com Costa, Padilha, Amante, Costa e Bock (2009), muitos/as historiadores/as culpam Florence Nightingale por ter transformado a enfermagem em uma profissão feminina. Segundo essa autora, essa crítica é embasada na argumentação de que:

A enfermagem sempre foi exercida por homens e mulheres na mesma proporção, tanto para cuidar de guerreiros feridos, gestantes, crianças e idosos, o que não pode ser negado pela história da enfermagem. Homens e mulheres buscam a enfermagem por motivos diferentes, porém sociólogas feministas expressam preocupação no número desproporcional de homens em posições gerenciais de enfermagem e isto pode ter consequências negativas para a profissão (Costa et al., 2009, p. 667).

Ao entender gênero como uma construção histórica, Scott (1991) assinala ser esse conceito plural, ou seja, existem conceitos de feminino e masculino social e historicamente diversos. Partindo da ideia de pluralidade, convém destacar que diversas sociedades podem ter concepções diferentes de homem e mulher, mas, no interior de uma sociedade, tais sentidos seriam distintos, conforme a classe, a religião, a raça, a idade, entre outros.

Costa et al. (2009) destacam, entre as concepções acerca de Florence Nightingale, os estudos que a consideram feminista, pois nem mesmo com a resistência da família ela se deteve e acabou por deixá-los quando decidiu se tornar uma enfermeira, além de ter rejeitado as expectativas sociais do que se esperava de uma mulher na era Vitoriana.

Em oposição a essa postura feminista, Costa et al. (2009) dizem que algumas atitudes de Florence Nightingale são contrárias ao feminismo, tais como: sua posição em ser contra a entrada de mulheres na profissão médica, e também por ter se negado a participar do movimento pelo voto feminino e ampliação dos direitos das mulheres na sociedade inglesa.

Para Florence Nightingale, a enfermagem era compreendida tanto como vocação quanto como profissão, e os dois aspectos deveriam estar unidos; ademais, qualquer mulher poderia ser uma boa enfermeira. Este é, portanto, o modelo de formação seguido na criação dos primeiros cursos de enfermagem, em diversos países, sendo as enfermeiras consideradas, de acordo com o sistema nightingaleano, como enfermeiras padrão (Nightingale, 2010).

O sistema nightingaleano de ensino chegou ao Brasil para trabalhar com o preparo formal de enfermeiras em escolas no período compreendido entre 1880 e 1930, voltado à área psiquiátrica, com crescente papel terapêutico. A elas cabia executar ou assistir ao médico nos procedimentos psiquiátricos do dia, administrando medicamentos. No entanto, o seu papel era de custódia e deveria basear-se apenas nas necessidades físicas dos pacientes. Em relação às necessidades psíquicas, preocupavam-se em manter boas atitudes, como tolerância, gentileza e humanidade para com os pacientes.

A primeira experiência de ensino da enfermagem, no Brasil, foi na área psiquiátrica. O hospício era o núcleo central da prática da enfermagem e a enfermeira foi legitimada no direito de controlar, disciplinar e reeducar o doente mental, estabelecendo e legitimando a violência e o confinamento como principais instrumentos de assistência (Fernandes, 1982; Sadigursky, 2002.).

Em 1919, foi criada a Escola Profissional de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO), na colônia do Engenho de Dentro. A partir daí, a enfermeira passou a ter sua formação reconhecida legalmente e também sua função no hospício, como auxiliar do serviço médico, acatando e cumprindo suas ordens. O médico assumiu a direção e a categoria de enfermagem assumiu um papel de

subordinação ao saber/poder médico (Gussi, 1987; Pires, 1989; Sadigursky, 2002).

Referente a esse período, Kantorski et al. (2004) assinala que:

A partir da criação desta Escola é estabelecida e reconhecida a função do enfermeiro no interior dos hospícios. A expansão da rede de hospícios e as dificuldades da Escola fazem que a mesma seja desativada. A institucionalização da enfermagem e seu ensino no Brasil são consolidados em 1923 com a fundação da Escola Ana Nery, nos moldes de Florence Nightingale (p. 4).

Muitas enfermeiras que trabalham com saúde mental não foram preparadas para atuar nessa área. Contudo, como este era o único trabalho disponível no momento em que procuraram emprego, atuavam de acordo com as expectativas institucionais, organizando unidades, fiscalizando pessoal auxiliar e obedecendo às determinações médicas (Stefanelli, Rolim, Teixeira, Barros & Fukuda, 1994; Sadigursky, 2002).

Apesar de todos os avanços na perspectiva de gênero na enfermagem, os dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)², de 2010, demonstram que existem 97.309 trabalhadores de enfermagem no Centro-Oeste, sendo a maior parte deles do gênero feminino em comparação ao gênero masculino, pois 85.266 (87,62%) são do gênero feminino e 12.043 (12,38%) do masculino.

De acordo com Simões e Amâncio (2004), a enfermagem está interligada e atravessada por dois aspectos centrais: a prática de cuidado, que é a grande razão do existir enquanto profissão e o fato de sua trajetória histórica estar

² Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>.

associada ao feminino. Alves (1987) e Sadigursky (2002) consideram que a força de trabalho da enfermagem, por ser predominantemente feminina, reproduz a condição da mulher na sociedade, com baixos salários e operações distintas – uma manual e outra intelectual (divisão social e técnica do trabalho em enfermagem).

Portanto, a característica do trabalho em enfermagem reflete não só a ideologia institucional, como também é determinado pelo modo de produção capitalista, com exploração da mão de obra, sem autonomia e reconhecimento social, envolvendo riscos, trabalho por turnos, com revezamento e, às vezes, dupla jornada (Alves, 1987; Sadigursky, 2002).

Nesse cenário, a forma como o gênero é entendido nessa relação do cuidado na enfermagem possibilita determinadas performances de cuidado e da mesma forma o cuidado em saúde mental, refletindo em sua prática. As enfermeiras acabam, nessa trilha da socialização, assumindo determinadas performances – de subalternidade e de submissão –, reforçando a ideia das hierarquias de um sexismo, ou seja, de valorizar mais um sexo em detrimento do outro.

Ao historicizarmos o percurso dos cuidados de enfermagem na interface com o gênero, nota-se que desde que essas discussões tomaram forma muitos avanços ocorreram no trajeto da história social e da política mundial, e isso se reflete no campo da saúde mental.

Partindo desse panorama, analiso os discursos dos documentos escolhidos, articulando-os com o referencial teórico e estabelecendo um contraponto entre cuidado, saúde mental, enfermagem e gênero, acompanhando

o itinerário percorrido pelo processo metodológico, cuja sustentação se desenha a partir dos pressupostos do construcionismo social.

CAPÍTULO 4 – PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

No presente capítulo está exposto o delineamento teórico e metodológico que norteia esta dissertação, cuja perspectiva está pautada nos pressupostos do Construcionismo Social, para o qual o conhecimento é algo que se constrói por meio de práticas sociais. Tal perspectiva propõe uma reflexão crítica acerca da produção do conhecimento, tendo como um de seus postulados a importância da linguagem como ação (Gergen, 2009; Spink, 2004³; Íñiguez, 2005; Ibáñez, 2004)⁴.

Em seguida, são descritas as escolhas metodológicas. Há uma apresentação geral do esquema de organização dos documentos, com referência particular aos textos coletados, à sistematização desses documentos e ao crivo de análise discursiva (mapas) a que foram submetidos. Enfim, apresenta-se o traçado metodológico que resultou na produção de um *corpus* de informações cujo objetivo é produzir visibilidade ao problema pesquisado. Nele, a ênfase é nas práticas discursivas, que assumem a importância da linguagem enquanto prática social construtora de realidades, constituindo-se o foco central da análise na perspectiva construcionista (Spink & Medrado, 2000).

³ Em minhas pesquisas no decorrer do mestrado sobre o Construcionismo Social, pude constatar que os textos da pesquisadora Mary Jane Spink oportunizam debates importantes para o campo da Psicologia Social, tornando-a porta-voz do construcionismo na atualidade brasileira. Portanto, para as reflexões que propostas neste trabalho, foram principalmente utilizados os estudos de Mary Jane Spink pelo caráter questionador levantados nesses textos.

⁴ Existem várias versões sobre o construcionismo e esta dissertação está embasada na que têm como inspiração na literatura internacional os pesquisadores Gergen, Íñiguez, Ibáñez, e como referência na literatura nacional a pesquisadora Mary Jane Spink, por ser um dos nomes mais significativos na discussão do construcionismo social no Brasil e também por ela propor uma análise discursiva, que são as práticas discursivas e a produção dos sentidos. Para esses autores, o construcionismo não se caracteriza como uma teoria, uma vez que não pretende postular verdades a partir de princípios pré-estabelecidos e inquestionáveis, caracterizando-se, desse modo, como um movimento ou uma postura crítica diante do mundo.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1.1 A postura construcionista

Esta dissertação se trata de uma pesquisa qualitativa, teórica/documental sobre o debate do cuidado em Saúde Mental no contexto da enfermagem, buscando entender a construção da noção de cuidado e sua interface com a perspectiva de gênero. Para adentrar essa temática, servimo-nos de algumas teorias e conceitos da psicologia social de base socioconstrucionista e das teorizações feministas e de gênero, tomando documentos de domínio público para ilustrar a forma como se tem dado o debate sobre o cuidado em saúde mental no contexto da enfermagem.

Segundo a visão construcionista, a produção de conhecimentos e ideias da realidade não é construída por indivíduos, mas sim por processos sociais. Nessa perspectiva, toda a realidade é socialmente construída e historicamente delimitada; ainda, o conhecimento é algo que as pessoas fazem juntas. Todo conhecimento é construído socialmente, incluindo o do que é a "realidade". Os indivíduos nascem em uma sociedade e cultura com normas existentes e padrões pré-definidos de conduta, sendo as definições de "realidade" socialmente transmitidas de uma geração a outra e reforçados por sanções sociais. Essas definições de grupos existentes são apreendidas e internalizadas pelo processo de socialização (Gergen, 2009; Spink, 2004; Íñiguez, 2005; Ibáñez, 2004).

Se, no pensamento construcionista, todo conhecimento é construído socialmente, não é, então, algo previamente estabelecido/dado. O conhecimento é entendido como uma invenção, uma construção, um posicionamento crítico-

reflexivo, em que há o questionamento das coisas tidas como naturais e verdadeiras. Na postura construcionista, propõe-se uma reflexão crítica acerca da produção do conhecimento (Gergen, 2009; Spink, 2004; Íñiguez, 2005; Ibáñez, 2004).

Esta pesquisa está pautada na visão socioconstrucionista e focalizada nos discursos sobre o cuidado e sua interface com gênero, em que tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas. Ao adotar a perspectiva construcionista, pretendemos romper com noções profundamente arraigadas na nossa cultura, como, por exemplo, a visão representacionista do conhecimento e a própria noção de realidade (Spink & Frezza, 2004).

O construcionismo enfatiza que os acontecimentos/realidade são construídos sócio-historicamente e, assim, é possível ter várias versões sobre um mesmo objeto. A escolha dessa linha de pensamento para ser o eixo norteador se deu uma vez que permite trabalhar com a complexidade e a multiplicidade dos discursos sobre o cuidado.

No posicionamento teórico pautado pela perspectiva construcionista o conhecimento é algo que se constrói por meio de práticas sociais. As pesquisas realizadas nessa vertente têm por objetivo analisar e compreender as interações sociais, sempre levando em consideração a sua historicidade (Gergen, 2009; Spink, 2004; Íñiguez, 2005; Ibáñez, 2004)

O construcionismo social procura compreender os sentidos atribuídos às experiências que derivam de contextos marcados por diferentes temporalidades, ou seja, sentido é uma construção social coletiva e interativa, por meio da qual as pessoas constroem os termos que lhes possibilitam compreender e lidar com as

situações e fenômenos a sua volta. Enfatizamos que tal construção se dá num contexto, numa matriz atravessada por questões históricas e culturais e que permite lidar com situações e fenômenos do mundo social (Hacking, 2001; Spink, 2004).

Seguindo esse pensamento, esta dissertação busca entender a produção de sentidos sobre cuidado e como alguns deles se tornaram mais legítimos do que outros. Ao considerar que o cuidado, assim como a Saúde Mental, são campos de conhecimento atravessados por uma gama de saberes e práticas distintas, sendo, portanto polissêmicos, proponho historicizar a emergência e a utilização desses conceitos em sintonia com a proposta socioconstrucionista.

4.1.2 A perspectiva das práticas discursivas

A proposta metodológica que acompanha a posição socioconstrucionista é a análise do discurso. Nessa perspectiva, entendemos a linguagem como prática social que produz efeitos e constrói realidades.

Para os pesquisadores que trabalham com essa perspectiva, a linguagem tem um lugar central. Trata-se, porém, da linguagem em uso, tomada como prática social tanto no contexto social como interacional. Nesse sentido, as práticas discursivas podem ser definidas como as diversas maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (Davies & Harré, 1990).

Partindo da abordagem metodológica de práticas discursivas e produção de sentidos, as vozes são os elementos da formação discursiva pelas quais se pode identificar a presença, virtual ou atualizada, de outros interlocutores. Os

repertórios linguísticos são entidades teóricas fluídas e flexíveis. Ao seguir o pressuposto de que esses conteúdos associam-se de uma forma em determinados contextos e de outras em outros contextos, percebe-se que os sentidos são fluídos e contextuais e os repertórios colocados em movimento nos processos de interanimação dialógica que, nas teorizações de Bakhtin (1994), integram as unidades básicas da linguagem e da comunicação.

Dessa forma, torna-se importante trabalhar com a perspectiva temporal dos repertórios, pois o “sentido contextualizado institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos” (Spink & Medrado, 2004, p. 49). Esses autores ressaltam que a análise dos repertórios interpretativos requer a adoção de uma perspectiva temporal que articule o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto.

Por tempo longo entende-se o domínio da construção dos conteúdos culturais que foram parte dos discursos de uma dada época. Ele permite que nos familiarizemos com os conhecimentos produzidos e reinterpretados por diferentes domínios do saber: religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum, entre outros. O tempo vivido é o de ressignificação desses conteúdos históricos a partir dos processos de socialização. É o tempo de vida de cada um de nós; tempo da memória, na qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identidades. O tempo curto é o tempo da interanimação dialógica e da dinâmica da produção de sentidos. É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido (Spink, 2004).

Apesar das práticas discursivas serem polissêmicas, ainda assim possuem uma tendência à hegemonia. No entanto, os sentidos produzidos possuem também o mesmo poder para produzir mudanças. Nesse sentido polissêmico da

linguagem as pessoas podem mover-se por diversos contextos e situações, com uma variedade de possibilidades de vivências (Spink & Medrado, 1999).

Seguindo esse pensamento sobre linguagem, Íñiguez (2005) marca que “não é dentro de nossa mente que temos que olhar para saber como pensamos e sim, para nossos discursos” (p. 27). Para esse autor, a linguagem passou a ter ênfase no giro linguístico e isso implica na elaboração de novos conceitos acerca da natureza do conhecimento, contrapondo-se ao caráter representacional do conhecimento e dos essencialismos.

Para responder as questões elencadas nesta pesquisa, vamos focalizar a análise em um dos conceitos das práticas discursivas – os repertórios interpretativos. Ao partir da abordagem metodológica de práticas discursivas e produção de sentidos, Potter & Wetherell (1987) discutem que os repertórios interpretativos são um agrupamento de termos, expressões, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem que estão frequentemente em conjunto, utilizando unidades de construção dos discursos e estilos gramaticais próprios. Essas unidades de construção dos discursos demarcam o rol de possibilidades discursivas, tendo por parâmetro o contexto em que as práticas discursivas acontecem.

Nessa articulação, a produção de sentido resulta das práticas discursivas que se produzem em meio às combinações dos repertórios. Essa perspectiva oferece condições para que se entenda a dinâmica e a variabilidade da produção de sentidos como decorrente da combinação de repertórios distintos e até contraditórios. Mas a articulação das práticas discursivas, fundamental para a produção de sentidos no cotidiano, “não se restringe às produções orais. Um texto escrito, por exemplo, constitui um ato de fala impresso, um elemento de

comunicação verbal que provoca discussões ativas” (Spink & Medrado, 2000, p. 47).

Assim, as diretrizes metodológicas desta pesquisa situam-na como uma busca pela compreensão dos sentidos que se produzem e se efetivam num âmbito particular de materialidades, o âmbito dos textos escritos que se organizam e se dão a conhecer como documentos. São espaços virtuais – visto que são atualizáveis – nos quais circulam e repousam discursos e práticas que, neste caso, associam cuidado em saúde mental e enfermagem. Os textos constitutivos desses espaços virtuais são denominados por Spink P.⁵ (1999) de documentos de domínio público, um tipo particular de práticas discursivas.

Portanto, por meio de documentos de domínio público partimos do pressuposto de que é possível compreender, pelos discursos, os sentidos de cuidado que norteiam as práticas das enfermeiras na atenção aos usuários em sofrimento emocional.

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pelas práticas discursivas, e a partir do pressuposto de que é possível conhecer os sentidos de cuidado que norteiam as práticas de enfermagem no cuidado em Saúde Mental, utilizamos como fonte de pesquisa os documentos de domínio público: artigos, dissertações e teses disponíveis na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); o Relatório Final da IV

⁵ No texto temos dois autores com o sobrenome Spink. O Spink refere-se à Mary Jane Spink, o outro sobrenome Spink, acrescido da letra P., faz referência aos textos de Peter Spink.

Conferência Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, que servirão para fortalecer nosso argumento de que os sentidos sobre o cuidado têm sido performados de diferentes maneiras.

Documentos de domínio público são entendidos como qualquer tipo de escrita disponibilizada publicamente, tais como: avisos escritos à mão, relatórios impressos, formulários diversos, jornais, panfletos, revistas, livros, artigos, dissertações, teses, páginas da internet e portais nos quais o material pode ser livremente acessado e registrado de alguma forma (Spink, Ribeiro, Conejo & Souza, 2014).

De acordo com Spink (2004), os documentos de domínio público são definidos por sua característica de gratuidade e também por conterem o processo social de se tornarem públicos. Esses documentos apresentam as vozes que estão inseridas no tema que o pesquisador pretende explicitar, apresentando-as nos diálogos, no tempo e na interface do processo social de negociação no qual o público é produzido. Nesse sentido, esses documentos são atores sociais na medida em que negociam sentidos circulantes e retratam possibilidades de ação através dos discursos/repertórios relacionados aos sentidos de cuidado em saúde mental e sua articulação/interface com o gênero no contexto da enfermagem.

Os documentos de domínio público são, ao mesmo tempo, produtos e autores sociais. Entendem-se como produtos sociais por serem capazes de “refletir as transformações lentas em posição e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia-a-dia” (Spink P., 1999, p. 136).

Portanto, os documentos públicos são práticas discursivas que se caracterizam por interanimações dialógicas variadas. Dessa forma, são

importantes na formulação e manutenção de estratégias de pesquisa. Essa reflexão alinha-se à produção de conhecimentos teóricos e metodológicos, que transitam pela interface dos microprocessos de produção de sentidos no cotidiano das interações sociais e pela circulação e produção de repertórios linguísticos em geral. É o trabalho nessa interface que nos permite argumentar que as práticas discursivas se sustentam estrategicamente no domínio público (Spink P. et al., 2014).

Nessa dissertação, escolhemos trabalhar com diferentes documentos – produções acadêmicas, conferências, diretrizes – para buscarmos compreender os sentidos sobre o cuidado. Sendo assim, esses documentos de domínio público foram extraídos:

1) Banco de literatura SciELO e Capes: os motivos que nos levaram a optar por essas bases de literatura são – sob a óptica da situacionalidade, há algumas especificidades na forma de se entender o discurso na abordagem das práticas discursivas; e a indexabilidade. Isso faz com que se compreendam esses discursos como lugares que produzem efeitos e um desses discursos é justamente criar determinadas versões, algumas mais legítimas do que outras. Portanto, existe uma legitimidade na circulação desses artigos, dissertações e teses que circulam nos portais SciELO/Capes por meio de periódicos qualificados para compreender e defender os nossos argumentos e discussões de que as transformações da noção de cuidado em saúde mental e sua interface com o gênero é socioconstruído.

1.1) Plataforma de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO):

O *Scientific Electronic Library Online* é um portal de revistas brasileiras que organiza e publica textos completos de revistas na Internet. Produz e divulga

indicadores do uso e impacto desses periódicos. É uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.

O site SciELO é uma interface prática e de acesso fácil e possui o respaldo da comunidade científica. Essa interface proporciona acesso a uma coleção de periódicos por uma *lista alfabética* de títulos ou por meio de uma *lista de assuntos*, ou, ainda, por um módulo de *pesquisa de títulos* dos periódicos, por assunto, pelos nomes das instituições publicadoras e pelo local de publicação.

Além disso, a interface também propicia acesso aos textos completos dos artigos por meio de um *índice de autor* e um *índice de assuntos*, ou por um formulário de *pesquisa de artigos*, que busca os elementos que o compõem, tais como autor, palavras do título, assunto, palavras do texto e ano de publicação. Esse site é constantemente atualizado tanto em seu formato como no conteúdo.

1.2) Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes):

A Capes é uma agência de fomento à pesquisa brasileira que atua na expansão e consolidação da pós-graduação *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado) em todos os estados do país. Possui uma dimensão de legitimidade pela sua inserção social, histórica e cultural, exercendo um poder que ganha legitimidade dentro dessa cultura social de certos grupos, ou seja, possui maior respaldo diante da comunidade científica brasileira, além da compreensão sobre como o conhecimento é construído pela circulação de uma variedade de documentos, já que atualmente é a maior biblioteca científica do mundo, com mais de 36.000 títulos de revistas acadêmicas (periódicos) disponíveis para consulta em texto e 130 bases de dados de referências, além dos resumos para levantamento bibliográfico. Em seus arquivos existem mais de 250.000

documentos, entre capítulos de livros eletrônicos, relatórios e outros tipos de publicações não seriadas.

2) IV Conferência Nacional de Saúde Mental:

Nas Conferências acontece a reunião dos representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros, para “avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” nos municípios, nos estados e no país.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental foi convocada por decreto presidencial, em abril de 2010, com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar, avançar e enfrentar desafios”, sendo realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 1º de julho de 2010.

O propósito de escolha da IV Conferência foi por ser ela a mais recente, haver uma grande participação dos usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde mental e de outros setores, pela peculiaridade da sua influência nas políticas de saúde e saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), além de representar um marco no fortalecimento dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

O tema da IV Conferência “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto campo da saúde mental. A convocação da intersectorialidade foi, de fato, um grande avanço em relação às conferências anteriores, atendendo às exigências reais e concretas

que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos os setores (Brasil, 2010).

3) Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem:

As Diretrizes Curriculares definem que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

A escolha por pesquisa nas Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem ocorreu por elas possibilitarem o conhecimento das mudanças no ensino da enfermagem brasileira e a percepção de como essas mudanças se refletem no cuidado em saúde mental e nas questões de gênero.

Ao fazer uma incursão no campo das produções acadêmicas nos ocorreu que era muito vasta a quantidade de referências bibliográficas que versavam sobre a temática desta dissertação. Num delineamento inicial, realizado até 16/04/15 na SciELO, utilizando o descritor “cuidado e saúde mental”, apareceu um montante de 284 artigos publicados no idioma português. De 2010 a 2014 apareceram 178 artigos, assim distribuídos: 2010 (30); 2011 (29); 2012 (43); 2013 (29); 2014 (29). Ao usarmos, na mesma plataforma, os descritores “enfermagem e gênero”, surgiram 137 artigos publicados no idioma português, e, entre 2010 e 2014 foram 73 artigos, com as seguintes distribuições: 2010 (10); 2011 (17); 2012 (15); 2013 (19); 2014 (12). As áreas temáticas mais representativas foram enfermagem, saúde pública, ambiental e ocupacional.

Com esse grande número de artigos publicados, estabelecemos, a seguir, determinados critérios de inclusão e exclusão.

O mapeamento da produção do conhecimento sobre o tema enfocou o cuidado em saúde mental e a intersecção de gênero na enfermagem, no período de 2010 a 2014, sendo artigos, dissertações e teses as fontes de análise escolhidas. Para isso, foram realizados levantamentos de artigos, dissertações e teses disponíveis no Portal da SciELO/Capes, a partir dos seguintes descritores: cuidado, saúde mental, gênero, enfermagem, em português. Para a composição do banco de dados fizemos a leitura dos resumos e selecionamos as produções que contemplavam a discussão sobre cuidado, saúde mental, enfermagem e gênero e que se articulavam com o presente tema. Assim, foram excluídos os artigos, teses e dissertações: a) escritos em outros idiomas; b) repetidos em diferentes bases de dados; c) que não apresentavam considerações sobre as transformações dos sentidos de cuidado e a intersecção de gênero; d) em que o foco das discussões, apesar de versar sobre a temática, não estava de acordo com os objetivos da pesquisa; e) que não apresentavam o texto completo online; e) que não estavam contemplados no recorte temporal de 2010 a 2014.

Fizemos um refinamento utilizando os critérios de inclusão e exclusão e, com isso, selecionamos 36 documentos entre artigos, dissertações e teses. Após a leitura do resumo e a seleção das produções acadêmicas, organizamos um quadro (Quadro 1) contendo: o título do estudo, o tema central (do que se trata), a autoria, o documento (doc.), o ano da publicação e os descritores utilizados na busca: cuidado, saúde mental, enfermagem (enf.), gênero (Apêndice A).

Quadro 1. Identificação e descrição dos documentos: artigos, dissertações e teses.

Nº	TÍTULO	TEMA	AUTOR	DOC.	ANO	DESCRITORES			
						Cuidado	Saúde mental	Enf.	Gênero

Especificamente no caso da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI), de posse do que foi publicado no relatório final, organizamos os eixos temáticos para identificar: a) como o assunto saúde mental foi abordado na conferência; b) de que maneira a saúde mental está relacionada com o trabalho da enfermagem; c) quais ações/propostas foram discutidas sobre saúde mental e o cuidado aos usuários em sofrimento emocional. Inicialmente, fizemos a sistematização dos subeixos por meio de um quadro (Quadro 2), no qual identificamos: título, tema central, autoria, ano de publicação, eixos temáticos; subeixos; relacionando-os com os descritores cuidado, saúde mental, enfermagem, gênero (Apêndice B).

Quadro 2. Sistematização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI).

TÍTULO:					
TEMA CENTRAL:					
AUTORIA:					
ANO DE PUBLICAÇÃO:					
EIXOS	SUB EIXOS	DESCRITORES			
		Cuidado	Saúde mental	Enfermagem	Gênero

O procedimento de sistematização das Diretrizes Curriculares do curso de graduação em enfermagem seguiu descrevendo o modelo da própria Diretriz sobre competências e habilidades, no intuito de: a) compreender sobre a formação profissional da enfermeira; b) conhecer as competências e habilidades; c) entender como esses requisitos estão ligados ao tema desta dissertação. Foi construído um quadro (Quadro 3), em que identificamos: título, tema central, autoria, ano de publicação, competências e habilidades e a articulação com os descritores cuidado, saúde mental, enfermagem, gênero (Apêndice C).

Quadro 3. Sistematização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

TÍTULO:					
TEMA CENTRAL:					
AUTORIA:					
ANO DE PUBLICAÇÃO:					
		DESCRITORES			
	Competências e Habilidades	Cuidado	Saúde Mental	Enfermagem	Gênero
COMPETÊNCIAS E HABILIDADES					

Para uma aproximação com os objetivos desta dissertação, as várias fontes descritas anteriormente foram sistematizadas no Quadro 4 e nessa

estratégia o nosso intuito foi: a) mostrar as fontes de pesquisa; b) fazer uma aproximação com os objetivos desta dissertação (Apêndice D).

Quadro 4. Fontes utilizadas na pesquisa.

Fonte	Objetivos	DESCRITORES			
		Cuidado	Saúde mental	Enfermagem	Gênero

Em uma segunda etapa, extraímos os trechos relacionados aos descritores propostos para serem analisados detalhadamente.

Após a etapa de seleção dos documentos e dos trechos relevantes, foi elaborado um mapa dialógico com a identificação dos repertórios/termos e dos sentidos mais recorrentes a partir dos discursos, das vozes, dos repertórios e dos posicionamentos.

4.3 OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Os documentos selecionados para compor o *corpus* de análise foram tomados como discursos e compreendidos como práticas sociais, sendo destacadas, nesta pesquisa, as produções discursivas relacionadas às transformações dos discursos construídos sobre o cuidado ao usuário em sofrimento emocional no contexto da enfermagem.

Temos como argumento principal o fato de que, apesar da enfermagem adotar a noção de cuidado em consonância com os debates contemporâneos em saúde mental e do cuidado ser naturalmente associado ao feminino, ainda prevalecem práticas instrumentais/tecnicistas, impactando na forma como a

enfermagem performa esse cuidado. Ou seja, buscamos compreender os repertórios que se fizeram presentes nos documentos escolhidos para análise, focando especialmente os sentidos atribuídos ao cuidado em saúde mental e a interface desses estudos com a perspectiva de gênero.

Assim, os documentos selecionados foram analisados e fazem parte da presente pesquisa produções acadêmicas (artigos, dissertações, teses), as Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI). Esses documentos correspondem aos Quadros 1 a 3 apresentados anteriormente. O resultado desta análise é apresentado no quinto capítulo.

Por meio do procedimento analítico dos documentos no Quadro 2, referente à sistematização da IV CNSMI, buscamos identificar, em todos os eixos e subeixos, as referências sobre os transtornos mentais, procurando mapear as transformações discursivas em torno dos sentidos de cuidado e a intersecção com gênero.

Sobre a análise das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem, elencada no Quadro 3, tentamos privilegiar as competências e habilidades descritas nesse documento e conferir se nele estão presentes menções sobre o cuidado e a intersecção de gênero nos discursos que articulam cuidado e enfermagem.

Para tal propósito, estabelecemos como estratégia analítica a identificação dos repertórios associados ao cuidado nos discursos produzidos pela enfermagem, especificamente sobre o cuidado às pessoas em sofrimento emocional nos documentos analisados. Assim, na leitura dos documentos buscamos localizar os descritores cuidado, saúde mental, enfermagem, gênero.

Assim, após montar um banco com os textos em que havia os repertórios de interesse, foi feita a sua leitura, o que possibilitou entender se o repertório tinha ou não, como referência, questões sobre o tema da pesquisa. Depois dessa primeira etapa, extraímos os trechos relacionados aos descritores propostos para serem analisados detalhadamente.

Após a etapa de seleção dos documentos e dos trechos, foi elaborado um mapa de localização (Mapa 1, ver Apêndice E), com a finalidade de identificar os repertórios e os sentidos recorrentes a partir dos discursos, das vozes e dos posicionamentos associados ao contexto do cuidado em saúde mental e gênero.

Mapa 1. Mapa de localização dos repertórios.

Produções Acadêmicas	Autores/as	Cuidado	Saúde Mental	Gênero

4.3.1 Os mapas dialógicos

Para a construção dos mapas dialógicos, os textos foram considerados na íntegra, de maneira a preservar o contexto em que eles se apresentaram nas produções discursivas sobre a temática desta dissertação. O mapa dialógico “é um instrumento a ser usado na análise; constitui um dos passos iniciais da análise e pode auxiliar pesquisadores/as em uma aproximação com o material, na

organização dos discursos e no norteamento da discussão” (Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014, p. 248).

Os mapas são instrumentos de visualização do processo de interanimação e, entre outras coisas, possibilitam “mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários” (Spink, 2010, p. 38).

Os discursos de cada um dos documentos foram mapeados e a análise do *corpus* dos documentos focalizou os repertórios interpretativos compartilhados acerca do cuidado em Saúde Mental e sua articulação com gênero. Os repertórios interpretativos são um conjunto de palavras e expressões frequentemente organizados em torno de um ou mais símbolos. Esses símbolos, construídos e compartilhados historicamente, compõem o senso comum de uma determinada sociedade, apesar de que alguns podem estar restritos a grupos específicos (Spink P. et al., 2014).

Sendo assim, na leitura dos documentos para compor o *corpus* de análise, buscamos trilhar o seguinte percurso: para quem o texto fala? Para quem se endereça? Qual é a sua finalidade? Que formas assume? Que efeitos produz?

Portanto, após a transcrição dos trechos mais relevantes, os “recortamos” de forma a serem transpostos para os mapas dialógicos (Mapas 2, 3 e 4) (Apêndices F, G, H). A seguir se apresenta um modelo de recorte do mapa dialógico dos repertórios articulados ao cuidado (Repertórios sobre Cuidado, Saúde Mental e Enfermagem) (Mapa 2) (Apêndice F).

Mapa 2. Mapa de localização dos repertórios que articulam Cuidado, saúde mental e enfermagem.

Título do documento	Cuidado, saúde mental e enfermagem
----------------------------	---

Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem	p. 845 - [...] o cuidado de enfermagem, como objeto epistemológico dessa profissão não deve apenas acompanhar as mudanças históricas, sociais, políticas, econômicas e epistêmicas, mas, ser permanentemente pesquisado, analisado, refletido e problematizado para ser propositivo, em razão das decorrentes transformações nos serviços de saúde mental nas últimas décadas, na realidade brasileira

Mapa 3. Mapa de localização dos repertórios que articulam Gênero e enfermagem.

Título do documento	Repertórios sobre Gênero e enfermagem

A partir da análise desses mapas, foi possível fazer uma reflexão a respeito dos discursos construídos sobre o cuidado ao usuário em sofrimento emocional no contexto da enfermagem e compreender as transformações discursivas em torno dos sentidos de cuidado. Para tanto, nos propusemos a identificar a intersecção de gênero nos discursos que articulam cuidados e enfermagem e também conhecer os discursos produzidos pela enfermagem sobre o cuidado às pessoas em sofrimento emocional. Os mapas referentes à análise desses discursos podem ser visualizados nos Apêndices E, F, G, H.

Dessa maneira, buscamos organizar a apresentação do presente texto, considerando os entrelaçamentos dos resultados analíticos dos diversos documentos pertinentes à temática.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS DISCURSOS E DISCUSSÕES

Para extrair os discursos de cada um dos documentos, eles receberam um número, de 01 a 36, em ordem crescente (do nº 01 ao nº 15 são artigos; do nº 16 ao nº 35 dissertações; nº 36 tese) (Apêndice A). Todos os discursos estão mapeados por meio da transcrição dos trechos/enunciados com os repertórios identificados nos documentos. Após essa etapa, os mapas dialógicos seguiram o recorte dos repertórios articulados com cada descritor: cuidado, saúde mental, gênero e suas articulações com a enfermagem.

Alguns enunciados apresentam dois ou mais descritores, portanto, para uma melhor visualização e compreensão, optamos por inserir para os descritores, um marca texto, conforme o exemplo: **cuidado**, **saúde mental**, **enfermagem**, **gênero**.

5.1 ANÁLISE SOBRE CUIDADO NAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS: ARTIGOS, DISSERTAÇÕES E TESES

As produções acadêmicas apresentadas nos Apêndices H, I, J e K veiculam diferentes sentidos acerca do cuidado, indicando que ele é polissêmico, ou seja, não existe uma única noção/sentido sobre ele.

A análise dos documentos permitiu identificar diferentes noções e sentidos sobre a referência ao cuidado. Em uma compilação dessas diversas noções, evidenciam-se três: “Cuidado como Atenção Psicossocial”; “Cuidado como Dimensão Biológica/Tecnicista”; “Cuidado como Profissão da Enfermagem”.

Associados à noção de “Cuidado como Atenção Psicossocial”, pode-se identificar enunciados que apresentam o termo relacionado à “participação de cuidadores/as e familiares”, à “rede”, à “singularidade e subjetividade”, à “comunicação terapêutica”, à “escuta”, ao “acolhimento”, à “humanização”, ao “vínculo”, ao “cuidado de si” e ao “cuidado com o outro”.

Já nos enunciados nos quais o cuidado é entendido como “Dimensão Biológica/Técnicista” os sentidos estão relacionados à: “psicopatologia”, com “base no modelo biomédico”, “medicamentoso”, no “hospital psiquiátrico”.

Na explanação sobre a noção do “Cuidado como Profissão da Enfermagem” foram encontrados os seguintes sentidos: “cuidado como atuação/prática de enfermagem”, como “cerne/foco profissional”, “profissão de cuidados”, como “tema nos cursos de formação de enfermagem”.

5.1.1 Cuidado como atenção psicossocial

O cuidado psicossocial emerge da visão integral do sujeito e do adoecimento, considerando a compreensão das dimensões psicológica e social. O seguinte trecho ilustra essa perspectiva: “[...] o cuidado [...] compreendido em um modelo de assistência integral, que considere também os aspectos psicossociais e espirituais do indivíduo, família e comunidade” (Waidman et al., 2012, p. 350).

O cuidado psicossocial teve sua ascensão a partir da Reforma Psiquiátrica, e, nela:

Há um deslocamento das práticas psiquiátricas clássicas para práticas de cuidado realizadas na comunidade, e mais especificamente na família.

Com a desinstitucionalização, cabe à família compartilhar com os serviços de saúde mental o cuidado à pessoa com transtorno mental (Brito, Montenegro & Alves, 2010, p. 34).

Os sentidos que envolvem o cuidado psicossocial consideram prioritariamente o indivíduo, a unidade familiar e a sociedade em toda a sua complexidade. Essa estratégia de cuidado influencia todos os envolvidos a ampliarem, em suas práticas cotidianas, as atitudes relacionais, acolhedoras e inclusivas. Com isso, busca-se resgatar a autonomia e a cidadania do sujeito em sofrimento emocional, constituindo, assim, uma indicação de cuidado na integralidade.

[...] a família [...] incluída no cuidado e em atividades que visem à promoção da saúde, constituem instrumentos que devem ser considerados como ação substitutiva ao modelo tradicional, em que o cuidado era amparado apenas no tratamento da doença (Waidman et al., 2012, p. 351).

No cuidado psicossocial, a família é parte integrante e fundamental no tratamento, pois as pessoas em adoecimento, em especial emocionalmente, experimentam sensações atípicas. Eloia, Oliveira, Lomeo e Parente (2014, p. 997) referem que “pessoas com transtorno mental precisam de cuidados, por isso reconhece-se a família como a principal provedor de cuidados”. Corroborando com esse entendimento, Vedana e Miasso (2014, p. 671) afirmam que “a família constitui espaço privilegiado para a prática do cuidado”, por isso são

recomendadas estratégias de cuidado com base na realidade e na subjetividade de cada pessoa.

Dessa forma, é necessário que a família também seja acompanhada, acolhida em suas necessidades. Miyai, Barros e Cortes (2014, p. 99) alertam para um “cuidado abrangente, oferecendo à família da pessoa com transtorno mental o apoio necessário, para que possa assumir o papel de agente de inclusão, permitindo a inserção na comunidade o qual pertence”.

Para a realização do cuidado psicossocial junto às pessoas em sofrimento emocional, alguns dispositivos terapêuticos de base territorial devem ser considerados em substituição ao modelo hospitalar psiquiátrico. Esses dispositivos fazem parte da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental e entre eles estão: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ambulatórios especializados, atenção básica. Todos esses serviços devem ser articulados entre si e entre os outros serviços de saúde.

A rede trabalha na lógica da territorialidade, promovendo, nas pessoas em sofrimento psíquico, a retomada das relações e das atividades sociais, além de atender as necessidades da família. Os recortes de Silva (2011) demonstram que:

[...] substituir o cuidado em saúde mental centrado no hospital por um atendimento sustentado em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou 'territorial', envolve a inclusão de instituições, associações, escolas, cooperativas e outros espaços comunitários (p. 22).

O cuidado realizado nos CAPS deve ser diferenciado, construído cotidianamente por meio das relações concretas entre trabalhadores e usuários. Este cuidado exige mais que o domínio de técnicas; são requisitadas aos profissionais competência e coragem de ajudar o outro a

se perceber de maneira diferente daquela que os outros dizem que ele tem que ser (p. 30).

Ao realizar o cuidado psicossocial, o profissional de saúde pode auxiliar na transformação da pessoa com transtorno mental e seus familiares [...] (p. 41).

A ação do profissional de saúde no cuidado psicossocial deve seguir o foco na atenção, no acolhimento, no vínculo, na corresponsabilização e no compromisso. Nos caminhos do cuidado psicossocial podemos identificar enunciados que trazem o cuidado como uma questão de singularidade e subjetividade do sujeito.

A singularidade e a subjetividade, em uma perspectiva de cuidado psicossocial, tenta compreender a complexidade humana em seus processos de troca e no desenvolvimento tecido pelas experiências construídas. A adoção dessa estratégia exige a consideração do permanente intercâmbio das áreas social e psíquica na construção da subjetividade. No entanto, Cavada (2011, p. 40) faz um alerta importante: “[...] quando o cuidado é dicotomizado, a pessoa não é mais percebida de forma integral, considerada em sua subjetividade, prevalecendo o imaginário de um sujeito que deveria se portar como ‘os outros’”.

Em outro enunciado, essa autora chama a atenção para:

[...] modelos capazes de desconstruir a dicotomia no cuidado é necessária à construção de um novo modelo [...] cuidado, como formas de atingir a rede de subjetividades que cerca o cuidado em saúde e os sujeitos deste cuidado (trabalhadores e usuários) (p. 41).

Nesses dois enunciados sobre a singularidade e a subjetividade, o mundo objetivo não é compreendido como um mecanismo de influência para legitimar-se, mas como pertinente para a sua construção.

Nesse sentido, acredita-se que o humano é constantemente afetado pelas histórias que o constituem como sujeito no mundo, histórias que permeiam suas ações e relações, criando modos de subjetivação e de sofrimentos.

Para entender o sentido de subjetividade como produção de cuidado é necessário olhar para diferentes conceitos, entre eles os que apontam para uma perspectiva mais contextualizada sobre a experiência do sofrimento psíquico acerca do entendimento de sua singularidade. Os enunciados a seguir apresentam como se deveria tecer a produção de cuidado nessa perspectiva.

A produção do cuidado diz respeito a responsabilizar-se diante de uma intervenção, que, mesmo tendo caráter tutelar, pode e deve estimular a autonomia do usuário, no modo deste encaminhar sua vida (Cavada, 2011, p. 30).

[...] a produção do cuidado passa a ser motivado por um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção do seu projeto terapêutico tendo como base a produção de subjetividade (Chiavagatti, 2011, p. 34).

Considerando que o humano é a singularização de toda a sua história, a noção de subjetividade surge como produção viva e em constante mudança com a qual se pode experienciar, conhecer e reinventar novas formas de agir e de se relacionar tanto com o mundo interno como com o mundo externo. Tal pensamento preconiza a concepção dos sujeitos como um processo, e não como

um fim em si mesmo, por isso se pode realizar um caminho entre o mundo da assistência mais global e o cuidado de si (Lima, 2011).

A produção de subjetividade em saúde mental tem sua origem em bases históricas, éticas, políticas e conceituais e, para entendê-la, faz-se necessário compreender o contexto histórico no qual está inserida. Nesse sentido, como apontado no referencial teórico, o processo histórico da psiquiatria foi marcado pela exclusão, mas atualmente está alicerçado na construção da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica.

Ao continuar a apresentar outros enunciados cujos sentidos se aproximam do cuidado psicossocial, identificamos referências à comunicação terapêutica.

Ancorada na perspectiva do cuidado psicossocial, a comunicação terapêutica tem sua relevância, pois cria vínculos e propicia que os problemas e as preocupações tanto da família como do usuário sejam entendidos, bem como que as informações relevantes e o tratamento sejam melhor compreendidos.

[...] vínculo com o cuidado pode proporcionar um olhar centrado no ser e não somente no fazer, neste ser que cuida que interage que dialoga e que busca melhorar a cada dia sua prática profissional, com o objetivo de se aproximar do ser cuidado e poder dar-lhe apoio (Kempfer, 2012, p. 29).

Uma comunicação terapêutica envolve um diálogo, proposto em duas vias: falar e ouvir efetivamente o usuário, a família e a sociedade, que tem suas próprias crenças e desconstruções de conceitos que devem ser arranjados no campo de conhecimento e compreensão de todos.

Para compor o contexto da atenção psicossocial temos, igualmente, enunciados que trazem a escuta como espaço de cuidado, minimizando o

problema, pois, ao falar para outro, promove o alívio e, ao mesmo tempo, faz com que a pessoa possa refletir melhor sobre sua situação e optar pelo que decidir ser o melhor para si. Ela não se limita somente ao que foi falado, mas às lacunas do discurso, exigindo do profissional percepção para trabalhar sob esses silêncios. Também é necessário conhecer quem se escuta, sobre o que fala e como fala.

O seguinte trecho corrobora essa perspectiva: “o cuidado como escuta do outro, de suas necessidades e de suas potencialidades” (Bleicher, Freire & Sampaio, 2014, p. 541).

Na atualidade existem muitas distrações que têm tornado difícil a escuta em saúde. Entendida como uma forma de cuidado, inclui a empatia e compreende as decisões tomadas e suas consequências, sem julgamentos prévios. Envolve, ainda, a plasticidade que o serviço deve ter, desenvolvendo diferentes formas de acolher os usuários e as famílias que necessitam, respeitando a singularidade e a individualidade de cada grupo familiar, exigindo um exercício de atenção e dedicação. Os enunciados a seguir sustentam esse tipo de entendimento.

A prática do cuidado exige sensibilidade, prontidão para escuta e empatia de quem oferece cuidado ao paciente (Brusamarello, 2011, p. 72).

O profissional necessita realizar uma escuta atenciosa e ampliada, acreditando que a pessoa que busca pelo cuidado em saúde, pode ter algumas outras necessidades e não apenas o mal-estar físico (Cavada, 2011, p. 28).

A escuta carece que os profissionais não sejam impositivos, ou os “donos do saber”. Busca-se, a partir da escuta, o acolhimento, a integralidade do

cuidado, priorizando também as ações a serem desenvolvidas pela equipe interdisciplinar. Assim, os repertórios explicam que a escuta deve ser considerada parte fundamental do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, pois ela pode ser uma ferramenta capaz de solidificar o relacionamento entre usuário, família e profissionais de saúde.

Alguns enunciados também trazem o cuidado humanizado como uma questão do cuidado psicossocial. A humanização no cuidado psicossocial requer a construção e a manutenção de espaços de reflexão e de transformação constantes das práticas de saúde. Nessa acepção, todos os profissionais de saúde devem compartilhar decisões acerca do cuidado com o usuário, e essa relação de tomada conjunta de decisão sofre muitas resistências, principalmente no campo da saúde mental.

Nessa direção, o enunciado a seguir afirma que:

[...] humanizar o cuidado representa a maneira como ocorrem às relações humanas, esta prática envolve o ouvir o que o outro tem a dizer, considerar os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (Silva, 2011, p. 33).

O século XXI possui uma noção de cuidado pautada na integração do bem comum entre as pessoas, e isso favorece o engajamento social, político e cultural, fatores fundamentais para tecer a sustentabilidade da vida e do cuidado para as gerações futuras.

[...] cuidado humanizado é composto por diversos elementos que compõem a vida dos sujeitos, como o trabalho, a família, a cultura, entre outros. Para isso as ações devem ser prioritariamente complexas e

constituídas a partir do empoderamento do sujeito no seu processo de cuidado (Almeida, 2011, p. 21).

Portanto, humanizar demanda compromisso com a pluralidade de forças que compõem a vida humana. Esse pensamento contraria a assistência focada na hegemonia, onde apenas um profissional detém o conhecimento e a responsabilidade sobre o usuário.

A humanização do cuidado remete também ao fortalecimento de uma ética comprometida com a invenção de novos modos de vida, com a desconstrução de uma assistência de saúde ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolerância e a discriminação (Guimarães, 2011).

Nessa vertente, a ideia de cuidado humanizado está relacionada diretamente com os ideais preconizados pela reforma psiquiátrica, ambiente no qual a proposta de desinstitucionalização desconstrói o dispositivo psiquiátrico da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares.

Destacamos, ainda, que o cuidado humanizado não está restrito apenas aos serviços de saúde ou a melhoria das condições de trabalho e atendimento aos usuários; humanizar é uma emergência mais complexa, pois envolve a postura humana de resistir ou de se reinventar às mudanças que procedem à humanização dos cuidados.

O vínculo é um dos sentidos expressos que acompanha a noção de cuidado na atenção psicossocial, sendo considerado um dos resultados positivos

da reforma psiquiátrica. Pelo estabelecimento de vínculo as práticas clássicas de cuidado psiquiátrico foram substituídas pelas práticas de cuidado performado, com uma configuração mais ampla e acolhedora, com a corresponsabilização tanto dos profissionais, da comunidade e da família, como ilustra o enunciado a seguir:

“O cuidado, na lógica da integralidade, é amplo e acolhedor, baseado no estabelecimento de vínculos e na corresponsabilização frente às necessidades de saúde [...]” (Alves, 2012, p. 55). Outro sentido comum nos documentos são aqueles que fazem referência à necessidade de se incluir a família como unidade de cuidado no tratamento da pessoa com transtorno mental. Esses sentidos estão articulados com uma recomendação de que o cuidado deve ser pensado no contexto da família, havendo um olhar para a família do doente mental como apoio necessário para um cuidado mais abrangente, no qual essa família tem a consciência e exerce o seu papel como agente de inclusão. Esses elementos são facilitadores na inserção da comunidade local e na premissa de fortalecimento do vínculo familiar e social.

A família é a principal cuidadora das pessoas em sofrimento psíquico. O cuidador familiar desempenha várias funções nesse cuidado, incluindo o cuidar no dia-a-dia, a supervisão dos medicamentos, entre outros. A família vai vivenciando o cuidado e percebendo se tem ou não recurso, vai distribuindo a relação de cuidado. Também tem que enfrentar os distúrbios psíquicos do familiar em sofrimento. Assim, o cuidador familiar vivencia o estresse e uma sobrecarga considerável, e precisa de ajuda para lidar com essa situação. Por isso, é importante cuidar das necessidades dos cuidadores familiares que, por mais que tenham se mantido excluídos dos profissionais da saúde ao longo da história da

saúde mental. Atualmente com a Reforma Psiquiátrica a família ocupa um espaço central nas decisões que envolvem o tratamento da pessoa com transtorno mental.

Em relação aos profissionais que prestam a assistência à pessoa em sofrimento emocional, eles são considerados operadores de cuidados, portanto, um interlocutor das relações interdisciplinares. O enunciado de Bessa (2011) chama a atenção aos fatores de acolhimento, responsabilização e vínculo: “[...] todo operador do cuidado produz acolhimento, responsabilização e vínculo e, é um interlocutor das relações com os diversos núcleos de saberes profissionais que compõem a equipe interdisciplinar” (p. 63).

Em nossa análise, a noção de cuidado é também evocada na acepção do “Cuidado de Si” e do “Cuidado com o Outro”, requerendo do indivíduo um tempo para refletir, repensar e fazer uma análise crítica de sua própria condição.

Uma reflexão sobre o cuidado de si é apresentada nos documentos como o “modo de dar-se de si”. Isso produz um efeito na prática do cuidado, não envolvendo somente cuidar do doente, mas cuidar de si mesmo e do outro, mesmo que este não esteja em um processo de enfermidade.

Os enunciados indicam, de modo geral, que o cuidado implica não apenas o cuidado de si ou com o outro, mas também a tríade do cuidado “ambiental”, “sociocultural” e “cuidado de si mesmo”, conforme discutido por Silva (2011, p. 22).

O enunciado “cuidado de si faz parte da vida dos humanos” (Silva, 2011, p. 13) implica na compreensão do processo de desconstrução sobre como viver no mundo, uma vez que a maneira de cuidar de si e do outro sofre influência da formação sistematizada preconizada, principalmente, pelo modelo biomédico.

O cuidado de si é destacado nos documentos como um dos grandes desafios existenciais, pois cuidar do outro envolve certas atribuições e torna mais fácil para o indivíduo administrar o cuidado, o tempo e a dedicação ao outro do que para si mesmo. Nessa conceitualização, “[...] as particularidades do cuidado realizado ao outro (dedicação, confiança, paciência, humildade, sinceridade) se aplicam ao cuidado de si” (Silva, 2011, p. 18). Todos esses repertórios remetem ao cuidado de si como fundamental para cuidar do outro.

Entre os diferentes sentidos sobre o cuidado detectados nos documentos, existem aqueles que mencionam duas concepções básicas intimamente ligadas entre si: a primeira envolve o cuidado realizado para o outro e por meio do outro, com atitude de desvelo, solicitude e atenção, pela utilização de termos como “dedicação”, “confiança”, “paciência”, “humildade”, “sinceridade”; na segunda estão inclusas “atitudes de preocupação”, “de inquietação e responsabilidade”, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e ligada ao outro.

Essas duas vertentes estão presentes nos enunciados e, assim, o cuidado resulta em mais do que um momento de “atenção”, de “zelo” e de “desvelo”, acarreta em uma atitude de “ocupação”, “preocupação”, “responsabilização” e “envolvimento afetivo com o outro”. Desse modo, o enunciado a seguir acena que:

Cabe ao homem o cuidado com o outro por todo o seu existir e particularmente esta é tarefa dos profissionais da área da saúde, sobretudo no âmbito da enfermagem, o que supõe um desdobramento do cuidado ontológico. O cuidado ôntico retrata uma tentativa de pensar a aplicação do cuidado: aplicar o cuidado a uma situação (clínica) diz do

modo de ocupar-se do homem, que ele próprio é o cuidado, ocupando-se de cuidar do outro (Santo, Oguisso & Fonseca, 2011, p. 394).

Apesar de esse enunciado fazer menção ao cuidado mais filosófico, os sentidos de cuidado com o outro são mais amplos e, portanto, não cabem em conceitos, fórmulas específicas e reducionistas aplicadas ao humano que cuida do outro. Nesse sentido, torna-se imprescindível problematizar os contornos e as controvérsias que acompanham o que vem sendo chamado de “cuidar”, especialmente quando ele é discutido na perspectiva da saúde mental.

Alguns enunciados evocam o perfil do/a cuidador/a que é próprio e individual, cujos conhecimentos e habilidades refletem nas atitudes de cuidar de si, do outro e na própria disponibilidade em se deixar cuidar pelo outro. Acerca do perfil do/a profissional cuidador/a em saúde mental, Bessa (2011) destaca que “[...] o cuidado na Saúde Mental redireciona-se e passa a ser compreendido como uma atitude de envolvimento do profissional cuidador para com o outro, assumindo uma postura acolhedora, respeitando a singularidade” (p. 16).

Apesar das discussões sobre o cuidado com o outro terem avançado, ainda não há uma fórmula única que promova e esgote a atitude de quem cuida. Existem muitas reflexões que instigam novos pensamentos, conhecimentos e posicionamentos (novos saberes) e essas reflexões ajudam a diminuir as lacunas entre quem cuida e quem é cuidado.

Conforme já discutido, o cuidado faz parte de uma construção histórica, inclusive na forma como é performado. Kempfer (2012, p. 62) diz que “é o cuidado, [...] que revela ao homem o universo existencial, transportando-o para além do já dado, sendo considerado como o primeiro gesto da existência”.

Sobre o sujeito cuidado, os documentos discutem acerca de duas versões: a relação terapêutica e a relação procedimento. A discussão sobre o cuidado como relação terapêutica implica no atendimento das necessidades físicas e emocionais do indivíduo e, nesse caso o cuidador precisa agir com sensibilidade e presteza.

Ainda nesse enfoque, a enfermagem, para situar os problemas do indivíduo, precisa desenvolver certas habilidades, inclusive as mais subentendidas, para além da observação constante e do diálogo. O enunciado de Kempfer (2012) menciona sobre o cenário e a aquisição necessária para se cuidar em enfermagem.

A enfermagem insere-se neste cenário do cuidado enquanto ente, por ser considerada nos âmbitos da ciência, arte, filosofia, ética e política do cuidado humano. Nos cuidados de saúde e na enfermagem em particular, é necessário [...] a aquisição e implementação de competências, conhecimentos e habilidades práticas (p. 60).

A preocupação pelo bem-estar do outro resulta em um sentimento de confiança. O cuidado implica numa relação de confiança pelo fato de o indivíduo entregar o seu corpo, que se encontra fragilizado, nas mãos de quem cuida:

A enfermagem, como prática cuidadora, apropria-se deste cuidar e realiza sua prática centrada na presença, no toque e no entendimento das necessidades das pessoas cuidadas. Este cuidado dá-se além de técnicas e procedimentos [...]. A perspectiva de cuidado como desejo de que o outro esteja bem nasce com a vontade e o estar bem de quem cuida (Kempfer, 2012, p. 61).

Um fator assertivo no cuidado é a identificação das necessidades da pessoa cuidada, isso é, as ações técnico-científicas referentes ao cuidado físico, técnico e emocional estabelecem requisitos para tecer o cuidar.

Pelo viés da relação procedimento, a dimensão técnica não é descartada, mas redimensionada para um cuidado que envolve o conforto da pessoa emocionalmente fragilizada, amenizando suas angústias e medos a partir da aproximação do/a cuidador/a durante a execução de uma técnica. No entanto, Alves (2012) chama a atenção sobre o cuidado atravessado não pela técnica, mas, sobretudo, pela relação humana, conforme o enunciado a seguir:

O cuidado não demanda procedimentos com alta densidade tecnológica para ser implementado, [...] é atravessado, [...] pela relação humana e pela concepção do paciente como sujeito possuidor de subjetividade, história, cultura, vivências e não como mero objeto (p. 11).

Portanto, na prerrogativa de receber cuidado existe o envolvimento de uma ação interativa que deve estar combinada entre quem cuida e quem é cuidado. Especialmente na saúde mental, o cuidado precisa ser particularizado, pois ele não é reduzido apenas à questão técnica, envolve também a relação humana, fundamental para a integralidade do cuidado. A noção de “cuidado com o outro” envolve o cuidar enquanto negociação junto com o sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares, sobre a melhor maneira que o indivíduo deseja ser cuidado.

5.1.2 Cuidado como dimensão biológica/tecnicista

O cuidado na dimensão biológica/tecnicista aparece nos documentos relacionados às intervenções tradicionais padronizadas, que tem como base o modelo biomédico: centrado na psicopatologia, na prescrição medicamentosa, na normatividade dos comportamentos e a internação como opção terapêutica. O enunciado de Almeida (2011) reforça a conceitualização dessa perspectiva:

Na busca de uma estratégia objetiva de cuidado, a supervalorização dos psicofármacos e de contenções se torna, muitas vezes, a única saída para as intervenções. Com isso, as equipes acabam potencializando exclusivamente o modelo de cuidado da psiquiatria clássica (p. 75).

Vale ressaltar que a continuidade desse modelo clássico de psiquiatria se deve principalmente pelo distanciamento dos princípios da reforma psiquiátrica.

A abordagem do cuidado biomédico possui uma linguagem padronizada nas atividades, comportando os repertórios de higiene pessoal, medicalização, contenção, vigilância, controle, disciplina, entre outros. Nessa concepção de cuidado há um desconhecimento sobre os múltiplos aspectos que interferem no processo de adoecimento, especialmente em saúde mental.

Apesar da reforma psiquiátrica já ter produzido muitos avanços dentro da atenção em saúde mental, na prática “é comum observar as abordagens reducionistas do transtorno mental, da saúde e da doença mental, refletindo, ainda, uma prática clínica que apreende a doença em si e desconsidera o sujeito que adoecer” (Lima, Silveira, Vieira, Cunha, Almeida & Guerreiro, 2014, p. 337). Esse tipo de enunciado demonstra que ainda são insuficientes as modificações ocorridas na saúde mental e o modelo biomédico ainda está presente nas ações desenvolvidas, principalmente as referentes ao cuidado.

O cuidado, observado apenas pela perspectiva biológico/tecnicista, não é suficiente para compreender o processo e a assistência à saúde de uma forma mais integral. Para a desconstrução desse modelo, teoricamente Lima et al. (2014) propõem que:

Outro princípio a ser buscado seria o da desconstrução do conceito de doença mental a partir do referencial biomédico, e a adoção de uma nova forma de perceber o sofrimento psíquico enquanto existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social (p. 337).

O paradigma sustentado no olhar biomédico não atende mais as emergências do mundo moderno, portanto, mudar esse foco implica em uma desconstrução mental, cultural e social. Por isso é necessário ampliar o debate e rever os paradigmas até então centrados na psicopatologia, cujo pensamento ainda funciona no campo da racionalidade objetiva, da naturalidade biológica e organicista dos fenômenos.

As discussões acerca do cuidado em saúde mental estão presentes nas produções acadêmicas e o seguinte enunciado afirma que ele “ainda reproduz a atenção centrada na doença” (Lima et al., 2014, p. 337). Nesse caso, fica evidente que os propósitos difundidos pela reforma psiquiátrica ainda não foram totalmente alcançados.

A noção da doença representa, muitas vezes, a única via de compreensão do sujeito em sofrimento mental. A doença ainda é centralizada como forma de atendimento, principalmente na área da medicina, que busca, em suas práticas, a definição de um diagnóstico. Um cuidado centrado na doença privilegia o profissional médico em detrimento dos/as demais profissionais que compõem a

equipe interdisciplinar. “Prevalece a lógica assistencial em que a atuação de outros profissionais na produção do cuidado em saúde mental é negligenciada, e são postos em ação, preferencialmente, mecanismos baseados na legitimidade do poder/intervenção médica” (Lima et al., 2014, p. 339).

Nos dias atuais, ainda prevalece, na atuação da enfermagem, ações alicerçadas na legitimidade do poder/intervenção médica, podendo ser comprovado os efeitos dessa abordagem sobre o cuidado nas práticas cotidianas da assistência de enfermagem caracterizadas por práticas instrumentais/tecnicistas, também ilustradas no enunciado (Pinheiro, 2011, p. 25) “o cuidado de enfermagem foi marcado pela “moral pineliana” e consistia em cuidar dos corpos, higienizando-os em obediência ao mandato social médico”.

Continuando a apresentar outros enunciados cujos sentidos se aproximam do cuidado na dimensão biológica/tecnicista, identificamos referências ao tratamento medicamentoso.

O cuidado relacionado apenas ao tratamento medicamentoso pressupõe uma ação mais imediata. No entanto, existe uma valorização do uso dos psicofármacos como a principal abordagem do sofrimento psíquico. “Percebe-se a crescente preocupação em se apropriar desse discurso, que demarca o sofrimento psíquico apenas no plano da ordem neurológica, cujo processo de cura é obtido apenas com base no uso dos medicamentos” (Lima et al., 2014, p. 339).

Cuidar do sujeito doente em um espaço delimitado cria um modo de ocupação entre as pessoas e delas com quem está doente. Isso reflete na condição imediata da doença. Dessa forma, em momentos de crises, a medicação prefigura como o único recurso aplicado em saúde mental.

O que está em questão aqui não é se o uso do medicamento é ou não necessário, mas outras formas de tratamento não medicamentoso (psicoterapia, acompanhamento terapêutico, acolhimento, entre outros), que também devem ser priorizadas e disponibilizadas para a pessoa em sofrimento psíquico.

Dessa forma, quando ocorre a internação no hospital psiquiátrico, o cuidado destinado ao paciente em sofrimento mental com certeza vai contemplar o psicofármaco, que é o pilar do tratamento psiquiátrico, os psiquiatras vão dizer que o “pai” da reforma psiquiátrica é o medicamento.

No percurso do cuidado na dimensão biológica/tecnicista identificamos enunciados que trazem o hospital psiquiátrico e a internação como locais privilegiados como opção terapêutica.

No Brasil os indivíduos com transtornos psíquicos e dependência de álcool e outras drogas têm a opção por um atendimento mais “aberto”, tais como os realizados nos CAPS e CAPS-ad, Hospital Dia, hospitais gerais, entre outros serviços de atenção psicossociais que surgiram com a Reforma Psiquiátrica. No entanto, na prática o que ainda é percebido é o cuidado no hospital psiquiátrico, que aparece com essa marcação da internação, desse lugar do cuidado ainda dicotomizado, preconceituoso, individualista, não considerando o indivíduo com suas emoções, sentimentos, paixões e sensações, como um ser subjetivo, que tem manifestações objetivas, como um ser por inteiro.

Para ilustrar, o enunciado a seguir apresenta, com clareza, essa realidade ainda em curso no Brasil.

O hospital psiquiátrico constitui um modo de fazer positivista, concebido na tecnociência, sob a lógica da exclusão, do afastar o problema, colocá-lo em suspenso.

[...] o hospital psiquiátrico é mantido como recurso de baixa cobertura, imbricado em um contexto de dispositivos humanizadores de atendimento comprometidos com a intersubjetividade, que ainda têm como pano de fundo a instituição hospitalar: espaço infecundo, estanque, que nega ao sujeito seus direitos, o limita *há [sic]* uma entidade nosológica e rompe com quaisquer propostas de cidadania.

A instituição psiquiátrica dispõe de um arsenal instrumental paradigmaticamente edificado que foi determinado historicamente a partir da concepção de loucura; as formas de reprimir, punir e controlar/disciplinar foram desenhadas a depender dos constructos éticos e morais de uma sociedade (Furlan & Ribeiro, 2011, p. 391).

Em uma entrevista com o poeta Ferreira Gullar, no canal HTv Brasil, que defende a internação como recurso terapêutico, ele argumenta a partir de sua experiência pessoal com seu filho esquizofrênico. Na ocasião ele não fez uma defesa da internação, mas diz que tem que ser utilizada como um recurso de contenção, quando temos uma situação extrema. Ele conta a situação de alguém que quer se jogar de uma janela do prédio, por exemplo, mas nos provoca. Por ser um formador de opinião, “está dizendo e assina embaixo porque tem um filho com comprometimento psíquico grave”. Isso é só um exemplo de como a família aparece e como ela pede ajuda, para quem ela está pedindo ajuda? Porque pessoas com transtorno mental podem nunca fazer uma tentativa de suicídio e pessoas que não tenham transtorno mental configurado podem, numa situação de desespero, desamparo, enfim, fazer uma tentativa, e esse hospital seria para quem?

No contexto dos profissionais de saúde, pode-se fazer uma intervenção em crise e risco de suicídio, utilizando o hospital geral e demais serviços de saúde. Não precisamos ter o hospital psiquiátrico para fazer uma intervenção em situações como essa ilustrada acima, mas achamos provocador colocar o porquê de pensarmos que agora o debate vai muito por aí também - quem concorda, quem não concorda - com esses modelos de tratamento? Temos que pensar como o novo modelo de atenção em saúde mental tem sido ameaçado e como o hospital psiquiátrico está sendo desconstruído no cuidado.

Essa realidade, apesar de ainda vigente no Brasil, está ultrapassada para o atual momento da Saúde Mental; entretanto, ainda é defendido para os casos em que o paciente apresenta risco potencial para si ou para outro, e a internação é aplicada como um único recurso de proteção ao indivíduo. Vale destacar que no contexto social da saúde esse é um assunto que precisa ser mais debatido, principalmente quando envolve os profissionais da saúde, as famílias e pessoas portadoras de transtornos mentais - que são a favor e os que não consideram a internação como opção ainda que o paciente esteja em uma situação extrema.

Supomos que, por esse ser um assunto polêmico, tem despertado pouco interesse entre os pesquisadores a respeito da internação psiquiátrica. Talvez o assunto seja ainda evitado devido ao fato de o “[...] hospital psiquiátrico ainda ser considerado um recurso terapêutico reconhecido e bastante adotado (e, por isso, pouco questionado) ou porque atualmente não faça parte do conjunto de práticas terapêuticas recomendadas em saúde mental” (Furlan & Ribeiro, 2011, p. 391).

A internação das pessoas em sofrimento psíquico é realizada geralmente com o consentimento da família, que busca um cuidado imediato para os problemas enfrentados em um momento de crise. No entanto, as condições do

hospital psiquiátrico, muitas vezes, é para a pessoa em sofrimento psíquico um cenário de violência e silenciamento de suas decisões, por isso a internação é ainda um opção problemática de cuidado (Furlan & Ribeiro, 2011).

O paradigma do cuidado psiquiátrico hospitalocêntrico está em contraposição à Reforma Sanitária e isso também produz efeitos no trabalho da enfermagem, quando retomado à esfera hospitalar em psiquiatria.

[...] a atuação da enfermagem ainda está voltada para a esfera hospitalar, mantenedora de uma lógica gerencial controladora e prescritiva, contrapondo as teorias progressistas no âmbito da formação profissional do enfermeiro e a prática assistencial; o descompasso real entre ensino e prática de enfermagem em Saúde Mental parece permanecer atado ao paradigma tutelar em psiquiatria, aliado à formação tradicional tecnicista em enfermagem (Furlan & Ribeiro, 2011, p. 391).

O enunciado anterior – que delineia esse contexto de atuação da enfermagem – nos mostra que existem distintos entendimentos, produzindo diferentes efeitos nas abordagens sobre o cuidado nas práticas cotidianas da enfermagem.

5.1.3 Cuidado como profissão da enfermagem/cuidado profissional

Embora o cuidado como atuação/prática da enfermagem seja muito antigo, a profissão de enfermagem só foi regulamentada, no Brasil, pela Lei nº 74.998, em 1986, cujo artigo 11º explica que:

A enfermeira exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- direção de órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde e chefia de serviço;
- organização e direção dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- consultoria de enfermagem;
- prescrição de assistência de enfermagem;
- cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Considerando a Lei nº 74.998, de 1986, podemos inferir que o trabalho da enfermagem é útil à sociedade e que, na execução de seu trabalho, a enfermeira assume muitos papéis. O desempenho de cada um desses encargos visa atender as necessidades assistenciais e de cuidados à saúde imediata e futura das pessoas que recebem o cuidado de enfermagem. Em determinada situação, a enfermeira assume a assistência, em outro momento, a liderança ou a pesquisa.

Apesar da questão sobre o cuidado ser ampla, e não se esgotar nas múltiplas possibilidades de abordagem, ou seja, de não se ter uma conclusão

única sobre o cuidado, e da necessidade de a enfermagem continuar a se perguntar sobre o que é e como se discutem essas noções/sentidos, alguns enunciados dos documentos analisados evocam para uma ideia de que esse trabalho possui uma forte relação com o cuidado à pessoa.

O cuidado é mencionado em todos os documentos como cerne/foco profissional. Dentre as questões sócio-históricas articuladas, a vida das pessoas faz com que a enfermeira esteja entre aqueles/as profissionais que interajam com o ser humano do nascimento à morte na esfera da promoção e recuperação da saúde.

Nesse panorama, a história profissional da enfermagem traz, em seu alicerce, a preocupação com o humano. A enfermagem também é considerada uma arte e uma ciência por “preocupar-se com o cuidado à saúde humana, e por se comprometer em primeiro lugar com suas experiências e vivências e como estas podem influenciar o estado de saúde ou doença e de como cada um se percebe neste cuidado” (Silva, 2011, p. 13). Ademais, a “enfermagem insere-se neste cenário do cuidado enquanto ente, por ser considerada nos âmbitos da ciência, arte, filosofia, ética e política do cuidado humano” (Kempfer, 2012, p. 60).

Algumas produções acadêmicas: artigos, dissertações e teses pontuam que o cuidado prefigura como um dos principais atributos do trabalho da enfermagem, no entanto, ainda prevalecem práticas instrumentais/tecnicistas, impactando a forma como a enfermagem performa esse cuidado.

O cuidado é considerado uma tarefa primária da enfermagem, sendo direcionado ao sujeito. Por ser o cuidado direto uma tarefa primária da enfermagem, isso vincula a enfermeira ao controle do contexto da prática de cuidado, agregando ambientes, ações e relações e mediando poderes. Com essa

atuação, a cultura profissional é perpetuada nesse modelo tecnicista, dificultando a construção de novas práticas para o cuidado (Camargo, 2011, p. 89).

Outro enunciado, do repertório de Camargo (2011, p. 24) apresenta uma das funções desempenhadas pela enfermeira no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico: “[...] o enfermeiro exerce, dentro de sua equipe, um papel importante de coordenação, que visa organizar e estimular a equipe no cuidado de um paciente diferenciado, em sofrimento psíquico”.

Em algumas produções acadêmicas, principalmente em alguns artigos, discute-se o cuidado como tema nos cursos de formação. Esse cuidado às pessoas faz parte do objeto epistemológico da enfermagem e por isso o cuidado profissional de enfermagem pode ser entendido como um cuidado que atravessa a fragmentação entre o normal e o patológico, o corpo e a mente. Outros repertórios articulam que ele atravessa a condição existencial humana de ser cuidado, pressupondo que a profissional faça uma doação intencional para o sujeito foco de atenção do cuidado.

Um cuidar intencional é valorizado na profissão pelo ensino da formação e, quando aprendido, passa a servir como “moeda de troca”, pois existe um serviço prestado e este recebe o pagamento como troca. Ainda que aconteça uma formação escolarizada, o cuidado vai sendo desenhado de modo particular, quando a enfermeira se apropria “de cuidar”, “de cuidar de cuidar”, que é atravessado pelo jeito que a profissional gostaria de ser cuidada.

Outros sentidos/noções de cuidado encontrados nos documentos são os relacionados ao currículo do ensino de cuidado de enfermagem em saúde mental, no qual se afirma que o cuidado precisa ser pensado como um “tema” – um “saber” – a ser discutido nos processos de formação. Esses entendimentos

aparecem associados ao cuidado, indicando a necessidade da inclusão da integralidade das ações em saúde.

Os enunciados interligados ao ensino de enfermagem fazem menção à formação curricular de uma enfermeira generalista, com base na dimensão da integralidade. Isso envolve a relação subjetiva de tempo ininterrupto, entrelaçado em espaços para a negociação e a inclusão do saber, desejos e necessidades do discente, por meio de outros saberes e das tecnologias disponíveis nos locais das práticas de ensino.

Os enunciados a seguir esboçam como tem se dado o ensino do cuidado em enfermagem:

[...] o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, que se apresenta nos Projetos Pedagógicos de Cursos – PPC e nos Planos de Ensino – PE, permite compreender [...] à realidade epidemiológica, sanitária e profissional, de forma a proporcionar a integralidade e interdisciplinaridade das ações do cuidar em enfermagem e em saúde (Rodrigues, Silva & Spricciogo, 2012p. 845).

[...] os conceitos de cuidado encontrados nos PPCs estão apresentados em uma perspectiva de formação de enfermeiro generalista. O cuidado em saúde é tido como a dimensão da integralidade em saúde e permeia as práticas de saúde. [...] O cuidado envolve uma relação intersubjetiva que é desenvolvida em um tempo contínuo, envolvido por saberes profissionais e tecnologias, com espaços para negociação e inclusão do saber, necessidades e desejos do outro (Rodrigues, Silva & Spricciogo, 2012, p. 847).

O ensino do cuidado em saúde mental é compreendido pela realidade profissional nas áreas epidemiológica e sanitária, entendimento que propicia, nas ações do cuidar em enfermagem, a integralidade e a interdisciplinaridade no campo da saúde.

O cuidado como foco de ação está presente nos serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental, garantido pela comunicação transversal entre todos da rede que buscam construir as vias que sustentam e qualificam a ação pública de cuidado aos indivíduos em sofrimento mental.

Todos esses enunciados oriundos do debate sobre o ensino do cuidado na formação de enfermagem visam assinalar que a assistência integral é permeada por uma crescente complexidade. Além disso, o ensino do cuidado requer um planejamento entre a relação da aprendizagem com base nos aspectos epidemiológicos e focado nos paradigmas coerentes com a realidade local do Sistema Único de Saúde (SUS), o que demonstra uma mudança na atenção em Saúde Mental.

A Enfermagem necessitou mudar o paradigma e, conseqüentemente, a forma como desenvolvia o cuidado em saúde mental, ou seja, passou da vigilância, do controle e da disciplina para a necessidade de se aproximar e de se envolver com aquele que constituía a representação social da agressividade, da periculosidade e da alienação mental (Alves, 2012, p. 37).

Algumas produções acadêmicas fazem referência ao desafio relacionado aos novos paradigmas de cuidado de enfermagem em saúde mental, que

consistem no exercício profissional de uma prática que implica no reconhecimento das particularidades que envolvem a história de vida dos sujeitos.

As noções de cuidado de enfermagem em saúde mental devem permitir o exercício de uma prática que vá além de uma responsabilização do profissional pelo sujeito que é cuidado. [...] seja articulado ao reconhecimento da singularidade da história de vida de cada sujeito (Lima, 2014, p. 338).

O enunciado de Rodrigues, Santos e Spricigo (2012, p. 845) articula que: “[...] o cuidado de enfermagem deve [...] ser permanentemente pesquisado, analisado, refletido e problematizado para ser propositivo, em razão das decorrentes transformações nos serviços de saúde mental nas últimas décadas, na realidade brasileira”.

Assim, nota-se que o cuidado necessita ser constantemente problematizado para que, dessa forma, seja possível o alcance de um propósito assertivo diante das transformações que os serviços de saúde têm experimentado nas últimas décadas no Brasil. A tradução desse atual momento pode ser observada por meio de muitas pesquisas, debates e reflexões sobre o cuidado, principalmente na área de enfermagem.

Diante desse cenário, a enfermagem vem enfrentando desafios procedentes dos avanços e do desenvolvimento da área da saúde. Contextualizar sua própria realidade para responder a esses desafios advindos da complexidade e incertezas da profissão na contemporaneidade pode ser um caminho. A enfermagem necessita “(des)construir” sua prática, especialmente na atenção à saúde mental.

Entre distintas concepções sobre o cuidado veiculadas nas produções acadêmicas, encontramos duas posições nesse cenário que vêm de matrizes distintas de pensamentos: uma perspectiva em uma matriz mais holística, que dá acesso a um entendimento do cuidado relacional/integral/humanizado; outra ideia em uma matriz mais biologicista, que dá acesso ao cuidado no modelo tecnicista/hospitalocêntrico/patológico.

Na perspectiva holística/relacional/humanizada, o cuidado é entendido sob a ótica das relações terapêuticas e articulado ao reconhecimento da singularidade presente na história de cada sujeito, levando-se em consideração o processo de adoecimento na vida cotidiana das pessoas. Aqui, fica evidente a intersubjetividade e os contextos sociais percebidos por uma visão pautada na integralidade e na interdisciplinaridade.

Já o entendimento do cuidado tecnicista/hospitalocêntrico/biologicista tem como base o modelo biomédico de saúde, centrado na doença, que envolve, entre outros, a medicalização e o referencial técnico-instrumental mecanicista, sendo excluído dessa perspectiva o contexto psicossocial expressado, a compreensão e a participação do sujeito e da família sobre o cuidado.

Os repertórios mostram que os cuidados são polissêmicos, provém de matrizes distintas de pensamentos/ideias. Portanto, há muitas formas de cuidar, a depender da matriz utilizada.

Existem diferentes noções sobre o cuidado originárias de distintos conhecimentos e modos de ação. O sentido de cuidado na visão psicossocial está direcionado para estratégias capazes de desconstruir a dicotomia no cuidado. Assim, é necessário o compartilhamento de novos saberes sobre o

cuidado como formas de atingir a rede de intersubjetividades que cerca o cuidado em saúde e os sujeitos desse cuidado (trabalhadores e usuários).

5.1.4 O cuidado no contexto da enfermagem e sua interface com gênero

A profissão de enfermagem é atravessada pelo seguinte paradoxo – o cuidado visto como uma prática natural e a grande razão do existir da profissão e o fato de esse cuidado ter uma trajetória histórica que se articula com o feminino.

Vale destacar que, das trinta e seis produções acadêmicas selecionadas para a análise, em trinta delas o gênero aparece como uma visão binária, na qual o cuidado é visto de forma naturalizada. Apenas em seis delas o gênero é criticado e elas abarcam embates na relação social entre mulher e homem.

Nas produções analisadas a enfermagem é mencionada como uma profissão de cuidados ou cujo cerne é o cuidado, e, ainda, essência da profissão. No entanto, existem muitas controvérsias acerca dessas afirmações. A maior parte dos documentos reafirma o cuidado como algo natural, endossa que o cuidado faz parte da natureza e realidade feminina e que pouco tem sido estudado sobre a natureza do cuidar.

Nos documentos, os sentidos sobre o cuidado e a intersecção com gênero perpassam a história do feminino no cuidado e, conseqüentemente, na enfermagem; a relação de subalternidade das enfermeiras em relação à profissão médica; a presença do homem enfermeiro na profissão e os estereótipos e preconceitos sofridos por eles.

Os sentidos encontrados sobre o cuidado com a intersecção de gênero envolvem: “algo natural”, “interpretação de normas pré-estabelecidas”, “lugar de posições inferiorizadas”, “desigualdade”.

Nos enunciados a seguir, os sentidos encontrados sobre o cuidado na intersecção com gênero envolvem uma crítica ao cuidado visto como uma prática naturalizada.

As práticas de cuidado sempre estiveram associadas ao sexo feminino. Revisitando a história, [...] no que se refere ao lugar social das mulheres, há um mito definido por concepções que remetem as mulheres a uma condição inata de inferioridade atribuída à sua aproximação com a natureza. Tais representações têm em seus princípios relação direta com a capacidade natural da reprodução biológica e com as responsabilidades nos cuidados com o doméstico e com a família (Coelho, 2005, p. 346).

Na perspectiva construcionista, o cuidado deve ser entendido como algo que caminha junto com a história da humanidade. A sua associação à figura feminina é um dos pilares que o sustenta, como uma função exercida predominantemente pelas mulheres, quando elas executam suas tarefas no lar, com os filhos e/ou com as pessoas doentes, sendo a prestação do cuidado embasado no relacionamento humano. O sentido desse discurso perpassa pela forma como os gêneros são concebidos, resultando em uma desvalorização da mulher em detrimento ao homem. O próximo enunciado critica essa relação:

As tarefas eram separadas e definidas estritamente pelo sexo: ao homem cabia assumir cargos de poder, como a política e a medicina, enquanto à mulher, o espaço da casa, da maternidade e do magistério [...]

evidenciando assim sua desvalorização perante o homem e configurando uma desigualdade de gênero (Sell, 2012, p. 29).

Ao longo dos anos, tanto enfermeiras quanto enfermeiros têm carregado, em suas práticas, as relações de gênero, conforme o recorte de Santos (2012, p. 86): “[...] as relações de gênero condicionam toda a prática da enfermeira”. Existe, portanto, uma valorização dos determinismos biológicos que a sociedade tem usado para estabelecer imagens estigmatizadas e estereotipadas que ainda repercutem, na prática, junto à equipe de saúde e aos/às usuários dos serviços”. Nessa direção, os sentidos tradicionais presentes nas relações entre homens e mulheres constroem identidades e imagens pelo desempenho de funções e papéis de gênero identificados de modo polarizado e naturalizado em oposições binárias como masculino ou feminino.

As realizações de Florence Nightingale na Guerra da Criméia, em meados de 1800, juntamente com sua proeminência social e influência política, fundiram-se com a mudança de percepções dos papéis de gênero na Inglaterra Vitoriana para estabelecer a fundação do mito da enfermeira feminina, em que era “natural” para as mulheres serem enfermeiras, e, inversamente, “não natural” para os homens exercerem essa profissão (Santo, Oguisso & Fonseca, 2011).

Florence Nightingale defendeu que a enfermagem era uma profissão para as “damas” e, por isso, não envolvia os homens, tendo afirmado que as mãos destes eram prejudiciais ao cuidar. Ela promoveu através da enfermagem uma plataforma para a emancipação das limitações que enfrentou como mulher na Inglaterra Vitoriana. Ao fazer isso, Florence Nightingale procurou alinhar a

enfermagem com a esfera de influência, nomeadamente a maternidade e o cuidar das mulheres, centrando-se nas características naturais das mulheres.

Apesar de a enfermagem ter sido denominada como uma profissão envolta ao carinho, à afetividade e ao cuidado, oriundos de características inatas executadas pelas mulheres/mães, as realizações de Florence Nightingale ultrapassaram essa vertente, uma vez que ela desenvolveu procedimentos de cuidados que incluía diminuir os riscos de infeção hospitalar, principalmente através da lavagem das mãos, e ainda organizou o sistema de relato de óbitos hospitalares com a intenção de avaliar o serviço, e esse é considerado historicamente a primeira referência à vigilância epidemiológica. Essas descobertas científicas atualmente são uma das principais medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares preconizadas pela organização mundial da saúde (Santo, Oguisso & Fonseca, 2011).

A investigação de gênero nas profissões da saúde ganhou notoriedade a partir da década de 1990, devido, principalmente, à relação entre a profissão médica e a profissão de enfermagem e demais profissões de saúde (Sell, 2012).

Sobre a divisão do trabalho entre os sexos, ela não se estabeleceu apenas na profissão médica, considerada como um lugar de predomínio do masculino, mas também na profissão de enfermagem, ocupação exercida por poucos homens. O próximo enunciado apresenta a origem da divisão do trabalho entre os sexos:

[...] o corpo e, sobretudo, o órgão reprodutivo da mulher tem sido utilizado nas sociedades ocidentais como símbolo para se estabelecerem regras para o gênero, ou seja, com base numa concepção naturalizante dos sexos têm sido

normatizadas principalmente a sexualidade, a função reprodutiva e a divisão sexual do trabalho (Dumont, 2012, p. 29).

A ideia instrumental da hierarquização no trabalho entre homens e mulheres se apresenta sob a forma de uma classificação de inferioridade, em que a enfermagem é vista como uma noção de cuidar e o médico o curar. É a partir daí que se estabelece e se sustenta a relação de poder e de saber do médico em relação à enfermeira e à posição hierárquica que ela representa. O enunciado a seguir enfatiza essa assimetria de poder:

[...] a posição inferior da enfermeira em relação ao médico, e as diferenças de gênero no interior da profissão quanto ao salário e à ocupação dos postos de comando refletem a posição inferiorizada da mulher em relação ao homem na sociedade (Santos, 2012, p. 89).

Existe um pensamento popular de que a enfermagem não é para homens e isso promove preconceito de gênero e discriminação em relação à presença deles nessa profissão. Os enfermeiros muitas vezes enfrentam os desafios da discriminação de gênero, especialmente nas especialidades como obstetrícia e ginecologia, pois muitas vezes as mulheres preferem ter enfermeiras prestando cuidados. Os enfermeiros muitas vezes acabam em papéis de liderança e em especialidades como cuidados intensivos, de emergência e de enfermagem de centro cirúrgico.

Ainda sobre as relações de gênero na enfermagem, nota-se que os enfermeiros geralmente são estereotipados, tanto fora como dentro da profissão, como homossexuais. Apesar de serem profissionais que cuidam da mesma forma

que as enfermeiras, ao estereotipá-los como “gays” eles são expostos, entre outros problemas, à homofobia no ambiente de trabalho. Esses fatores estigmatizantes configuram uma barreira para a assistência à pessoa e impedem a entrada de mais homens nos cursos de enfermagem.

O preconceito de gênero é um fator prejudicial para a profissão de enfermagem, uma vez que cria um ciclo que perpetua vieses e limita o papel dos homens. Esse circuito resulta em diferentes experiências de aprendizagem para os homens e as mulheres como estudantes de enfermagem, além de limitar o recrutamento e a retenção dos homens na profissão, perpetuando estereótipos masculinos e femininos tradicionais, que fazem da profissão irrelevante para a população diversificada que a enfermagem afirma representar e servir. Sobre a importância de se incluir a perspectiva de gênero nos cursos de enfermagem, Sell (2012) assim se expressa:

[...] o gênero é uma construção social e histórica com base nas diferenças percebidas entre os sexos [...] o que em nossa sociedade caracterizou o início do trabalho das enfermeiras em posição de subordinação, refletida na história da enfermagem em distinção de poder entre homens e mulheres, no qual era atribuída aos homens a gerência dos serviços (p. 89).

Mesmo em ocupações em que predominam as mulheres, como no caso da enfermagem, as relações de gênero patriarcais refletem numa valorização de tudo que é masculino, pois os homens/enfermeiros desempenham um papel significativo em posições de especialidades administrativas e de elite. Essas

táticas provocam um distanciamento entre os homens colegas e a imagem feminina de enfermagem.

[...] se olharmos para as relações de gênero, classe e raça, percebemos que aqueles que estão nas posições mais inferiorizadas na sociedade fazem o trabalho de cuidado, enquanto os que detêm poder usam sua posição de superioridade para demandar o cuidado dos outros (Dumont, 2012, p. 87).

A visão do feminino como gentil e atenciosa evoluiu para o estereótipo da "enfermeira" após o advento da formação organizada de enfermagem. A imagem da enfermeira tornou-se a de um indivíduo "subordinado", "carinhoso", "doméstico", "humilde" e "abnegado". Conseqüentemente, os homens, percebidos como "fortes", "agressivos" e "dominantes", não têm um papel legítimo na enfermagem.

Ao tentar imprimir as questões referentes ao feminismo a esta dissertação, que tem também a proposta de ressignificar a participação das mulheres nas relações entre mulheres e homens, é preciso se pensar no seguinte paradoxo: ao mesmo tempo em que a profissão de enfermagem ganhou visibilidade com as atividades desenvolvidas por Florence Nightingale, ela contribuiu também para colocar as mulheres enfermeiras em um lugar de subalternidade e inferioridade em relação a profissão médica. Ao mesmo tempo em que Nightingale abriu espaço para que as mulheres tenham acesso a uma profissão, ela não conseguiu romper com as relações assimétricas de poder. Essas assimetrias, as questões do patriarcado e as relações desiguais já estavam no sistema, na própria instituição de saúde, nos hospitais e na sociedade.

Caminhando pela história das realizações da Florence Nightingale, temos uma mulher que era “avançada” e “conservadora”, que popularizou a enfermagem e trouxe uma nova profissão para as mulheres. Entretanto, estava engendrada na sua história, que diz “aqui é a seara das mulheres, aqui os homens não entram”. Nesse caso, o que problematizamos foi a supervalorização dada para a relação de cuidado a partir da conduta moral das mulheres, então, as enfermeiras têm que se comportar de uma determinada maneira.

Se considerarmos a expressividade das coisas que ela produziu, ampliando e legitimando a entrada das mulheres em um campo no qual elas ainda não tinham voz e vez, podemos relativizar nossas críticas em relação aos avanços no que toca às relações de gênero. Entendemos que somos efeitos de uma construção que se dá a partir de condições específicas de produção histórica, refletindo o processo de engendramento a que todas estamos submetidas. Essa é uma questão importante porque é exatamente o desafio feminista do trabalho de gênero onde estamos engendradas, estamos no processo e marcadas por esse lugar identitário e fazemos uma reflexão a partir disso e ao mesmo tempo exercemos práticas sociais que reiteram alguns lugares. Este é o grande desafio colocado pelo feminismo!

5.2 ANÁLISE SOBRE CUIDADO NA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) que aconteceu no ano de 2010, em Brasília, com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, foi um momento

importante para o avanço da Reforma Psiquiátrica, que teve início na década de 1980 e foi instituída oficialmente em 2001, pela Lei nº 10.216, mas que, no entanto, não tinha sido, até então, implementada em sua totalidade pelos estados brasileiros.

A IV CNSM-I reuniu e realizou 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1.200 municípios. As estimativas apontaram a participação de 46.000 pessoas, em suas três etapas, descritas no relatório final como propostas no: Eixo I – Políticas Sociais de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais; Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

Nessas considerações se destacam, como objeto de reflexão na aproximação das Políticas Públicas de Integralidade do Cuidado em Saúde Mental, as estratégias de intervenção e consolidação do cuidado em saúde mental, haja vista a pluralidade das necessidades de atenção ao/à portador/a de sofrimento psíquico.

Os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto as da atenção básica estão pautados em algumas noções e conceitos como “articulação”, “acolhimento”, “responsabilização”, “estabelecimento de vínculos” e “integralidade do cuidado”.

Ao analisar os discursos sobre o cuidado na IV CNSM-I, encontramos os sentidos de cuidado evocados como “atenção psicossocial”, “rede comunitária”, “estratégias intersetoriais”, “ações de saúde mental na atenção básica”, “apoio matricial”.

5.2.1 Cuidado como atenção psicossocial

Ao analisar os discursos sobre o cuidado na IV CNSM-I, detectamos muitas semelhanças com o que já havia sido debatido nos textos acadêmicos sobre os sentidos de cuidado, vistos como “Cuidado como Atenção Psicossocial” e “Com a Participação de Cuidadores/as e Familiares”.

A IV CNSM-I reforçou que a assistência em saúde mental deve ser descentralizada, interdisciplinar e intersetorial. Ao vincular o conceito de saúde mental aos pressupostos de cidadania e produção de vida é possível gerar transformações nas concepções e práticas de saúde mental, na organização dos serviços, na formação e na capacitação dos profissionais da área.

No sentido estratégico, a atenção psicossocial envolve o processo de reabilitação psicossocial e representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas mentais severos e persistentes, com ações destinadas a melhorar ou restaurar a autonomia das pessoas com transtornos mentais, no desempenho das funções sociais.

As práticas de atenção psicossocial são tributárias de diferentes movimentos sociais e científicos em vários campos teóricos, articulados de forma complexa com incursões pelos conhecimentos da gestão política e de movimentos institucionais internacionais no campo da saúde mental e sua repercussão no cenário brasileiro.

O cuidado na atenção psicossocial deixa de se ocupar apenas com a doença, com a prescrição de medicamentos e aplicação de terapias; os profissionais da atenção psicossocial passam a se ocupar dos sujeitos que

precisam de tratamento e com a qualidade do cuidado oferecido, bem como com o cotidiano, o tempo, o espaço, o trabalho, o lazer, o ócio, o prazer e a organização de atividades conjuntas. Em consonância com o processo de reabilitação, espera-se que os profissionais trabalhem enfatizando as partes mais sadias e as potencialidades do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva, oferecendo suportes: vocacionais, sociais, recreacionais, residenciais, educacionais, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo.

As intervenções em saúde mental devem começar a partir do contexto familiar e comunitário, pois a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado. Conseqüentemente, é fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.

5.2.2 Cuidado como rede comunitária

Ao analisar os discursos sobre o cuidado por meio do olhar da IV CNSM-I, encontramos também semelhanças com o que já havia sido debatido nos textos acadêmicos sobre os sentidos de “Cuidado como Rede Comunitária”.

Na rede de cuidados em saúde mental há a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Os saberes e as práticas, não somente técnicos, devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, no qual os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos.

O cuidado compartilhado prevê uma rede de ações com dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se

organize, tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença. O locus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na atenção primária, nos serviços especializados ou em ambos. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade.

Nessa perspectiva, a rede deve ser composta por diversas ações e serviços de saúde mental: Ações de Saúde Mental na Atenção Primária; Centros de Atenção Psicossocial – CAPs; Ambulatórios; residências terapêuticas; leitos de atenção integral em saúde mental (em CAPs III e em hospital geral); Programa de Volta para Casa; cooperativas de trabalho e geração de renda; centros de convivência e cultura, entre outros.

A existência da rede de cuidados em Saúde Mental promove a responsabilização compartilhada dos problemas. Isso visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local de saúde, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências.

O cuidado em rede torna-se um dispositivo capaz de produzir nos usuários a responsabilidade por seu tratamento, seus sintomas e sua vida, produzindo outras relações com o seu processo de adoecimento.

No planejamento e na organização dessas ações devem ser consideradas as seguintes diretrizes gerais: identificar, acolher e atender as demandas de saúde mental do território em seus graus variados de severidade; os indivíduos com transtorno psíquico devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações mais vulneráveis e risco social).

Apesar de a consolidação de uma rede de cuidados ser um desafio, ela é imprescindível para se avançar no caráter de atendimento público.

Uma forma de garantir a continuidade da desinstitucionalização, integralidade, responsabilização, interdisciplinaridade e intersetorialidade, presentes nos pilares do cuidado territorial discutidos na IV CNSM-I, é a construção de um novo processo de trabalho na promoção da saúde mental, que tenha no contato direto com os sujeitos em sofrimento psíquico a sua base.

O território é um cenário vigente das ações em saúde mental, no qual as práticas saem do escopo predominantemente medicamentoso para um reconhecimento do usuário como participante principal do tratamento, envolvendo o familiar e, eventualmente, as esferas comunitárias. Isso amplia a visão terapêutica da remoção de sintomas para a adaptação à realidade e à supressão de carências socioeconômicas e culturais, já que o cuidado territorial busca envolver, pelo diálogo, o acompanhamento longitudinal da pessoa.

Nos espaços institucionais e territoriais, equipes multiprofissionais passam, portanto, a atuar mais próximas à realidade de vida do indivíduo em sofrimento psíquico, sob o desafio de reconhecer os condicionantes territoriais do processo saúde e doença e outras formas de trabalhar em equipe de maneira integral, além de poder manejar a herança da prática clínica pelo envolvimento familiar do cuidado nos espaços de produção de vida.

5.2.3 Cuidado como estratégias intersetoriais

A IV CNSM-I destaca várias estratégias que podem contemplar as dimensões complexas da pessoa em sofrimento psíquico e, para isso, é preciso

que as políticas de saúde mental sejam orientadas não apenas reduzindo o cuidado ao eixo saúde, mas ampliando-o. Nesse sentido se destaca a intersectorialidade como estratégia para articular serviços, pessoas e políticas.

A intersectorialidade pode ser compreendida como uma política complexa, que objetiva superar a fragmentação das diferentes áreas de atuação social, tendo como desafio articular setores da sociedade para a melhoria das condições de saúde. Como prática de gestão, permite o estabelecimento de diálogos compartilhados entre instituições, governos e pessoas, atuando na formulação de políticas públicas que possam ter impacto positivo na saúde da população.

Portanto, ela permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo, permitindo considerar o cidadão em sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, colaborando para ações resolutivas no cuidado ampliado ao ser humano. Há, entretanto, a necessária construção de parcerias com outros setores para que essa ampliação do cuidado aconteça. Setores como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança alimentar e outros devem fazer parte das estratégias de cuidado intersectorial em saúde mental.

5.2.4 Cuidado como ações de saúde mental na atenção básica

Levando em consideração que a atenção integral em saúde mental foi amplamente discutida na IV CNSM-I; a atenção primária, como ordenadora da rede, deve coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como seguindo e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, assim como as

outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

A atenção básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Nesse ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade no território onde moram, bem como com outros elementos de sua vida.

Podemos dizer que o cuidado na atenção à saúde mental na atenção básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por essas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem, a todo o momento, com pessoas em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na atenção básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde, principalmente em relação ao apoio matricial.

As redes sanitárias e comunitárias são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de saúde da família. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de cuidado na atenção à saúde mental na atenção básica.

5.2.5 Cuidado como apoio matricial

O apoio matricial visa proporcionar um suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, tornando possível compartilhar casos/situações com a equipe de saúde local, favorecendo a corresponsabilização. Por meio do suporte matricial é possível, entre outras ações, romper-se com a lógica do encaminhamento, muitas vezes vinculada à lógica da desresponsabilização.

Possui duas dimensões: suporte assistencial, que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários; e suporte técnico-pedagógico, que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe. Ao aumentar a capacidade das equipes de saúde da família em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da atenção básica.

O desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

A visão reducionista e fragmentária dos sujeitos persiste na ideia de que o contexto do indivíduo deve ser considerado somente no momento do atendimento em saúde. A noção de integralidade não admite conceber a ideia de que um usuário com várias enfermidades necessite percorrer diversos pontos para o seu atendimento, mas sim que, pelo matriciamento em rede, tem-se a resolução de seus problemas.

Na IV CNSM-I, as noções/os sentidos estão sustentados por conceitos que se ligam a outros campos do conhecimento, como direitos humanos. Nessa

perspectiva, o cuidado é pensado de forma integral e é influenciado pela linguagem e pelo paradigma dos direitos humanos, de onde advém o conceito de integralidade.

Nesse sentido, não podemos pensar somente no cuidado como ação, mas de maneira mais ampliada, já que nessa ação existe um substrato conceitual e epistemológico que sustenta outro tipo de linguagem, outra teorização sobre essa linguagem. Por isso, a prática é pensada intersetorialmente, de forma integrada, humanista, inclusiva, com a participação ativa, uma vez que o sujeito não é considerado simplesmente uma “tábua rasa”.

A linguagem que atravessa a IV CNSM-I é a linguagem dos direitos humanos. Nesse sentido, o cuidado em saúde mental deve promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e os modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa dizer que se têm diferentes formas de cuidar e, para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões.

A saúde é um direito fundamental do cidadão e previsto na Constituição Federal para assegurar o bem-estar mental, a integridade psíquica e o pleno desenvolvimento intelectual e emocional dos indivíduos. A garantia do direito à saúde mental conta com o acesso gratuito e facilitado a todos os serviços públicos de atenção e auxílio. Sobretudo, a saúde depende da existência de condições para uma vida digna, contando, assim, com a constante articulação de indivíduos, comunidades e da sociedade como um todo para a construção de uma realidade social mais justa.

Os sentidos identificados na IV CNSM-I e nas DCN/ENF estão ancorados na participação e negociação de diferentes vozes. Na Conferência, isso

aconteceu por meio de atores sociais como ativistas de diversos movimentos sociais, sobretudo da saúde mental, profissionais e estudiosos do assunto, e outros interessados. Vale ressaltar que as conferências são lugares de embates, responsáveis por uma produção muito grande a partir de discussões e disputas. Com essa riqueza histórica, ela se torna um lugar privilegiado para se pensar o conhecimento, para se discutir políticas, para refletir sobre as práticas. Portanto, é um lugar de muitos atritos, conflitos, negociações, mas também muito produtivo.

As noções que chamam a atenção tanto no discurso da IV CNSM-I quanto nas DCN/ENF são aquelas que envolvem sentidos oriundos de olhares para diferentes focos, ou seja, de diferentes perspectivas. A IV CNSM-I está pensando a saúde como público-comunitária para a população e está embasada em movimentos sociais e mudança de paradigmas; em contrapartida, as DCN/ENF olham para a formação profissional de enfermagem com uma linguagem diferente da IV CNSM-I.

5.3 ANÁLISE SOBRE CUIDADO NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A construção de uma performance acerca do cuidado na saúde mental foi discutida e perpassou pelo contexto da enfermagem nas DCN/ENF. A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF). Esse documento apresenta um total de 16 artigos, subdivididos em vários parágrafos que norteiam

a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos das Instituições do Sistema de Ensino Superior do Brasil.

Nas DCN/ENF têm-se as seguintes categorias: perfil do formando egresso/profissional, competências e habilidades, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares, organização do curso, acompanhamento e avaliação.

Essa profissão está ancorada na premissa de proporcionar conforto e bem-estar, respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar a noção de integralidade do cuidado. Cabe destacar, entretanto, que, nesse documento, o termo “cuidado” é mencionado apenas três vezes nas primeiras categorias, já os descritores “saúde mental” e “gênero” não foram citados em nenhuma parte do documento.

A promoção dos cuidados em enfermagem vem enfrentando desafios para que possa, de um lado, contemplar as demandas descritas nas diretrizes da graduação e, de outro, responder ao diálogo de suas especificidades com outros campos de atuação profissional em saúde.

As DCN/ENF apresentam um cuidado que está intimamente ligado às disciplinas da enfermagem. Esse cenário prefigura-se como um lugar monolítico e endógeno, o que leva essa categoria a um discurso com pouca abertura para o diálogo com outros atores sociais, estabelecendo, desse modo, um discurso fechado no que diz respeito ao seu campo de atuação profissional na versão curricular. Na tentativa de assegurar seu campo disciplinar, não abre para outras possibilidades de trocas com outros campos do saber.

Apesar da pouca expressão dos discursos sobre o cuidado nas DCN/ENF, foi possível destacar: “Cuidado como intervenção”, “Cuidado na integralidade”, e “Cuidado instrumental”.

5.3.1 Cuidado como intervenção

Sobre cuidado, o documento refere que o discente deve ser capaz de “intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência” (Brasil, 2001, p. 3).

O texto das DCN/ENF, em alguns pontos, traz aspectos subjetivos, favorecendo múltiplas interpretações e reforçando uma adesão a conceitos e concepções equivocadas, quando não se tem um adequado aprofundamento nas questões de intervenção do cuidado em enfermagem.

Apesar de a DCN/ENF dar margem a vários desdobramentos, esta, no entanto, permite a superação da visão reducionista, que supõe que a formação de um profissional resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. Essa superação leva ao alcance da visão contemporânea, que considera a formação profissional como resultante de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde/enfermagem. Ainda, considera a formação profissional construída em novas bases, com características criativas e inovadoras, sintonizadas com uma nova visão de mundo.

Essas constatações requerem, conseqüentemente, a promoção da interface entre saúde, educação e trabalho, sob a orientação estrutural do SUS, da ética e da cidadania, não se limitando a questões técnicas, de conteúdos de ensino, procedimentos didáticos e técnicas pedagógicas, mas pautando-se, fundamentalmente, na adoção de um referencial teórico-pedagógico que sustente

uma aprendizagem significativa, transformadora e adequada às demandas sociais e profissionais que se apresentam na contemporaneidade.

Basicamente, pode-se inferir, no texto das DCN/ENF, que as intervenções de enfermagem incluem cuidados diretos e indiretos ao sujeito doente, sendo que as intervenções de cuidado direto incluem ambas as ações de enfermagem fisiológicas e psicológicas. Já a intervenção de cuidado indireto inclui tratamento realizado longe da pessoa doente, mas favorecendo-a ou ao grupo de pacientes. Nesta estão incluídas ações dirigidas ao gerenciamento do ambiente de cuidado à pessoa e à colaboração multidisciplinar. O tratamento iniciado pela enfermeira consiste em uma intervenção em resposta ao “diagnóstico de enfermagem”; uma ação “autônoma” baseada no raciocínio científico do “saber/fazer médico”.

5.3.2 Cuidado como integralidade

A abordagem da integralidade do cuidado na formação da enfermeira pelas DCN/ENF requer uma compreensão do ensino como um processo construído por docentes, estudantes, profissionais de serviços e comunidade, que se movimenta como sujeitos que determinam as práticas de saúde, de educação e de controle social. Conforme o enunciado: “[...] prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade” (DCN/ENF, 2001, p. 4).

Para essa construção, os sujeitos definem as estratégias que sustentam o modelo de ensino, a organização curricular, os conteúdos, os mecanismos de avaliação e os cenários de aprendizagem.

Nessa direção, as DCN/ENF assume a finalidade de formar para a integralidade do cuidado, e isso implica revisitar o pensar e o fazer pedagógico, manifestando as concepções de educação que determinam a práxis educativa na enfermagem. Ao mesmo tempo, é preciso construir, nos modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto que precisa ser construído durante toda a formação acadêmica e profissional.

5.3.3 Cuidado como instrumentalização

A DCN/ENF destaca que a formação da enfermeira é generalista, crítica e reflexiva. No entanto, prevalece, na prática profissional, a formação de um perfil voltado para as técnicas, fortalecendo o modo de cuidado instrumental/tecnicista em prejuízo das dimensões psicossociais e dos fatores relacionados, problemática discutida ao longo desta dissertação.

De posse dos instrumentos de trabalho, a enfermeira deve: “[...] utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde” (DCN/ENF, 2001, p. 3).

Apesar da DCN/ENF não descrever a pedagogia tecnicista, o profissional de enfermagem tem sob seu domínio as técnicas avançadas em saúde, ainda fundamentadas no saber biomédico.

No processo educativo teórico/prático ainda prevalece a prática instrumental. Essa realidade é percebida principalmente devido à formação da enfermagem ainda estar atrelada ao modelo biomédico instrumental/tecnicista. Nessa arena temos o ensino/aprendizagem, em que o acompanhamento do

saber/fazer médico produz o fortalecimento da enfermagem enquanto categoria profissional, aliado a quem tem mais prestígio nas ciências, ou seja, os médicos ou aqueles que estão ligados ao modelo biomédico, enquanto o cuidado relacional/humanizado está articulado às ciências humanas.

Nas DCN/ENF, o paradigma é o das ciências biológicas, a intenção, cujo propósito é distinguir-se de outras disciplinas para garantir um lugar no mercado, específico, diferenciado, para a enfermagem. Desse tipo de compreensão predomina o apego das enfermeiras com as questões específicas que envolvem as competências acerca das técnicas instrumentais de cuidado.

Vale a pena lembrar que esse apego às técnicas está relacionado, principalmente, a uma determinada ideia de ciência. A enfermagem tem necessidade de se afirmar como uma ciência diferenciada das demais e, por isso, precisa afirmar sua legitimidade por intermédio da “tecla da técnica”. As DCN/ENF buscam essa diferenciação dentro daquilo que consideram um saber importante, legítimo, valorado - às ciências biológicas.

Nesse cenário, a enfermagem poderia também aproximar-se das ciências humanas, mas, entre acercar-se a um paradigma humanista – no qual poderia avizinhar-se mais da psicologia humanista ou do saber de uma ciência comportamental – ou ao biológico ela escolhe as ciências biológicas. O saber das ciências humanas perde – e isso se percebe pelas DCN/ENF –, pois não é tão legítimo quanto o da ciência comportamental, baseada em uma metodologia positivista e na matematização de comportamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos esta pesquisa para explorar os sentidos atribuídos ao cuidado em face dos debates mais contemporâneos em saúde mental, como esse cuidado vem sendo performado na profissão de enfermagem e sua relação com gênero.

No desenvolvimento inicial desta dissertação, fizemos uma revisão bibliográfica para que pudéssemos entender um pouco os processos de como o cuidado vem sendo discutido na literatura contemporânea. Ao historicizarmos a emergência e a utilização do termo “cuidado” e como ele é debatido no contexto da saúde mental, percebemos que este ainda é um cenário em construção e com sentidos polissêmicos.

Nas produções acadêmicas, os sentidos que sobressaíram foram: “Cuidado como Atenção Psicossocial”; “Cuidado como Dimensão Biológica/Técnicista”; “Cuidado como Profissão da Enfermagem”. Os sentidos encontrados sobre o cuidado e a intersecção com gênero envolvem: “algo natural”, “interpretação de normas pré-estabelecidas”, “lugar de posições inferiorizadas”, “desigualdade”.

Os discursos acerca da noção de cuidado na IV CNSM-I contemplam sentidos de cuidado como: “Atenção Psicossocial”, “Rede Comunitária”, “Estratégias Intersetoriais”, “Atenção à Saúde Mental na Atenção Básica”, “Apoio Matricial”.

Logo, nos discursos sobre a noção de cuidado na DCN/ENF, destacaram-se: “Cuidado como Intervenção”, “Cuidado na Integralidade”, e “Cuidado Instrumental”.

Os resultados desta dissertação, discutidos no quinto capítulo, mostram um campo com diferentes discursos sobre o cuidado, debate que envolveu uma polissemia de sentidos.

O cuidado em saúde mental ainda sofre com o reflexo da psiquiatria. Por outro lado, os estudos consultados na revisão bibliográfica também apresentam um debate com várias versões sobre a forma de cuidar e, dentre esses sentidos, a enfermagem resguarda a noção de cuidado como foco da sua ação.

Os discursos presentes nas produções acadêmicas têm uma linguagem, voltada para diferentes performances de cuidado. Enquanto, as DCN/ENF estão fechadas em uma estrutura de formação profissional com pouca porosidade. Já os discursos encontrados na IV CNSM-I apontam para o crescimento da complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental e a importância da inclusão de outros setores nas discussões, ressaltando a intersectorialidade como um dos atuais dispositivos para a ampliação e o fortalecimento das ações no campo da saúde mental. Um entendimento coerente é o de que a saúde, sozinha, não dá conta da complexidade do cuidar, precisando de outros saberes.

Os documentos – Produções Acadêmicas e a IV CNSM-I – em geral indicam uma concordância em relação aos sentidos humanistas de cuidar no qual coexistem repertórios, sentidos e noções associados à linguagem do paradigma dos Direitos Humanos. As produções acadêmicas abrem espaços para que a enfermagem possa pensar como acontece o cuidado e como ele é praticado, sendo assim lugares de mais reflexões e mudanças, em que encontramos sentidos sobre o cuidado de forma mais ampliada.

A noção de integralidade caminha na contramão do modelo biomédico, reducionista e de base instrumental. Ela passa a ser um dos princípios que direcionam e ampliam as ações de saúde na busca de uma transformação no modelo de atenção e sua incorporação possibilita o questionamento do paradigma biomédico, cuja visão é instrumental/tecnicista.

A integralidade é entendida em várias dimensões e elas não são estanques ou lineares, mas se entrelaçam e se complementam de acordo com a complexidade do indivíduo. Isso remete à necessidade de identificar o sujeito em sua totalidade, preconizando que o cuidado de pessoas, grupos e coletividade consiste em compreender o indivíduo nos contextos social, político e histórico, estando este relacionado com a família, ao meio ambiente e à sociedade da qual ele faz parte.

Outro ponto importante debatido nesta dissertação é em relação à família, - a família é a “mãe” da reforma psiquiátrica -, ela é quem está junto ao dispositivo proposto pelas políticas públicas, que é convocada a esse novo lugar na territorialidade. O cuidado em saúde mental, que tem como contexto o vínculo, não fica subordinado somente às psicopatologias. A família vai vivenciando o cuidado e percebendo os seus recursos, ela vai distribuindo a relação de cuidado, assim, o familiar vivencia o estresse e uma sobrecarga considerável, e precisa de ajuda para lidar com essa pessoa com comprometimento psíquico. Por isso, é importante cuidar das necessidades dos familiares cuidadores.

A família é “mãe” dessa política de funcionamento dos CAPS, já que a pessoa em sofrimento psíquico vai para lá e volta para casa. Então, ela volta para família, que também opera um cuidado. Todas essas questões remetem aos sentidos de que a família é o pilar da Reforma Psiquiátrica, juntamente à pessoa

em sofrimento psíquico e a sociedade, que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e isso tem contribuído para a autonomia, liberdade e o exercício da cidadania e dos direitos humanos.

Nessa arena de disputas discursivas encontramos, igualmente, o paradigma biológico, assentado em um tipo de linguagem relacionada a uma matriz, ou seja, os repertórios estão de alguma forma concordantes com um tipo de pensamento que compreende o sofrimento emocional como algo patológico. Isso significa que a linguagem utilizada se baseia em termos advindos da medicina, sobretudo da psiquiatria, uma linguagem patologizante, que ainda permanece adotando uma noção de doença, que influencia o atendimento em saúde e as formas de cuidar.

Em relação à articulação do cuidado, enfermagem e gênero, dialogamos sobre as implicações da perspectiva de gênero e o cuidado, que historicamente perpassa pela figura feminina, sendo este o foco da ação da enfermagem, uma profissão desempenhada, predominantemente, por mulheres. Uma das perguntas feitas foi em que medida o cuidado em saúde mental, da forma como é performado, está relacionado ao gênero e quais os efeitos na prática profissional?

Nessa perspectiva, mapeamos, nos documentos, os repertórios sobre gênero, a partir do ponto de vista das diferenças e desigualdades no que diz respeito à profissão de enfermagem. Essas discussões são pertinentes, na enfermagem, em vista de uma tentativa de se romper com a dualidade homem/mulher e, ainda, com os estigmas e preconceitos que envolvem a inserção do homem na profissão de enfermagem. Outro aspecto relacionado às relações de gênero na enfermagem é o fato de este ter alavancado o debate em torno das relações entre a profissão enfermagem e a profissão medicina.

A escassez da produção de enfermagem sobre a relação de gênero corrobora para uma prática que reflete no silenciamento e em poucos avanços da área nessa discussão. Entretanto, na atualidade, as relações de gênero ganharam visibilidade nos debates cotidianos e, inclusive, no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) que teve como tema da redação, no ano de 2015 – a persistência da violência doméstica. Essa realidade instiga-nos a pensar sobre os motivos pelos quais a enfermagem ainda se priva, fecha-se a esse tipo de debate, que tem reverberações, especialmente, na forma como ela se constituiu como profissão, assim como na própria atuação profissional.

Se, por um aspecto, no campo da saúde, a enfermagem ganhou visibilidade como a profissão do cuidado, por outro esse cuidado é por vezes inferiorizado quando historicamente está associado ao feminino.

Esse debate ganhou destaque nas produções acadêmicas analisadas, que pontuam algumas críticas sobre as assimetrias de poder entre o homem e a mulher. Ao se apropriar do cuidado, a enfermagem “posiciona” o sexo feminino para uma história de desvalorização perante o sexo masculino, ou seja, a categoria médica, os descritores de sensibilidade e compreensão associados ao cuidado e entrelaçados às relações sociais historicamente construídas que se estabelecem entre homens e mulheres lançam a enfermeira para uma posição de inferioridade e subalternidade.

Nas minhas reflexões, penso que seria inútil uma pesquisa que não contribuísse de alguma forma para nossas vidas: para a pesquisadora, para os atores sociais envolvidos, para o meio acadêmico, bem como para aqueles que se interessam pelo tema. Por isso, concluo com algumas considerações acerca dessas possíveis contribuições.

Em relação à pesquisadora, foram muitos os aprendizados, entre eles o de que uma discussão desse porte jamais se encerra com os resultados deste trabalho. Fiz o movimento de sair de uma posição e de um discurso mais ativista para um olhar de pesquisadora. A partir de análises situadas, pude fazer uma crítica inclusive ao meu lugar de enfermeira, compreendendo que há diversas formas de se entender e se posicionar em relação ao cuidado.

Penso que, na academia, minha contribuição se torna mais potente quando consigo mostrar os diferentes discursos que atravessam o cuidado. Acredito que precisamos saber em que lugar estamos inseridos/as, para quem estamos falando, para quem estamos escrevendo. Por meio de minha retomada profissional na formação, meu próximo desafio profissional será contribuir para a desconstrução e a reinvenção de novas formas de cuidar, esperando, assim, colaborar para a mudança da realidade no cotidiano da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. B. (2011). *Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.
- Alves, D. B. (1987). *Condições de trabalho na enfermagem: aspectos teóricos*. Trabalho apresentado 39º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador, BA.
- Alves, D. B., & Schetchman, A. (2003). *A assistência psiquiátrica*. Brasil, 2003. Retirado dia 6 abril de 2015, do endereço <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/brasil98.pdf>.
- Alves, K. R. (2012). Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde Mental. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial* (2ª ed. rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Amarante P., & Torres E. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate*, 25(58), 26-34.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92.
- Barros, S., & Egry, E. Y. (1994). A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. *Saúde e Sociedade*, 3(1), 79-94.
- Bakhtin, M. (1994). The problem of speech genres. In: Emerson, C.; Holquist, M. (Eds.). *Speech genres and other late essays* (pp. 60-102). Austin, Texas: University of Texas Press.

- Benevides R., & Passos E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571.
- Bessa, J. B. (2011). *Cuidado de enfermagem sistematizado à família da pessoa com transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Bleicher, T., Freire, J. C., & Sampaio, J. J. C. (2014). Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 527-543
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial*. Brasília: Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial.
- Brasil. (2005a). Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004c). *Legislação em Saúde Mental 1990-2004* (5ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Série Legislação de Saúde, 340p.
- Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de Graduação da Área da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
- Brasil. (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Brito, M. J. M., Montenegro, L. C., & Alves, M. (2010) Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerentes de hospitais privados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 1-9, set.-out.
- Brusamarello, T. (2011). *Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR.
- Camargo, R. M. P. (2011). *Transtornos gerais no Hospital Geral: percepções elaboradas por enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu.
- Camargo-Borges, C., & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 64-71.
- Campos, C. M. S., & Barros, S. (2000). Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(3), 271-276.
- Calgaro A., & Souza E. N. (2009). Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 476-83.
- Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2012). A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 219-26.
- Cavada, C. T. (2011). *Concepções de Reforma Psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.
- Chiavagatti, F. P. *Inovação organizacional na Rede de Atenção em Saúde Mental: um estudo avaliativo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.
- Coelho, E. D. A. C. (2005). Gênero, saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 345-8.

- Corradi-Webster, C. M., & Carvalho, A. M. P. (2011). Diálogos da psicologia com a enfermagem em tempos de transformações paradigmática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 974-80.
- Costa, R., Padilha, M. I., Amante, L. N., Costa, E., & Bock, L. F. (2009). O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enfermagem*, 18 (4), 661.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2001). As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Revista Saúde em Debate*, 25(58), 12-25.
- Courtine-Denamy, S. (2004). *O cuidado com o mundo – diálogo entre Hanna Arendt e alguns de seus contemporâneos*. Belo Horizonte: UFMG.
- Cruz, A. R. A. (2009). A questão do gênero no ensinar em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 17(1), 64-68.
- Davies, B., Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the theory of social behavior*, 20(1), 43-63.
- Delgado, P. G. G. (1991). *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Te Corá.
- Delgado, P. G. (2005). *O Ministério da Saúde e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde.
- Dumont, E. D. (2012). A “caixa preta” do cuidado: relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de enfermagem. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Eloia, S. C., Oliveira, E. N., Eloia, S. M. C., Lomeo, R. C., & Parente, J. R. F. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate* (Rio de Janeiro), 38(103), 996-1007, out.-dez.
- Fernandes, J. D. (1981). A enfermagem no contexto da saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 1, 7-23.

- Fernandes, J. D. (1982). *O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Foucault, M. (1994). *Doença mental e psicologia* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Furegato, A. R. F. (2009). Políticas de saúde mental do Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 258-259.
- Furlan, M. M., & Ribeiro, C. R. O. (2011). Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 390-396.
- Gergen, K. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1), 299-325.
- Garcia Jr., C. A. S., Furlan, F. C., Borges, V. R., & Pasini, V. L. (2011). Micropolítica em saúde mental: um processo histórico em uma instituição de saúde. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 161-169.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2013). A construção do cuidado no diálogo entre usuários e profissionais de saúde. *Saúde & Transformação Social*, 4(3), 43-51.
- Guimarães, A. N. *A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais da enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Guimarães, N. A., Hirata H. S., & Sugita, K. (2011). Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. *Sociologia & Antropologia*, 1(1), 151-180.

Gussi, M. A. (1987). *Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Hacking, I. (2001). *La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós. 398p.

Henriques, R. L. M., & Acioli, S. (2004). A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF/UERJ. Em: Pinheiro, R. & Mattos, R. (Org.). *Cuidado – fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

Ibáñez, T. (2004). O "giro lingüístico". In: Íñiguez, L. (Ed.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais* (pp. 19-49). Petrópolis, RJ: Vozes.

Íñiguez L. (Org.). (2005). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Jorge, M. A. S., França J. M. F., Monteiro, A. R. M., & Rocha, N. F. (2003). Organização da assistência psiquiátrica. Em: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em saúde mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Kalkman, M. F. (1967). The psychiatric nursing – historical development of the role. Em: *Psychiatric nursing* (3ª ed., pp. 3-11). New York: Mac-Graw-Hill.

Kantorski, L. P., Mielke, F. B., & Teixeira Júnior S. (2008). O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 6(1), 87-105.

Kantorski, L. P., Souza, J., Willrich, J. Q., Mielke, F. B., & Pinho, L. B. (2004). Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(3), 408-419.

Kempfer, S. S. (2012). *A temporalidade do ser-acadêmico-de-enfermagem na experiência do cuidado: uma interpretação em Heidegger*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

Lima, D. W. C., Silveira, L. C., Vieira, A. N., Cunha, B. M. C., Almeida, A. N. S., & Guerreiro, E. M. (2014). Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. *Escola Anna Nery*, 18(2), 336-342.

- Lima, E. J. B. (2011). O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. Em: Spink, M. J. P., Figueiredo, P., & Brasilino, J. (Org.). *Psicologia social e personalidade* (capítulo 7). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Lucchese R. (2007). A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 883-5.
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416.
- Mielke, F. B., & Kantorski, A. (2011). Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Escola Anna Nery*, 15(4), 762-768.
- Miyai, F. T., Barros, S., & Cortes, J. M. (2014). O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 94-101.
- Montenegro, T. (2001). *O cuidado e a formação moral na educação infantil*. São Paulo: EDUC/FAPESP.
- Nascimento, V. L. V., Tavanti, R. M., & Pereira C. C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. Em: Spink, M. J., Brigagão, J. I. M., Nascimento, V. L. V., & Cordeiro, M. P. (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (1ª ed., pp. 208-228). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Nasi, C., Cardoso, A. S. F., Schneider J. F., Olschowsky, A., & Wetzel, C. (2009). Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 139-146.
- Nightingale, F. (2010). *Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade*. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil.
- Oliveira, F. B., & Fortunato, M. L. (2003). Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 67-70.

- Oliveira, F. B., Silva, K. M. D., & Silva, J. C.C. (2009). Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (4), 692-9.
- Padilha, M. I. C. D. S., Vaghetti, H. H., & Brodersen, G. (2006). Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14(2), 292-300.
- Paixão, W. (1979). *História da enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Buccini.
- Pedrosa, C. H. (2006). *Cuidar? Sim; Olhar de Gênero? Não. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Pereira, W. R. (2000). *Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Pinheiro, S. M. A. (2011). *O cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Pires, D. (1989). *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil: 1500 a 1930* (156p). São Paulo: Cortez.
- Piscitelli, A. (2002). Recriando a (categoria) mulher?. Em: Algranti, L. (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero. Textos Didáticos* (Campinas), 48, 7-42
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discursive and Social Psychology. Beyond attitudes and behavior*. London: Sage.
- Rodrigues, J., Santos, S. M. A., & Spriccigo, J. S. (2012). Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 844-851.
- Sadigursky, D. (2002). A enfermeira na equipe transdisciplinar de saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 17(3), 45-53.

- Santo, T. B. E., Oguisso, T., & Fonseca, R. M. G. S. (2011). A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: uma análise de gênero. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1265-1271.
- Santos, B. S. (2006). *Um discurso sobre as ciências* (4ª ed.). São Paulo: Cortez, 2006.
- Santos, T. A. (2012). *O valor da força de trabalho da enfermeira*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Scott, J. (1991). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade* (Porto Alegre), 20(2), 71-99.
- Sell, C. T. (2012). *A enfermeira na Marinha do Brasil: a historiografia do corpo auxiliar feminino da reserva da marinha (1980-1997)*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Simões, J., & Amâncio, L. (2004). Gênero e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, problemas e práticas*, 44, 71-81.
- Silva, A. A. (2011). *O cuidado de si do/a profissional de enfermagem em saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS.
- Silva, T. T. (2006). A produção social da identidade e da diferença. Em: Silva, T. T. Silva (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais* (pp. 73-102). Petrópolis: Vozes.
- Soares, M. H. (2010). Recorte histórico da psiquiatria e do campo de enfermagem psiquiátrica brasileira. *Revista Nursing* (São Paulo), 12(141), 79-84.
- Souza, E. R. D. (2002). No coração da sala de aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais. *Cadernos Pagu*, 17(18), 379-387.
- Spink, M. J. (2004b). A produção de sentidos na perspectiva da linguagem em ação. Em: Spink, M. J. (Org.). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* (vol. 1, pp. 26-37). Porto Alegre: EDIPUCRS. Coleção Debates Contemporâneos em Psicologia Social.

- Spink, M. J. (2004c). As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano. Em: Spink, M. J. (Org.). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* (vol. 1, pp. 38-54). Porto Alegre: EDIPUCRS. Coleção Debates Contemporâneos em Psicologia Social.
- Spink, M. J. (2010). Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. Em: Pinheiro, R., & Silva Jr., A. G. (Org.), *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO.
- Spink, M. J. (2004a). O conhecimento como construção social. Em: Spink, M. J. (Org.). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 1-25). Porto Alegre: EDIPUCRS. Coleção Debates Contemporâneos em Psicologia Social.
- Spink, M. J., & Frezza, R. M. (2004). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. Em: Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3ª ed., pp. 1-25). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (1999). Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. Em: Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas* (pp. 22-41). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. Em: Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 41-61). São Paulo: Ed. Cortez.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. Em: Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-613). São Paulo: Cortez.
- Spink, P. Análise de documentos de domínio público. (1999). Em: Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 123-151). São Paulo: Cortez.
- Spink P., Ribeiro, M. A. T., Conejo, S. P., & Souza, E. (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. Em: Spink, M. J., Brigagão, J. I. M., Nascimento, V. L. V., & Cordeiro, M. P. (Org.). *A produção de*

informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas (1ª ed., pp. 208-228). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Stefanelli, M. C., Rolim, M. A., Teixeira, M. B., Barros, S., & Fukuda, I. M. K. (1994). Seminário Nacional de Enfermagem em Saúde Mental: relatório final. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (São Paulo), 28(3), 337-341.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Vedana, K. G. G., & Miasso, A. I. (2014). O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 670-678, jul.-ago.
- Villela, S. C., & Scatena, M. C. M. (2004). A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 738-41
- Waidman, M. A. P., Marcon, S. S., Pandini, A., Botura, J. B., & Paiano, M. (2012). Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta paulista de enfermagem*, 25(3), 346-351.
- Waldow, V. R. (1998). *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto.
- Welzer-Lang, D. (2006). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Estudos Feministas*, 9(s/n), 460-482.

Apêndices

APÊNDICE A – IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS: ARTIGOS, DISSERTAÇÕES E TESES

Quadro 1. Identificação e descrição dos documentos – Artigos, Dissertações e Teses.

Nº	TÍTULO	TEMA CENTRAL	AUTORIA	DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	DESCRITORES			
						Cuidado	Saúde mental	Enfermagem	Gênero
01	Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial	Avaliação do trabalho em CAPS	Lapischies, S. R. C., Jardim, V. M. R. e Kantorski, L. P.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2014		X	X	
02	Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental	Referenciais teóricos das práticas de enfermagem	Lima, D. W. C. et al.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2014	X	X	X	
03	Avaliação da política em saúde mental sob o viés da alteridade radical	Avaliação da política de saúde mental	Bleicher, T., Freire, J. C. e Sampaio, J. J. C.	Physis Revista de Saúde Coletiva	2014	X	X		
04	Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013)	Mapeamento avaliativo dos serviços de saúde mental	Dantas, C. de R. e Oda, A. M. G. R.	Physis Revista de Saúde Coletiva	2014		X	X	
05	Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa	A sobrecarga do cuidador de pessoas com transtorno mental	Eloia, S. C. et al.	Saúde Debate	2014	X	X	X	

06	Uso socializado de álcool por adolescentes ofensores: um enfoque fundamentado nas necessidades humanas	Enfermagem na discussão sobre a saúde mental do adolescente usuário de álcool	D'Andrea, G., Ventura, C. A. A. e Costa Júnior, M. L.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2014		X	X	
07	O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia	Terapêutica medicamentosa na esquizofrenia	Vedana. K. G. G. e Miasso, A. I.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2014	X	X	X	
08	O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica	Sobre o ensino de enfermagem em saúde mental	Miyai, F. T., Barros, S. e Cortes, J. M.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2013		X	X	
09	Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis	Mostrar a relevância de gênero na enfermagem	Egry, E. Y. et al.	Revista Brasileira de Enfermagem	2013			X	X
10	Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em Enfermagem	O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental	Rodrigues, J., Santos, S. M. A. e Spricigo, J. S.	Acta Paulista de Enfermagem	2012	X	X	X	
11	Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica	Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família	Waidman, M. A. P. et al.	Acta Paulista de Enfermagem	2012	X	X		
12	A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: uma análise de gênero	Profissionalização da enfermagem e gênero	Santo, T. B. E., Oguisso T. e Fonseca, R. M. G. S.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2011			X	X

13	Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar	O cuidar em enfermagem na internação psiquiátrica	Furlan, M. M. e Ribeiro, C. R. O.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2011	X	X		
14	Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica	O transtorno mental e a perspectiva dos familiares	Estevam, M. C. et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2011	X	X	X	
15	Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerente de hospitais privados	Poder, gênero e enfermeiras	Brito, M. J. M., Montenegro, L. C. e Alves, M.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2010			X	X
16	O cuidado de si do/a profissional de enfermagem em saúde mental	Cuidado, enfermeiros e saúde mental	Silva, A. A.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
17	Cuidado de enfermagem sistematizado à família de pessoa com transtorno mental no paradigma de desinstitucionalização	Família e o cuidado de uma pessoa com transtorno mental no atual modelo.	Bessa, J. B.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
18	Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária	Cuidado, enfermeiros e saúde mental	Brusamarello, T.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
19	O cuidado prestado pelo enfermeiro nos centros de referência em saúde mental de Belo Horizonte	Práticas do enfermeiro e os fundamentos teóricos e metodológico do cuidado.	Pinheiro, S. M. de A.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	

20	A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental	Violência sofrida pelo profissional na prática da enfermagem por pessoa com transtorno mental	Silva, A. G.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
21	Típico familiar da criança adolescente em sofrimento psíquico: possibilidades para o cuidado clínico de enfermagem.	O papel da família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico	Tavora, R. C. O.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
22	Concepções de reforma psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um centro de atenção psicossocial	Reflexão sobre as concepções dos profissionais de saúde com o fenômeno da loucura	Cavada, C. T.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
23	Cuidado em saúde mental no território social e familiar	Entendimento do fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental e da atenção básica	Pinto, D. M.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
24	A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem.	Como os profissionais de enfermagem vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial enfocado pela reforma psiquiátrica	Guimarães, A. N.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
25	Transtornos mentais no hospital geral: percepções elaboradas por enfermeiros	Percepções dos enfermeiros acerca dos transtornos mentais	Camargo, R. M. P.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	

26	O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil	Compreensão dos familiares em relação ao atendimento à crianças e adolescentes em saúde mental	Machineski, G. G.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
27	Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica	Atendimento Móvel de Urgência, intervém nas situações de crise em saúde mental	Almeida, A. B.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
28	Saberes, autonomia e Reflexividade do enfermeiro na humanização da assistência: a reconstrução das intenções formativas para o cuidar	Contribuições do currículo de Enfermagem e dos estágios curriculares	Silva, L. J. X. P.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
29	Cuidado em saúde mental no território social e familiar	Entendimento do fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental e da atenção básica	Pinto, D. M.	Dissertação Mestrado	2011	X	X	X	
30	Inovação organizacional na rede de atenção em saúde mental: um estudo avaliativo	A inovação da atenção em saúde mental	Chiavagatti, F. G.	Dissertação Mestrado	2011		X	X	
31	Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermagem da rede de atenção à saúde mental	Visão de enfermeiros que atuam nos serviços de atenção à saúde mental	Alves, K. R.	Dissertação Mestrado	2012		X	X	
32	A "caixa preta" do cuidado. Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de Enfermagem	O conceito de cuidado nos estudos feministas	Dumont, E.	Dissertação Mestrado	2012	X		X	X

33	A mulher enfermeira na marinha do Brasil: a historiografia do corpo auxiliar feminino da reserva da Marinha (1980 a 1997)	Os papéis desempenhados pelas enfermeiras do Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha	Sell, C. T.	Dissertação Mestrado	2012			X	X
34	O valor da força de trabalho da enfermeira	Como se conforma o valor da força de trabalho da enfermeira	Santos, T. A.	Dissertação Mestrado	2012			X	X
35	Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão	Trabalho de gestores no âmbito da atenção psicossocial	Braga, G. C.	Dissertação Mestrado	2012		X	X	
36	O ser-acadêmico-de-enfermagem: a experiência do cuidado e a temporalidade em Heidegger	A experiência do acadêmico de enfermagem no processo de ensino-aprendizagem	Kempfer, S. S.	Tese Doutorado	2012	X		X	

APÊNDICE B – SISTEMATIZAÇÃO DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Quadro 2. Sistematização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (IV CNSMI).

TÍTULO: IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial					
TEMA CENTRAL: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”					
AUTORIA: Sistema Único de Saúde e Conselho Nacional de Saúde					
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2010					
EIXOS	SUBEIXOS	DESCRITORES			
		Cuidado	Saúde mental	Enfermagem	Gênero
Eixo I - Políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersectoriais	Organização e consolidação da rede				
	Financiamento				
	Gestão do trabalho em saúde mental		X	X	
	Política de assistência farmacêutica				
	Participação social, formulação de políticas e controle social				
	Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental		X		
	Políticas sociais e gestão intersectorial	X	X	X	
	Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental		X	X	
	Reforma psiquiátrica, Reforma sanitária e o SUS	X	X	X	
Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais	Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado	X			
	Práticas clínicas no território		X		
	Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica		X		
	Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços	X			
	Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersectorial no território		X		
	Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde		X	X	
	Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersectoriais				
	Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a		X		

	atenção integral e intersetorialidade				
	Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental				X
Eixo III - Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial	Direitos humanos e cidadania				X
	Trabalho, geração de renda e economia solidária			X	
	Cultura e diversidade cultural				X
	Justiça e sistema de garantia de direitos				X
	Educação, inclusão e cidadania			X	
	Seguridade social: previdência, assistência social e saúde		X		
	Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental				
	Comunicação, informação e Relação com a Mídia				X
	Violência e saúde mental				

APÊNDICE C – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Quadro 3. Sistematização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

TÍTULO: Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem						
TEMA CENTRAL: Preconização da Formação Curricular das enfermeiras						
AUTORIA: Conselho Nacional de Educação						
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2001						
		Competências e Habilidades	DESCRITORES			
			Cuidado	Enfermagem	Saúde Mental	Gênero
COMPETÊNCIAS E HABILIDADES	Atenção à saúde	Os profissionais de saúde, em de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços nos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto individual como coletivo.	X	X		
	Tomada de decisões	O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, a eficácia e o custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para esse fim, eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.	X	X		

Comunicação	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.	X	X		
Liderança	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.	X	X		
Administração e gerenciamento	Os profissionais devem estar aptos a tomarem a iniciativa, fazer o gerenciamento e a administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.	X	X		
Educação permanente	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação em redes nacionais e internacionais.	X	X		

APÊNDICE D – FONTES UTILIZADAS NA PESQUISA

Quadro 4. Fontes utilizadas na pesquisa.

Fontes		Objetivos	DESCRITORES			
			Cuidado	Saúde mental	Enfermagem	Gênero
Pesquisa bibliográfica	Produções acadêmicas	Analisar os repertórios produzidos pela enfermagem sobre o cuidado às pessoas em sofrimento emocional na interface/intersecção com gênero.	X	X	X	X
Pesquisa documental	IV Conferência Nacional de Saúde Mental	Mapear as transformações discursivas sobre as políticas públicas em torno do cuidado em saúde mental na interface/intersecção com gênero.	X	X	X	
Pesquisa documental	Diretrizes Curriculares de Enfermagem	Compreender como está preconizada a formação curricular do/a enfermeiro/a e o sentido do cuidado em saúde mental e como se relaciona com gênero na interface/intersecção com gênero	X		X	

APÊNDICE F – MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS REPERTÓRIOS QUE ARTICULAM CUIDADO, SAÚDE MENTAL E
ENFERMAGEM

Mapa 2. Mapa de localização dos repertórios que articulam Cuidado, saúde mental e enfermagem.

Título do documento	Repertórios sobre o Cuidado, saúde mental e enfermagem
Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem.	p. 845 - [...] o cuidado de enfermagem, como objeto epistemológico dessa profissão não deve apenas acompanhar as mudanças históricas, sociais, políticas, econômicas e epistêmicas, mas, ser permanentemente pesquisado, analisado, refletido e problematizado para ser propositivo, em razão das decorrentes transformações nos serviços de saúde mental nas últimas décadas, na realidade brasileira.

APÊNDICE G –. MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS REPERTÓRIOS QUE ARTICULAM GÊNERO E ENFERMAGEM

Mapa 3. Mapa de localização dos repertórios que articulam Gênero e enfermagem.

Título do documento	Repertórios sobre Gênero e enfermagem

APÊNDICE H – SOBRE CUIDADO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM E SAÚDE MENTAL

Nº	Título do documento	Sobre o cuidado, saúde mental, enfermagem
01	Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial.	p. 8 - [...] o modelo de cuidado em liberdade não é hegemônico na atenção em saúde mental , coexistindo com o modelo manicomial.
02	Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental.	<p>p. 337 – [...] prática clínica centrada no sujeito e em suas necessidades de cuidado.</p> <p>p. 337 - [...] o cuidado em saúde mental ainda reproduz a atenção centrada na doença [...].</p> <p>p. 338 – [...] atividades voltadas para a dimensão dos cuidados com a higiene pessoal e ao uso correto da medicação [...].</p> <p>p. 338 - As noções de cuidado de enfermagem em saúde mental devem permitir o exercício de uma prática que vá além de uma responsabilização do profissional pelo sujeito que é cuidado. [...] seja articulado ao reconhecimento da singularidade da história de vida de cada sujeito.</p> <p>p. 339 - [...] as tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem possibilitam a emergência do sujeito através da expressão da subjetividade; os canais para esta emergência são a escuta da história de vida e as produções artísticas.</p> <p>p. 339 - Prevalece a lógica assistencial em que a atuação de outros profissionais na produção do cuidado em saúde mental é negligenciada, e são postos em ação, preferencialmente, mecanismos baseados na legitimidade do poder/intervenção médica.</p> <p>p. 339 - [...] o cuidado a partir das práticas alternativas em saúde. [...] terapia comunitária como tecnologia de cuidado e a arte terapia como intervenção em saúde mental.</p> <p>p. 340 - [...] o cuidado é produzido por meio da estratégia de grupos operativos em que os sujeitos envolvidos são estimulados a produzir algo a partir de sua existência singular [...].</p> <p>p. 340 – [...] cuidado integral e subjetivo do sujeito e suas necessidades de saúde.</p> <p>p. 337 - A atenção em saúde mental deveria ser organizada sob a forma de uma rede de cuidados integrando todos os serviços de saúde.</p> <p>p. 337 - Se o cuidado em saúde mental ainda reproduz a atenção centrada na</p>

		<p>doença, os propósitos da Reforma ainda não foram alcançados.</p> <p>p. 338 - As noções de cuidado de enfermagem em saúde mental devem permitir o exercício de uma prática que vá além de uma responsabilização do profissional pelo sujeito que é cuidado.</p> <p>p. 339 - Prevalece a lógica assistencial em que a atuação de outros profissionais na produção do cuidado em saúde mental é negligenciada, e são postos em ação, preferencialmente, mecanismos baseados na legitimidade do poder/intervenção médica.</p>
03	Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical.	p. 541 - O cuidado como escuta do outro, de suas necessidades e de suas potencialidades[...]
05	Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa.	<p>p. 997 - [...] pessoas com transtorno mental precisam de cuidados [...] reconhece-se a família como a principal provedora de cuidados.</p> <p>p. 1001 - [...] a inclusão da família no cuidado aos familiares com transtorno mental.</p> <p>p. 1003 - [...] os serviços de saúde mental precisam oferecer assistência à saúde que contemple cuidados [...]</p> <p>p. 1004 - Os profissionais devem ser capazes de suprir as necessidades das famílias e incluí-las no processo de cuidado.</p> <p>p. 1004 - [...] profissionais de saúde provedores de cuidado de forma dinâmica, que proporcionem medidas que interfiram em melhorias de qualidade de vida.</p>
07	O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia.	<p>p. 671 - [...] a família constitui espaço privilegiado para a prática do cuidado [...]</p> <p>676 - [...] recomendam-se estratégias de cuidado fundamentadas na realidade e subjetividade de cada cliente.</p>
08	O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica.	p. 99 - [...] cuidado abrangente, oferecendo à família do doente mental o apoio necessário, para que possa assumir o papel de agente de inclusão, permitindo a inserção na comunidade o qual pertence.
10	Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem.	<p>p. 845 - O ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental (CESM), com a mudança curricular, vem enfrentando o desafio de incluir a saúde mental na integralidade das ações em saúde, [...] o ensino do cuidado de enfermagem na perspectiva do paradigma psicossocial.</p> <p>p. 845 - o cuidado de enfermagem deve [...] ser permanentemente pesquisado, analisado, refletido e problematizado para ser propositivo, em razão das decorrentes transformações nos serviços de saúde mental nas últimas décadas, na realidade brasileira.</p> <p>p. 845 - [...] o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, que se apresenta nos Projetos Pedagógicos de Cursos – PPC e nos Planos de Ensino</p>

		<p>– PE, permite compreender [...] à realidade epidemiológica, sanitária e profissional, de forma a proporcionar a integralidade e interdisciplinaridade das ações do cuidar em enfermagem e em saúde.</p> <p>p. 847 - [...] os conceitos de cuidado encontrados nos PPCs estão apresentados em uma perspectiva de formação de enfermeiro generalista. O cuidado em saúde é tido como a dimensão da integralidade em saúde e permeia as práticas de saúde. [...] O cuidado envolve uma relação intersubjetiva que é desenvolvida em um tempo contínuo, envolvido por saberes profissionais e tecnologias, com espaços para negociação e inclusão do saber, necessidades e desejos do outro.</p> <p>p. 848 - [...] o cuidado em saúde mental [...] atrelado às psicopatologias.</p> <p>p. 849 - Os locais de prática do ensino devem visar a uma assistência integral, em nível de complexidade crescente, com integração ativa entre os sujeitos envolvidos no cuidado.</p> <p>p. 850 - [...] o planejamento do ensino do cuidado, com base nos aspectos epidemiológicos, requer uma relação entre o ensino e aprendizagem com um modelo de cuidado de enfermagem em saúde mental baseado em paradigmas, avaliado e coerente com a realidade local do SUS.</p> <p>p. 850 - o planejamento do ensino do cuidado, [...], requer uma relação entre o ensino e aprendizagem com um modelo de cuidado de enfermagem em saúde mental baseado em paradigmas, avaliado e coerente com a realidade local do SUS.</p>
11	Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica.	<p>p. 350 - [...] o cuidado [...] compreendido em um modelo de assistência integral, que considere também os aspectos psicossociais e espirituais do indivíduo, família e comunidade.</p> <p>p. 351 - [...] a família [...] incluída no cuidado e em atividades que visem à promoção da saúde, constituem instrumentos que devem ser considerados como ação substitutiva ao modelo tradicional, em que o cuidado era amparado apenas no tratamento da doença.</p> <p>p. 347 - [...] gradativamente, emergem novas estratégias que favorecem a participação coletiva, reconhecendo a importância da família na atenção à saúde mental e inserindo-a no projeto terapêutico, afim de melhorar a qualidade de vida, tanto para quem é cuidado como para quem cuida.</p> <p>p. 350 - Após o processo de desinstitucionalização, os serviços de saúde mental passaram a oferecer atenção aos familiares, compondo parcerias em uma nova forma de cuidado, utilizando, sobretudo as estratégias de grupo para possibilitar trocas de experiências, bem como orientação sobre como lidar e conviver com o paciente com transtorno mental.</p>

13	Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar.	<p>p. 393 - [...] cuidado [...] perpassa a condição existencial humana de ser cuidado, mas implica receber do outro (profissional) a atenção para o cuidar intencional.</p> <p>p. 393 - [...] o cuidar intencional que é valorizado enquanto profissão, moeda de troca (serviço prestado) e vai desenhando o seu modo singular de ocupar-se de cuidar, de cuidar de cuidar, modo que espelha o ser-cuidado que ele é, na existência.</p> <p>p. 393-94 - [...] o hospital psiquiátrico é sentido como cuidado, apesar do <i>modo impessoal de cuidar</i> irrefletido que ali se desenvolve por parte dos profissionais, basicamente os de enfermagem.</p> <p>p. 394 - É necessário distinguir o uso do cuidado ontológico do uso habitual biomédico, que tenta uma aproximação do cuidado com a doença. [...].</p> <p>p. 394 - Ontologicamente, cuidado é o modo de dar-se do ser, refletindo a mostração do ser; cuidado, no sentido heideggeriano não implica cuidar do doente, mas cuidar de ser si mesmo e cuidar do outro que poderá não estar enfermo. O cuidado – na perspectiva ontológica – não pode ser comparado ao tratamento ou tarefas de cuidado especializadas tecnologicamente (ou seja, o cuidado ôntico, imediato). Cuidar do sujeito doente em uma ocasião delimitada constitui um modo de ocupação do homem com o outro que está doente, contemplando a condição imediata da doença.</p> <p>p. 394 - Cabe ao homem o cuidado com o outro por todo o seu existir e particularmente esta é tarefa dos profissionais da área da saúde, sobretudo no âmbito da enfermagem, o que supõe um desdobramento do cuidado ontológico.</p> <p>p. 394 - O cuidado ôntico retrata uma tentativa de pensar a aplicação do cuidado: aplicar o cuidado a uma situação (clínica) diz do modo de ocupar-se do homem, que ele próprio é o cuidado, ocupando-se de cuidar do outro.</p> <p>p. 394 - [...] cuidado a que se referem na internação contempla o psicofármaco, pilar do tratamento psiquiátrico [...].</p> <p>p. 395 - cuidado impessoal o modo de se mostrar do ser aí (o profissional de enfermagem), cuidando profissionalmente do outro.</p> <p>p. 395 - o hospital psiquiátrico é conduzido sob o cuidado impessoal [...].</p>
----	--	--

14	Convivendo com o transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica.	<p>p. 680 - [...] a família é vista não só como grande aliada, mas também como necessitada de cuidado por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>p. 681 - [...] a mulher mostrou-se como cuidadora, o que demonstra estar o cuidado ligado às tarefas domésticas e ao cuidado às pessoas doentes.</p> <p>p. 685-6 - [...] é necessário que o cuidador seja foco de atenção dos profissionais do serviço de saúde [...]</p> <p>p. 686 - O cuidado ao paciente portador de transtorno mental e a sua família requer um urgente posicionamento de todos os segmentos da sociedade [...]</p> <p>p. 684 - [...] a Unidade Básica de Saúde, embora devesse ser, para o usuário, a porta de entrada para o sistema de saúde, não conta com profissionais capacitados para atender à especificidade do cuidado nessa área e por essa razão a saúde mental no PSF é ainda um grande desafio.</p>
16	O cuidado de si do/a profissional de enfermagem em saúde mental.	<p>p. 10 - [...] apesar de o cuidado ser o instrumento essencial na enfermagem, ainda não se tem claro o que seja cuidado, suas características e seus objetivos.</p> <p>p. 11 - A enfermagem em saúde mental encontra-se num período de transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visa à contenção do comportamento do doente mental e a nova prática com incorporação de princípios novos, buscando a superação dos procedimentos disciplinares e punitivos de nossas ações</p> <p>p. 13 - o cuidado de si faz parte da vida dos seres humanos [...] cuidado com o processo de ser e viver no mundo. [...] o processo de cuidar de si e do outro sofre influência da formação pautada no modelo biomédico;</p> <p>p. 13 - A enfermagem envolve-se no cuidado do outro de maneira deslocada de si mesma, como se fosse possível exercer o cuidado de forma neutra [...]</p> <p>p. 15 - A palavra cuidado deriva do latim cura. Significava, portanto, uma atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pelo ser humano que é amado ou por um objeto de estimação. A palavra “cuidado” também tem o sentido de cogitare-cogitatus, ou seja, cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação</p> <p>p. 16 - O cuidado às pessoas tem sido apontado como objeto epistemológico da enfermagem e é compreendido como um cuidado que rompe com a fragmentação corpo/mente. [...] o cuidado tem sido considerado como uma das</p>

		<p>artes mais antigas desenvolvidas pela humanidade. Essa afirmativa pode ser observada com o cuidado das mães aos filhos, cuidados estes designados à mulher, como primeira cuidadora. No entanto, à medida que o tempo transcorreu, o conhecimento sobre o cuidar foi se modificando até chegar a um cuidado profissional</p> <p>p. 17 - Com o advento das teorias de Enfermagem, nos anos de 1950, Leininger, seguida de Watson revelam o cuidado voltado para a valorização do ser humano no que diz respeito à sua cultura, bem como às suas práticas populares de cuidar. Com Watson, desenvolveu-se a necessidade de a equipe de enfermagem observar as necessidades espirituais e transcendentais no cuidado e, com isso, o cuidar torna-se transpessoal</p> <p>p. 17 - Os conceitos e maneiras de abordar o cuidado acontecem, em parte, graças às teorias de Enfermagem, e diversas vezes estão associados às ações de trabalho que o enfermeiro necessita realizar, ou seja, o assistir, ficando o cuidado na sua maneira real de ser interpretado</p> <p>p. 18 - [...] as características do cuidado realizado ao outro (dedicação, confiança, paciência, humildade, sinceridade) se aplicam ao cuidado de si.</p> <p>p. 18 - Ao relacionar o cuidado de si com o cuidado do outro, diz-se que a relação do cuidado assume a possibilidade de cuidar de si ao cuidar do outro, na qual o profissional de enfermagem se desenvolve e, consequentemente, contribui para que o outro se desenvolva também [...] o cuidado como o cuidado humano não pode ser prescrito, pois ele necessita ser sentido, vivido, experienciado.</p> <p>p. 20 - o profissional de enfermagem cuidador, requer cuidados em todas as suas dimensões, para poder oferecer a mesma forma de cuidado ao outro. O profissional que percebe a sua responsabilidade em cuidar de si e cuidar do outro revela uma riqueza de valores humanos</p> <p>p. 21 - O cuidar de si é fundamental para cuidar do outro e é necessário ter condições adequadas de trabalho, para que o cuidar/cuidado se intensifique</p> <p>p. 22 - [...] cuidado [...] reflete não somente o cuidado com o outro, mas também o cuidado ambiental, sociocultural e o cuidado de si</p>
17	Cuidado de enfermagem sistematizado à família de pessoa com transtorno mental no paradigma de desinstitucionalização.	<p>p. 20 - [...] a família recebeu o papel de protagonista no cuidado da pessoa com transtorno mental</p> <p>p. 21 - [...] além de cuidar da pessoa com transtorno mental, deve-se oferecer um cuidado a toda a família</p> <p>p. 21 - [...] os profissionais de enfermagem, na maioria das vezes, não se sentem preparados para atuar no cuidado em saúde mental no modelo de atenção</p>

		<p>holística.</p> <p>p. 34 - A partir da reforma psiquiátrica [...] há um deslocamento das práticas psiquiátricas clássicas para práticas de cuidado realizadas na comunidade, e mais especificamente na família</p> <p>p. 34 - Com a desinstitucionalização, cabe à família compartilhar com os serviços de saúde mental o cuidado à pessoa com transtorno mental.</p> <p>p. 36 - A Enfermagem tem no cuidado o seu foco central de ação. [...] o cuidado de enfermagem implica em auxiliar as pessoas na busca por um caminho que lhes dê o sentido do cuidado de si através da compreensão de que a vida é repleta de sentidos, e que, a partir dessa compreensão, essas pessoas possam assumir a concepção holística de ser-no-mundo-com-o-mundo, cuidando e se cuidando.</p> <p>p. 36 - Os enfermeiros, em sua grande maioria, apresentam embasamento sobre o cuidado, [...]. Existe a revelação do cuidado técnico, centrado no modelo biomédico, no entanto o cuidado dentro de uma perspectiva ontológica está presente a partir da valorização do outro, na sua integralidade e unicidade. Essa valorização fica evidente quando observamos que outros aspectos do cuidado, tais como o zelo, a comunicação, o toque, a humanização, a atenção e o carinho, possuem o mesmo valor no desempenho do cuidado.</p> <p>p. 36 - [...] o cuidado é entendido como o modo de ser essencial, ou seja, é uma maneira de o próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer. O cuidado faz parte da constituição do ser humano, pois o modo de ser cuidado o revela. Sem o cuidado ele deixa de ser humano.</p> <p>p. 37 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.</p> <p>p. 38 - A Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE) é um modelo para operacionalização do cuidado de enfermagem que deve ser seguido em todos os tipos de serviços de saúde.</p>
18	Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária.	<p>p. 17 - O cuidado respaldado pelas atuais políticas públicas de saúde mental encontra a educação em saúde como um dos instrumentos essenciais para a prática do enfermeiro junto à pessoa com transtorno mental e seus familiares.</p> <p>p. 20 - [...] no cuidado à saúde é necessário valorizar a dimensão social e subjetiva do ser humano e não apenas a dimensão biológica.</p>

		<p>p. 22 -[...] substituir o cuidado em saúde mental centrado no hospital por um atendimento sustentado em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou 'territorial', envolve a inclusão de instituições, associações, escolas, cooperativas e outros espaços comunitários.</p> <p>p. 30 - O cuidado realizado nos CAPS deve ser diferenciado, construído cotidianamente por meio das relações concretas entre trabalhadores e usuários. Este cuidado exige mais que o domínio de técnicas; são requisitadas aos profissionais competência e coragem de ajudar o outro a se perceber de maneira diferente daquela que os outros dizem que ele tem que ser.</p> <p>p. 41 - Ao realizar o cuidado psicossocial, o profissional de saúde pode auxiliar na transformação da pessoa com transtorno mental e seus familiares [...]</p> <p>p. 44 - O cuidado em enfermagem se faz da possibilidade de encontros, e não há encontros se não houver disponibilidade e abertura para o outro.</p> <p>p. 46 - o cuidado da enfermagem em saúde mental, [...] a sua qualidade deve estar em consonância com a ética e a prática social libertadora da Reforma Psiquiátrica. [...] o enfermeiro precisa conhecer a necessidade do indivíduo para, a partir dela, promover o cuidado.</p>
19	O cuidado prestado pelo enfermeiro nos centros de referência em saúde mental de Belo Horizonte.	<p>p. 16 - o cuidado na Saúde Mental redireciona-se e passa a ser compreendido como uma atitude de envolvimento do profissional cuidador para com o outro, assumindo uma postura acolhedora, respeitando a singularidade.</p> <p>p. 18 - o novo contexto da reforma psiquiátrica e as novas abordagens esperam-se que o cuidado prestado pelo enfermeiro seja sustentado em saberes e fazeres que conformem a base tecnológica do cuidado em saúde mental.</p> <p>p. 20 - A operacionalização do cuidado em saúde mental torna-se um desafio para o enfermeiro que tem uma formação historicamente direcionada ao cuidado do corpo na dimensão biológica, e uma prática administrativa burocrática, distanciada do usuário.</p> <p>p. 23 - O conceito de cuidado vem sendo construído e reconstruído na prática do enfermeiro em saúde mental em consonância com a própria história da loucura.</p> <p>p. 25 - o cuidado de enfermagem foi marcado pela moral pineliana e consistia em cuidar dos corpos, higienizando-os em obediência ao mandato social médico</p> <p>p. 28 - o cuidado direcionado a pessoa com transtorno mental deve considerar as dimensões da vida do indivíduo nos diversos âmbitos de intervenção pela via da educação, assistência e reabilitação</p> <p>p. 32 - na década de 1950 surgem nos Estados Unidos as primeiras teorias sobre as práticas de enfermagem. Esse conhecimento direcionou-se a clarificar</p>

		<p>o objeto de trabalho do enfermeiro e do seu fazer, que até então apresentava indefinições. [...] essas teorias definiram o cuidado ao usuário em todas as dimensões: o cuidado físico, psicológico, a reabilitação social e o cuidado relativo às práticas educativas na saúde. Nota-se, assim, que o cuidado foi identificado no início da prática do enfermeiro como razão de ser, o valor social e econômico da profissão, acompanhando-a e apresentando várias possibilidades de execução.</p> <p>p. 34 - o cuidado do enfermeiro foi marcado pelo distanciamento do usuário e pela ausência de qualquer relação terapêutica, consistindo em um exercício de garantir a ordem, a norma, o disciplinamento dos espaços e a “docilização” dos corpos.</p> <p>p. 35 - a enfermagem psiquiátrica desenvolveu o cuidado terapêutico no Brasil após o surgimento do primeiro neuroléptico de uso clínico, a clorpromazina, cujo efeito sedativo permitiu que a enfermagem se aproximasse da pessoa com transtorno mental.</p> <p>p. 36 - até a década de 1990 ainda permaneceu o discurso da enfermagem psiquiátrica centrada no modelo biológico e as ações restringiam-se a executar os cuidados básicos de higienização, alimentação, administração de medicamentos e controle do comportamento do usuário.</p> <p>p. 62 - A especificidade do enfermeiro, [...] está sustentado em três dimensões: o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva e as ações gerenciais direcionadas para o cuidado. O cuidado do usuário é um núcleo da dimensão cuidadora comum a qualquer abordagem de saúde.</p> <p>p. 63 - todo operador do cuidado produz acolhimento, responsabilização e vínculo e, é um interlocutor das relações com os diversos núcleos de saberes profissionais que compõem a equipe interdisciplinar.</p> <p>p. 73 - No novo contexto, os aspectos biológicos compõem o cuidado na sua integralidade, no qual o enfermeiro assume a ação, avalia, prescreve, orienta, acompanha e, por vezes, executa – estabelece relações.</p>
20	A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental.	<p>p. 16 - os preconceitos da equipe de enfermagem relativos à pessoa com transtorno mental influenciam, direta ou indiretamente, no cuidado que esse indivíduo recebe.</p> <p>p. 19 - A abordagem no cuidado à pessoa com transtorno mental [...] deve ocorrer, [...] com o uso da comunicação terapêutica [...] é possível realizar um cuidado que alcance o ser humano em todas as suas dimensões, como ser dotado de vontades, valores e cultura própria.</p> <p>p. 19 - quem primeiro mantém contato com esse paciente é a equipe de</p>

		<p>enfermagem, devido à especificidade do trabalho da enfermagem, a de prestar cuidado e, também, porque se mantém em contato com o paciente por um tempo maior que os demais profissionais da saúde.</p> <p>p. 55 - Na relação de cuidado, encontra-se o processo de comunicação, um instrumento elementar para a enfermagem no desempenho de suas atividades com o paciente.</p> <p>p. 55 - Com o passar do tempo, evoluções foram percebidas na relação de cuidado entre enfermeiro e paciente, que passou de monóloga à dialógica e, assim, a contar mais com a participação do paciente em seu cuidado como forma de empoderá-lo nesse processo.</p> <p>p. 55 - O cuidado, direcionado a cada indivíduo, respeitando suas especificidades, [...].</p> <p>p. 71 – [...] cuidado de enfermagem que promova [...] segurança e assegure um tratamento eficaz.</p> <p>p. 72 - O cuidado em saúde mental, dispensado pelo enfermeiro ao paciente, deve ser dotado de valorização do corpo, sobretudo da mente. Dessa forma, é imprescindível ouvir o que o outro tem a dizer, para que esse cuidado se torne efetivo.</p> <p>p. 72 - A prática do cuidado exige sensibilidade, prontidão para escuta e empatia de quem oferece cuidado ao paciente.</p>
21	Típico familiar da criança adolescente em sofrimento psíquico: possibilidades para o cuidado clínico de enfermagem.	<p>p. 9 - Ao considerar que o cuidado é sempre direcionado para algo ou para alguém, [...] a maneira como se pensa o cuidar tem ligação direta com as maneiras como o mesmo é executado.</p> <p>p. 13 - [...] a família é responsável pelo cuidado de seus membros em sofrimento psíquico [...].</p> <p>p. 14 - O cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ocorre também em um contexto de dependência e preconceito [...]</p> <p>p. 17 - [...] exclusividade no cuidado, muitas vezes, é destinada apenas à mãe [...]</p> <p>p. 23 - [...] o cuidado de enfermagem à família pode ser efetivado, como na diminuição das angústias vividas por várias famílias que convivem com o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes.</p> <p>p. 29 - a valorização do cuidado somente acontecerá em um movimento, primeiro individual, do enfermeiro, tomando-o de forma ética e moral, no exercício de sua profissão, e, então, ressignificando o cuidar de forma coletiva. [...] o cuidado é um processo evolutivo, no qual o enfermeiro deve estar atento às mudanças para constante aprimorização do fazer.</p>

22	Concepções de reforma psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um centro de atenção psicossocial.	<p>p. 8 - [...] a concepção sobre a reforma psiquiátrica está relacionada ao rompimento do isolamento como forma de cuidado da loucura e transformação da prática. A reestruturação dos conceitos torna-se importante para a construção de novas formas de cuidar, e o cuidado em liberdade exige este movimento do profissional, esse desprendimento de estigmas e preconceitos.</p> <p>p. 31 - na medida em que se deixa de ocupar da doença e centraliza-se o foco nos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar somente a aplicação de terapias, de prescrição de medicamento, para tornar-se um ocupar no cotidiano do espaço, do tempo, do trabalho, do lazer, do ócio, da casa, do prazer, do sair, do construir um projeto, uma atividade, entre outros.</p> <p>p. 60 - [...] houve também a mudança da concepção de cuidado que vê na pessoa em sofrimento psíquico um sujeito com voz e escolha como parte das estratégias de enfrentamento da Reforma Psiquiátrica.</p> <p>p. 60 - O cuidado em liberdade na saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica, pressupõe uma nova maneira de tratar a loucura no seio social.</p> <p>p. 61 - O compromisso do cuidado mobiliza o cuidador no sentido de uma responsabilização para com a promoção da pessoa, respeitando e promovendo a sua autonomia, cidadania, dignidade e saúde.</p> <p>p. 63 - No contexto da discussão do cuidado, é urgente a desconstrução do manicômio (o manicômio mental) aquele que é silencioso, mas que destrói essas novas formas de pensar</p>
23	Cuidado em saúde mental no território social e familiar.	<p>p. 15-16 - pensar a integralidade do cuidado requer repensar uma nova maneira de se fazer clínica, na qual se inclui, além da doença, a pessoa no seu contexto sócio, econômico, familiar e cultural.</p> <p>p. 16 - a integralidade do cuidado será alcançada quando for construída uma rede de saúde que interconecte os serviços de saúde (rede formal) com as redes sociais (informais) dos usuários.</p> <p>p. 17 - [...] a família desempenha um papel importante na provisão de cuidados para seus membros. [...] Uma grande parte do cuidado acontece no lar. [...] o cuidado familiar constitui o fundamento do cuidado comunitário.</p> <p>p. 17 - As orientações e os cuidados prescritos pelos trabalhadores de saúde se misturam com as do grupo familiar e social. O tratamento depende do envolvimento de toda essa rede de cuidados.</p> <p>p. 21 - [...]o cuidado comunitário pode oferecer uma ampla gama de respostas dentro de um continuum formal - informal de divisão do trabalho assistencial.</p> <p>p. 31 - para o Ministério da Saúde a atenção em saúde mental deve ser desenvolvida dentro de uma rede articulada de cuidados, que articule níveis</p>

		<p>intersectoriais de atenção.</p> <p>p. 29 - as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem a (re) formulação do cuidado em saúde mental – um cuidado integral.</p> <p>p. 29 - a reforma psiquiátrica não pode ir adiante com seus inovadores propósitos se a atenção a saúde mental fica restrita apenas aos serviços especializados em saúde mental, logo não é o bastante empenhar-se somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência da rede de saúde.</p>
24	A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem.	<p>p. 65 - As atividades assistenciais desempenhadas pelos trabalhadores da enfermagem se caracterizavam principalmente pela vigilância, observação, controle do comportamento dos pacientes e cuidados de controle de sinais vitais, higiene e alimentação.</p> <p>p. 105 - [...] existe um cuidado que deve fazer parte de todos os momentos da prática na enfermagem em saúde mental traduzido pelo diálogo, pela presença com interesse pelo que o paciente sente, pensa e como ele pretende agir na solução ou enfrentamento de seus problemas.</p> <p>p. 106 - A família deve ser considerada unidade cuidadora e de cuidado, um espaço social em que seus componentes interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções.</p> <p>p. 115 - O hospital deixou de ser o centro da gravidade, em torno do qual gira tudo e a oferta que predomina é a de cuidados extra-hospitalares.</p> <p>p. 105 - existe um cuidado que deve fazer parte de todos os momentos da prática na enfermagem em saúde mental traduzido pelo diálogo, pela presença com interesse pelo que o paciente sente, pensa e como ele pretende agir na solução ou enfrentamento de seus problemas.</p>
25	Transtornos mentais no hospital geral: percepções elaboradas por enfermeiros.	<p>p. 24 - [...] o enfermeiro exerce, dentro de sua equipe, um papel importante de coordenação, que visa organizar e estimular a equipe no cuidado de um paciente diferenciado, em sofrimento psíquico.</p> <p>p. 25 - o papel da enfermagem é bem definido, realizando cuidados de higiene, alimentação, medicações, contenção e vigilância, utilizando minoritariamente, conceitos relativos à comunicação terapêutica e que derivam o cuidado ampliado.</p> <p>p. 28 - o profissional necessita realizar uma escuta atenciosa e ampliada,</p>

	<p>acreditando que a pessoa que busca pelo cuidado em saúde, pode ter algumas outras necessidades e não apenas o mal-estar físico.</p> <p>p. 29 - Todo processo de trabalho em saúde produz atos de saúde, que visam a produção do cuidado.</p> <p>p. 30 - A produção do cuidado diz respeito a responsabilizar-se diante de uma intervenção, que, mesmo tendo caráter tutelar, pode e deve estimular a autonomia do usuário, no modo deste caminhar sua vida.</p> <p>p. 30 - o trabalho em saúde envolve, além de tecnologias “materiais”, a relação entre as pessoas que se propõem a cuidar e aquelas que necessitam do cuidado.</p> <p>p. 31 - a profissão da enfermagem tem como foco o cuidado; não o cuidado da doença, mas do doente, o que torna imprescindível uma maior aproximação com ele.</p> <p>p. 34 - a mudança de olhar sobre o cuidado solicita abrangência maior. O cuidado necessita ser destinado a alguém que se relaciona, que precisa do outro para existir e que, com isso, transforma-se e transforma o outro.</p> <p>p. 39 - Um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) é a universalidade: todos os cidadãos têm o mesmo direito de acesso aos cuidados de saúde, que significa o atendimento ao alcance de todos, sem distinção ou restrição de qualquer tipo.</p> <p>p. 40 - [...] o cuidado é dicotomizado, a pessoa não é mais percebida de forma integral, considerada em sua subjetividade, prevalecendo o imaginário de um paciente que deveria se portar como “os outros”.</p> <p>p. 65 -[...] enfermagem, em termos assistenciais, tem mostrado sua vocação em torno do cuidado do doente e não da doença [...]</p> <p>p. 66 - A influência do modelo biomédico e a necessidade de a enfermagem firmar-se como ciência podem ser fatores que tenham distanciado esta profissão do cuidado e da reabilitação das pessoas doentes.</p> <p>67 - A deficiência no conhecimento culmina por trazer também uma deficiência durante a realização do cuidado à pessoa portadora de transtorno mental, [...].</p> <p>74 - Vivemos um momento contemporâneo no campo da saúde, onde a questão de “humanização” requer uma reconceitualização, que seria: recuperar o humano no cuidado ao humano.</p> <p>p. 81 - [...] o cuidado em enfermagem pode ser concebido como um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário e população, não apenas durante uma situação de doença, mas durante todos os processos vitais do ser humano (o nascer, crescer, trabalhar, reproduzir-se e envelhecer).</p>
--	--

		<p>p. 88 - [...] modelos capazes de desconstruir a dicotomia no cuidado é necessária a construção de um novo modelo [...] cuidado, como formas de atingir a rede de subjetividades que cerca o cuidado em saúde e os sujeitos deste cuidado (trabalhadores e usuários).</p> <p>p. 89 - O cuidado direto – tarefa primária da enfermagem – vincula o profissional ao controle do contexto da prática, agregando ambientes, ações e relações e mediando os poderes intrínsecos a essa prática [...] a cultura profissional é perpetuada neste modelo, dificultando a construção de novas práticas para o cuidado em saúde.</p>
26	O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil.	<p>p. 127 - O cuidado em saúde mental passou por transformações significativas a partir da Reforma Psiquiátrica, que redirecionou o modelo de atenção asilar para o psicossocial, o qual tem como propósito compreender o processo saúde-doença a partir da determinação psíquica e sociocultural, considerando os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos, e horizontalizar as ações a fim de organizar as relações interinstitucionais.</p> <p>p. 131 - a família como unidade primária cuidadora de seus membros e, portanto, fonte de informações importantes para o projeto terapêutico singular do usuário, além de ser também objeto de cuidado em saúde mental, pois necessita de orientações acerca do processo de saúde e doença mental, bem como do tratamento oferecido aos usuários do serviço.</p> <p>p. 131 - os profissionais de enfermagem em saúde mental podem proporcionar tal apoio e tornar os familiares sujeitos de cuidado [...] o enfermeiro também pode instituir um cuidado de prevenção em saúde mental voltado para os familiares dos usuários do serviço.</p>
27	Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica.	<p>p. 21 - [...] cuidado humanizado e composto por diversos elementos que compõem a vida dos sujeitos, como o trabalho, a família, a cultura, entre outros. Para isso as ações devem ser prioritariamente complexas e constituídas a partir do empoderamento do sujeito no seu processo de cuidado.</p> <p>p. 23 - a reforma é uma proposta de mudança paradigmática na forma de olhar a loucura e de transformação do processo de cuidado, tendo como foco o sujeito e sua complexidade.</p> <p>p. 23 - A Reforma Psiquiátrica não prevê apenas transferir o cuidado de um espaço para outro, mas romper com um paradigma centrado na doença, no hospital e na desconstrução da identidade dos sujeitos.</p> <p>p. 39 [...] - o ato de repensar [...] os cuidados, a importância do diálogo como primeira intervenção junto à pessoa que necessita de atendimento [...].</p> <p>p. 42 - A constituição de um trabalho em rede se faz importante para conseguir</p>

		<p>uma maior amplitude nas ações de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico.</p> <p>p. 42 - Entendendo a loucura como fenômeno complexo, as ações de cuidado necessitam de intervenções complexas.</p> <p>p. 47 - Se o modelo/paradigma asilar coloca a doença no centro do cuidado, o modelo psicossocial privilegia o sujeito e suas formas de expressão.</p> <p>p. 48 - [...] é necessária a mudança na forma de trabalho, ou seja, a interdisciplinaridade, possibilitando a diversidade de estratégias de cuidado que preservem os aspectos singulares dos sujeitos, desde o momento da continência em uma crise até a apropriação familiar e social.</p> <p>p. 75 - [...] cuidado como uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para essa finalidade.</p> <p>p. 75 - Na busca de uma estratégia objetiva de cuidado, a supervalorização dos psicofármacos e de contenções se torna, muitas vezes, a única saída para as intervenções. Com isso, as equipes acabam potencializando exclusivamente o modelo de cuidado da psiquiatria clássica.</p> <p>p. 24 - A constituição de uma nova forma de cuidado baseada na atenção psicossocial considera necessário inventar novas práticas em saúde mental e tem como objetivo buscar formas de atuação que impliquem a percepção do sujeito em sofrimento como um ser individual, complexo e entrelaçado por uma rede familiar e social, assim possibilitando a produção de novos territórios existenciais através da relação cotidiana e da transformação do imaginário social relacionado à loucura.</p>
28	Saberes, autonomia e reflexividade do enfermeiro na humanização da assistência: a reconstrução das intenções formativas para o cuidar.	<p>p. 29 - [...] a enfermagem como uma profissão cuja essência está no cuidado ao ser humano, , de forma holística e na amplitude do conceito de saúde que envolve aspectos biológico-psico-sociais, de trabalho e cultura [...].</p> <p>p. 33 - [...] humanizar o cuidado representa a maneira como ocorrem às relações humanas, esta prática envolve o ouvir o que o outro tem a dizer, considerar os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência.</p>
30	Inovação organizacional na rede de atenção em saúde mental: um estudo avaliativo.	<p>p. 34 - [...] a produção do cuidado passa a ser motivada por um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção do seu projeto terapêutico tendo como base a produção de subjetividade.</p> <p>p. 15 - à atenção em saúde mental, esta tem passado por transformações importantes não somente em relação às práticas de cuidado, mas também às formas de perceber o usuário.</p> <p>p. 17 - A política de saúde mental implementada pelo SUS é uma política</p>

		<p>substitutiva, baseada na desinstitucionalização.</p> <p>p. 18 - A estruturação de uma rede de atenção em saúde mental, substitutiva ao hospital psiquiátrico, é percebida como um meio de promover, ao indivíduo portador de transtorno mental, possibilidades de cuidado, de escolhas, de trocas e, principalmente, de liberdade.</p> <p>p. 33 - A concepção de território como o setting de cuidado é fundamental na construção do cenário estratégico da atenção em saúde mental.</p> <p>p. 34 - O contexto, da Reforma Psiquiátrica, possibilitou a construção de novos arranjos e novas posturas gerenciais estratégicas para a atenção em saúde mental, na qual a produção do cuidado passa a ser motivada por um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção do seu projeto terapêutico tendo como base a produção de subjetividade.</p> <p>p. 57 - A política de saúde mental vem sendo operacionalizada em consonância com a legislação vigente, organizando-se através de uma rede de cuidados, articulando os três níveis de atenção: a atenção primária em Unidades Básicas de Saúde, serviços especializados e atendimento hospitalar com leitos psiquiátricos em hospitais gerais conveniados.</p> <p>p. 62 - A apreensão de que o campo da saúde mental é transversal a várias outras políticas sociais o deixa complexo, plural e multidimensional exigindo a diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão e construção de estratégias inovadoras e intersectoriais de cuidado.</p>
31	Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermagem da rede de atenção à saúde mental.	<p>p. 11 - O cuidado não demanda procedimentos com alta densidade tecnológica para ser implementado, [...] é atravessado, [...] pela relação humana e pela concepção do paciente como sujeito possuidor de subjetividade, história, cultura, vivências e não como mero objeto.</p> <p>p. 33 - cuidado é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, envolve mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. [...] o cuidado [...] ultrapassam os muros dos serviços e somente são possíveis se incorporarem as noções de território e rede, que vão inserir conceitos importantes como as dimensões sociais e políticas da cidade.</p> <p>p. 34 - são necessárias transformações no fazer dos trabalhadores que lidam com saúde mental em seu cotidiano de forma que seja implementado um modo de atuar [...] que envolve, além de cuidados, as relações.</p> <p>p. 36 - Os enfermeiros têm papel preponderante no contexto da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, precisam estar implicados com o movimento</p>

		<p>Antimanicomial, a fim de imprimir no cuidado cotidiano as mudanças de paradigma contidas no modelo psicossocial.</p> <p>p. 37 - A Enfermagem necessitou mudar o paradigma e, conseqüentemente, a forma como desenvolvia o cuidado em saúde mental [...] passou da vigilância, do controle e da disciplina para a necessidade de se aproximar e de se envolver com aquele que constituía a representação social da agressividade, da periculosidade e da alienação mental.</p> <p>p. 39 - O cuidado prestado deve estar embasado no relacionamento humano [...].</p> <p>p. 41 - [...] na implementação do cuidado, considerar a co-participação do usuário.</p> <p>p. 55 - O cuidado, na lógica da integralidade, é amplo e acolhedor, baseado no estabelecimento de vínculos e na corresponsabilização frente às necessidades de saúde [...].</p> <p>p. 66 - [...] a Enfermagem surgiu no cuidado domiciliar e consolidou-se através do tempo como uma profissão capaz de apreender o sensível, de compreender, respeitar e oferecer ajuda e acolhimento, sobretudo devido à grande presença do feminino como força de trabalho.</p> <p>p. 37 - A Enfermagem necessitou mudar o paradigma e, conseqüentemente, a forma como desenvolvia o cuidado em saúde mental, ou seja, passou da vigilância, do controle e da disciplina para a necessidade de se aproximar e de se envolver com aquele que constituía a representação social da agressividade, da periculosidade e da alienação mental.</p>
32	A "caixa preta" do cuidado. Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de Enfermagem.	<p>p. 12 - [...] o cuidado nos estudos feministas, passa a se dar não somente na perspectiva da mercantilização e exploração das mulheres, mas também na perspectiva de valorização das atividades majoritariamente desenvolvidas por mulheres. As organizações de mulheres passaram a dizer à sociedade que o cuidado precisa ser distribuído entre as pessoas: todos precisam de cuidados, todos precisam cuidar, mas também precisa ser valorizado. [...] o cuidado, analisado numa perspectiva feminista, é visto como uma ética das mulheres, privilegiando as suas atividades, fazendo que com estas deixem de ser vistas como resultado de "falta de" pensamentos, habilidades ou sentimentos que as capacitem para o mundo competitivo e centrado no poder dos homens.</p> <p>p. 13 - os estudos feministas têm apontado a necessidade de se trabalhar com o conceito de cuidado, entendido de modo mais geral e descritivo, como uma relação social cujo objeto é o outro.</p> <p>p. 25 - o cuidado é um objeto que foi tomado no campo de estudos feministas</p>

		<p>em relação ao campo político, um objeto do conhecimento, simbólico, sobre o qual se disputam os significados e suas implicações.</p> <p>p. 30 - o cuidado foi tomado como objeto legítimo pelas agentes do campo político feminista, a princípio pensado numa perspectiva diferencialista.</p> <p>p. 31 - o cuidado é visto como uma atividade universal na medida em que é próprio da condição humana [...].</p> <p>p. 32 - [...] o cuidado absorveu, de forma precarizada, uma parte expressiva da mão de obra das camadas subalternizadas no mercado de trabalho.</p> <p>p. 32 - [...] o cuidado tem suas particularidades [...] por se referir a atividades que buscam alcançar formas de “viver da melhor maneira possível”, sendo esse “melhor” caracterizado [...] como referente às necessidades, amplamente definidas pela cultura, podendo se constituir sob a forma de direitos. Isso não significa que, ao se caracterizarem como necessidades de cuidado, todas as atividades culturais devam ser aceitas do ponto de vista ético. Nesse aspecto, o cuidado oferece um foco sob o qual as disputas podem ser construídas.</p> <p>p. 35 - [...] as pesquisas na enfermagem tornaram visível a desvalorização das práticas de cuidado exercidas majoritariamente pelas mulheres [...].</p> <p>p. 38 - [...] o cuidado tem sido percebido pelas profissionais da enfermagem como distante da prática, nota-se que, [...] na enfermagem, há uma construção de significados sobre o cuidado como restrita à ações, de forma pejorativa, [...].</p> <p>p. 39 - [...] o cuidado somente como exploração e dominação da mulher, pensando-o como uma atividade e como um trabalho precarizado.</p>
35	Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão.	<p>p. 36 - [...] o cuidado em saúde, mesmo inserido em uma produção capital, ele encontra-se imerso corpóreo e afetivamente, produzindo afetos imateriais em toda sua produção.</p> <p>p. 65 - [...] cuidado em saúde como uma produção de acolhimento, acolher na diferença.</p> <p>p. 55 - No que confere a saúde mental, percebe-se que há meios de constituir e, por que não, consolidar e tornar fixos territórios de cuidado em liberdade no modo de atenção psicossocial [...].</p>
36	O ser-acadêmico-de-enfermagem: a experiência do cuidado e a temporalidade em Heidegger.	<p>p. 29 - A enfermagem traz em sua história profissional a preocupação com o sujeito, na perspectiva do cuidado. Cuidar na enfermagem é mais do que realizar procedimentos, tem uma dimensão de convivência.</p> <p>p. 29 - [...] vínculo com o cuidado pode proporcionar um olhar centrado no ser e não somente no fazer, neste ser que cuida, que interage, que dialoga e que busca melhorar a cada dia sua prática profissional, com o objetivo de se aproximar do ser cuidado e poder dar-lhe apoio.</p>

		<p>p. 31 - A complexidade do cuidado em saúde faz com que o corpo de conhecimentos da enfermagem seja a cada dia mais consolidado e sejam mais conhecidas as particularidades e nuances de cada situação. Para desempenhar as funções de cuidar, antes é preciso conhecer o indivíduo, saber de seus problemas, suas angústias, sua sintomatologia, bem como conhecer seus desejos, suas concepções culturais, seus hábitos e sua perspectiva de vida.</p> <p>p. 39 - A enfermagem como profissão de cuidado, aproxima suas ações à existencialidade [...].</p> <p>p. 42 - [...] o enfoque do cuidado centra-se na compreensão dos significados existenciais do ser que cuida e do ser cuidado.</p> <p>p. 44 - [...] o cuidado como momento contínuo de reflexão onde o ser percebe-se em sua incompletude e lança-se em uma dinâmica de realização das necessidades do outro em suas inúmeras possibilidades.</p> <p>p. 60 - A enfermagem insere-se neste cenário do cuidado enquanto ente, por ser considerada nos âmbitos da ciência, arte, filosofia, ética e política do cuidado humano.</p> <p>p. 60 - Nos cuidados de saúde e na enfermagem em particular, é necessário [...] a aquisição e implementação de competências, conhecimentos e habilidades práticas.</p> <p>p. 62 - É o cuidado, [...] que revela ao homem o universo existencial, transportando-o para além do já dado, sendo considerado como o primeiro gesto da existência.</p> <p>p. 62 - A enfermagem, como prática cuidadora, apropria-se deste cuidar e realiza sua prática centrada na presença, no toque e no entendimento das necessidades das pessoas cuidadas. Este cuidado dá-se além de técnicas e procedimentos [...]. A perspectiva de cuidado como desejo de que o outro esteja bem nasce com a vontade e o estar bem de quem cuida.</p>
--	--	--

APÊNDICE I – CUIDADO E GÊNERO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

Nº	Título do documento	Sobre gênero e enfermagem
12	A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: uma análise de gênero.	p. 6 - [...] conceito de gênero como algo construído social, político e culturalmente, resultando em produtos específicos a cada momento histórico, e sobressaindo o compromisso da ciência na produção de teorias interpretativas do real, para poder ultrapassar o saber vigente, lembre-se, aqui, apenas como exemplo da perpetuação dos processos sociais generificados que precisam ser questionados, o paralelismo existente entre o exposto e as condições de implantação, no início do século XX, de outras escolas de enfermagem no país, sob os mesmos parâmetros e valores, ainda que fortemente influenciadas pela enfermagem inglesa e americana, inspiradas em Florence Nightingale.
15	Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerente de hospitais privados.	p. 2-3 - [...] o modelo patriarcal, centrado na lógica masculina, conservando profissionais com formação em medicina na cúpula dos hospitais, vem sendo substituído de forma lenta e gradativa, aliando, ao seu corpo gerencial, profissionais de outras categorias, tais como administradores, engenheiros, economistas, enfermeiros e fisioterapeutas. Esses profissionais, ao assumir cargos de gestão, sejam eles estratégicos ou intermediários, assumem papéis e <i>status</i> diferenciados, o que tem propiciado deslocamento nas relações de gênero e poder. p. 3 - [...] a ocupação de cargos gerenciais por mulheres sugere mudanças em sua dinâmica identitária e na configuração diferenciada das relações de poder e de gênero .
28	Saberes, autonomia e reflexividade do enfermeiro na humanização da assistência: a reconstrução das intenções formativas para o cuidar.	p. 53 - papéis femininos e masculinos, historicamente representados na sociedade, são envoltos por saberes próprios de gênero , presentes nas diferentes profissões. p. 54 - a profissão do enfermeiro compreende diversos outros saberes como a economia e a política que são considerados não específicos do gênero feminino. Associado a esta percepção, a presença dos discursos igualitários sobre a questão de gênero nas profissões suscitam uma busca de rupturas sociais que perpassem discussões sobre a identidade profissional e a inclusão do gênero masculino em profissões ditas femininas e vice-versa.
32	A "caixa preta" do cuidado. Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de Enfermagem.	p. 29 - o corpo e, sobretudo, o órgão reprodutivo da mulher tem sido utilizado nas sociedades ocidentais como símbolo para se estabelecerem regras para o gênero , ou seja, com base numa concepção naturalizante dos sexos têm sido normatizadas principalmente a sexualidade, a função reprodutiva e a divisão sexual do trabalho. p. 42 - A categoria gênero adquire centralidade na construção dessa relação, na medida em que o cuidado é tratado de forma naturalizada como modos de sentir e agir das mulheres, sendo, sobretudo, a relação social de sexo o que define o lugar das relações de cuidado é a

		<p>probabilidade de os indivíduos comportarem-se de uma maneira significativamente determinável.</p> <p>p. 62 - as intersubjetividades, a ética do cuidado, devem ser entendidas no seu contexto, e não como os fatos dados de uma teoria psicológica baseada no gênero.</p> <p>p. 69 - As subjetividades constituem e são constituídas de sentidos para as experiências de gênero, tanto para mulheres quanto para homens.</p> <p>p. 84 - As relações de autoridade casa/família fazem parte de uma organização de gênero da sociedade,</p> <p>p. 87 - se olharmos para as relações de gênero, classe e raça, percebemos que aqueles que estão nas posições mais inferiorizadas na sociedade fazem o trabalho de cuidado, enquanto os que detêm poder usam sua posição de superioridade para demandar o cuidado dos outros.</p>
33	<p>A mulher enfermeira na marinha do Brasil: a historiografia do corpo auxiliar feminino da reserva da Marinha (1980 a 1997).</p>	<p>p. 29 - As tarefas eram separadas e definidas estritamente pelo sexo: ao homem cabia “assumir cargos de poder, como a política e a medicina” enquanto à mulher, “o espaço da casa, da maternidade e do magistério” [...] evidenciando assim sua desvalorização perante o homem e configurando uma desigualdade de gênero.</p> <p>p. 30 - [...] as conquistas das mulheres foram tolhidas: conquistaram apenas pequenas melhorias na educação, maioria civil e alguns ganhos legais, sendo negando ao sexo feminino o direito de cidadã através da atuação política, retomando assim a segregação dos sexos e as desigualdades de gênero.</p> <p>p. 31 - A partir dos anos 1960 as desigualdades de gênero na educação começam a ser revertidas, com a equiparação das mulheres aos homens, especialmente no que se refere à matrícula nos distintos níveis de ensino formal, e essa feminização do magistério se caracterizou como uma forma de emancipação das mulheres.</p> <p>p. 32 - [...] as adequações da legislação sobre as mulheres, a produção crescente de estudos sobre a incidência desse fenômeno de gênero, a criação de delegacias especializadas e de serviços de atendimento às vítimas e a adoção de políticas públicas [...].</p> <p>p. 35 - [...] a IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em setembro de 1995, em Beijing, na China. [...] teve como objetivo principal diminuir o hiato existente nas questões de gênero e propiciar maior acesso das mulheres à educação.</p> <p>p. 65 - O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.</p> <p>p. 66 - O gênero de homens e mulheres é construído num processo contínuo, com cautela, lapidação e interpretação de normas pré-estabelecidas.</p> <p>p. 89 - o gênero é uma construção social e histórica com base nas diferenças percebidas entre os sexos [...] o que em nossa sociedade caracterizou o início do trabalho das enfermeiras em posição de subordinação, refletida na história da enfermagem em distinção de poder entre homens e mulheres, no qual era atribuída aos homens a gerência dos serviços.</p>

34	O valor da força de trabalho da enfermeira.	<p>p. 49 - as diferenças de gênero agravam as transformações advindas com o toyotismo, o que mantém as mulheres em uma situação desigual no mercado em relação aos homens.</p> <p>p. 78 - Essa situação é agravada pela incipiente organização política das enfermeiras, que ainda não conseguiram superar as determinações do gênero na sociedade brasileira, principalmente no que diz respeito à organização sindical, o que as mantém fragilizadas individual e coletivamente contra as investidas do capital, por exemplo, para redução do salário e aumento da jornada.</p> <p>p. 86 - as questões de gênero condicionam toda a prática da enfermeira e, no início da sua prática moderna, as qualidades para uma boa enfermeira eram a obediência, a paciência, a docilidade e outros atributos do feminino. Funcionando como uma mão de obra complementar à da categoria médica, à enfermeira cabia obedecer e fazer obedecer as ordens dos médicos, de modo a garantir o resultado da terapêutica. Além disso, como a mulher era a responsável pela organização do ambiente doméstico, igualmente coube à enfermeira organizar e controlar o ambiente hospitalar.</p> <p>p. 87 - No século XXI, as diferenças de gênero no mercado de trabalho se traduzem na nova forma de divisão do trabalho: as atividades de concepção, com maior salário ou postos de comando, ainda são, prioritariamente, masculinas. Às mulheres cabe o trabalho mecanizado, repetitivo, como é o caso para as enfermeiras.</p> <p>p. 87 - Essa situação demonstra o quanto o gênero direciona as ações, mesmo em um campo de trabalho em que predominam as mulheres: estas estão mais vinculadas à assistência, em que predominam ações que retomam à origem da profissão.</p> <p>p. 87 - diferença entre os gêneros é transposta para os salários, [...]. Visto que os homens têm uma menor representatividade quantitativa na profissão, a proximidade entre os rendimentos de enfermeiros e enfermeiras revela que o rendimento nominal masculino é superior ao feminino, [...], pois nos cargos de direção e gestão do trabalho os salários são maiores do que nos cargos assistenciais.</p> <p>p. 88 - a relação de gênero ocorre também no interior da profissão, em que as mulheres reafirmam, mesmo que inconscientemente, o lugar de poder e comando do sexo masculino.</p> <p>p. 88-9 - As relações de gênero evidenciadas na prática da enfermeira e o seu lugar socialmente determinado demarcam o preço que é atribuído a sua força de trabalho. [...] “o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado”. Com isso o trabalho desempenhado pelas enfermeiras, mesmo com a importância que tem para o modo de produção, não agrega mais preço à força de trabalho porque a esta força de trabalho – feminina – é atribuído menor valor, por ser mão de obra complementar, por desempenhar funções ditas de baixa complexidade, manuais e repetitivas.</p> <p>p. 89 - a posição inferior da enfermeira em relação ao médico, e as diferenças de gênero no interior da profissão quanto ao salário e à ocupação dos postos de comando refletem a posição</p>
----	---	--

		<p>inferiorizada da mulher em relação ao homem na sociedade.</p> <p>p. 96 - a diferença de gênero mais uma vez aparece como um fator que contribui para a redução do valor da força de trabalho da enfermeira, já que a qualificação feminina, embora crescente nos últimos anos em comparação com a masculina, ainda não conseguiu reverter a ordem social em que a formação das mulheres é considerada inferior a dos homens.</p> <p>p. 102 - O atual cenário de precarização do trabalho e a desigualdade entre os gêneros contribuem ainda mais para o distanciamento entre o valor e o preço da força de trabalho da enfermeira.</p> <p>p. 103 - As questões de gênero no mercado de trabalho em geral revelam-se por meio da nova divisão sexual, em que as mulheres são submetidas ao trabalho mecanizado e com menor preço e os homens ocupam as funções vinculadas à criação e coordenação, com os maiores salários.</p> <p>p. 104 - As relações objetivas, e especialmente as subjetivas relacionadas ao gênero, contribuem sobremaneira para que as enfermeiras mantenham-se no setor saúde em uma posição muito próxima ao do início da profissão, no século XIX, na Inglaterra.</p> <p>p. 105 - É preciso destacar ainda as diferenças de gênero que mantêm na sociedade o espectro de que a qualificação feminina é inferior à qualificação masculina.</p> <p>p. 106 - a compreensão sobre o valor da força de trabalho da enfermeira não é uma questão meramente econômica e que a superação das relações sociais que mantêm as desigualdades de gênero, e que sustentam o modelo assistencial hegemônico, não podem ser resolvidas no âmbito técnico-profissional.</p>
--	--	--

APÊNDICE J – IV CNSM-INACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL (IV CNSMI).

		DESCRITOR
		Cuidado / Saúde Mental
APRESENTAÇÃO		<p>p. 7 - Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.</p> <p>p. 9 - [...] a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc.</p> <p>p. 10 - Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social.</p>
EIXOS	SUBEIXOS	
Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais	Organização e consolidação da rede.	<p>p. 25 - Construir protocolos de atendimento à urgência e emergência em saúde mental, que permitam a inclusão de especificidades locais, em conjunto com profissionais que atuam na área técnica, visando a integralidade do cuidado.</p> <p>p. 26 - Garantir a continuidade da implantação, ampliação e fortalecimento da terapia comunitária como estratégia intersetorial de promoção e cuidado em saúde mental nos serviços de saúde, saúde mental e assistência social.</p>
	Financiamento.	
	Gestão do trabalho em saúde mental.	<p>p. 31 - [...] implementação de projetos e programas específicos de cuidado aos cuidadores que contemplem ações de formação, atenção e participação na gestão, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização.</p> <p>p. 32 - Garantir a implantação e ampliação de CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) e do número de profissionais especializados no cuidado de pessoas com transtornos mentais e/ou uso de álcool e outras drogas.</p>

Eixo II Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer		<p>p. 36 - Garantir o acesso aos cuidados em saúde mental à população infantojuvenil, inclusive com política mais equânime de assistência farmacêutica, para os municípios que não possuam serviços de CAPSi e médico especialista.</p> <p>p. 37- A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma que para o processo de Reforma Psiquiátrica em curso no país avançar no sentido da consolidação de uma rede de cuidados psicossociais, é imprescindível garantir o caráter público das políticas implicadas na saúde mental.</p>
	Política de assistência farmacêutica.	p. 36 - Garantir o acesso aos cuidados em saúde mental à população infantojuvenil, inclusive com política mais equânime de assistência farmacêutica, para os municípios que não possuam serviços de CAPSi e médico especialista.
	Participação social, formulação de políticas e controle social.	p. 37 - [...] avançar no sentido da consolidação de uma rede de cuidados psicossociais, é imprescindível garantir o caráter público das políticas implicadas na saúde mental .
	Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental.	
	Políticas sociais e gestão intersetorial.	p. 48 - Garantir que as redes locais de cuidados em Saúde Mental promovam ações de Atenção à Saúde dos Trabalhadores, construindo a articulação necessária com a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador RENAST, inclusive para os municípios de pequeno porte.
	Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental.	<p>p. 53 - [...] fortalecer a rede de cuidados, com contratação de profissionais comprometidos e formados de acordo com os princípios da Política Pública de Saúde Mental e Intersetorial.</p> <p>p. 54 - Ampliar e consolidar a Terapia Comunitária como estratégia de promoção e cuidado em saúde mental na Atenção Básica, [...].</p>
	Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS.	p. 60 - Implementar a estratégia “Consultório de Rua”, legitimando e potencializando o Programa de Redução de Danos nos serviços substitutivos da rede de Saúde Mental , como estratégia de cuidado , uma vez que este está de acordo com a proposta da Reforma Psiquiátrica. [...].
	<p>Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado.</p> <p>p. 63 - é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação, garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental.</p> <p>p. 63 - [...] o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários, [...].</p> <p>p. 63 - [...] compartilhando e multiplicando o cuidado em saúde mental, fortalecendo a coresponsabilidade, o compromisso com o tratamento, e resgatando o protagonismo de todos os atores.</p>	

	<p>p. 63 - [...] intensificar a discussão e consolidação da Política Nacional de Humanização, em todas as unidades da rede de serviços de saúde mental, e do cuidado e atenção à saúde mental dos trabalhadores do SUS[...]</p> <p>p. 65 - Criar políticas e buscar estratégias de atenção integral à saúde dos trabalhadores da rede de saúde mental, garantindo o cuidado dos mesmos.</p> <p>p. 65 - Fortalecer, na atenção básica, o acolhimento às demandas de cuidadores e familiares, através de oficinas (terapêuticas e profissionalizantes) e demais ações educativas.</p> <p>p. 66 - [...] continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos, e promovendo a qualidade de vida.</p> <p>p. 66 - Criar oportunidades para a realização de cuidado integral, por equipes capacitadas no cotidiano dos serviços da rede intersetorial,</p> <p>p. 66 - [...] garantir o cuidado integral aos usuários, com diálogo, vínculo e respeito no processo terapêutico.</p>
Práticas clínicas no território.	<p>p. 67 - [...] fortalecer as ações de promoção, proteção e cuidado em saúde mental na atenção primária, através de dispositivos intersetoriais que reforcem a territorialização dos equipamentos sociais, culturais, e de práticas populares de saúde e cuidado. Ao mesmo tempo, é necessário criar dispositivos de co-responsabilização a serem utilizados como mecanismos de interlocução e integração entre os diversos segmentos da saúde com a comunidade e outros envolvidos no cuidado em saúde mental na lógica antimanicomial.</p> <p>p. 67 - [...] fortalecer as ações e o cuidado no território, através de espaços, estratégias, e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante.</p> <p>p. 68 - Garantir o financiamento para a formação de Terapia Comunitária nos municípios que desejem implantá-la e fortalecer naqueles que já estão em desenvolvimento, como importante estratégia de cuidado no território.</p> <p>p. 69 - Fortalecer a articulação entre SUS e SUAS, através do apoio matricial, como estratégia de integração entre as equipes de saúde mental e casas de acolhimento visando o fortalecimento do cuidado em rede.</p> <p>p. 69 - [...]o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, e a realização de visitas domiciliares.</p>
Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica.	<p>p. 69 - os CAPS garantam o acesso, com horário estendido e porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, e a realização de visitas domiciliares.</p>
Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços.	<p>p. 71 - Reafirmar os CAPS como os dispositivos por excelência para o cuidado e o tratamento dos autistas, nos Estados, em consonância com as diretrizes da política nacional</p>

	de saúde mental.
Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território.	<p>p. 80 - Rever a Portaria de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, para a ampliação dos critérios, de forma a contemplar a atenção e proteção aos usuários de saúde mental sem referência familiar, para oferecer o cuidado necessário, independente de ser egresso de hospital psiquiátrico.</p> <p>p. 81 - Rever o financiamento para a implantação e custeio dos Serviços Residenciais Terapêuticos, garantindo financiamento específico para residências terapêuticas em que estejam moradores com doenças crônicas e outros cuidados complexos, adaptadas às necessidades de pessoas com baixo grau de autonomia.</p>
Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde.	<p>p. 82 - A IV CNSMI enfatiza a relevância de garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais, às pessoas com transtornos mentais, aos usuários de álcool e outras drogas, e às pessoas afetadas pela violência, considerando as fortes implicações dessas ações tanto no campo da saúde mental, quanto nas condições de produção de sofrimento e na qualidade de vida das pessoas e comunidades.</p> <p>p. 83 - Implementar ações de cuidado em saúde mental na atenção básica, junto ao CAPS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com foco na promoção da saúde mental e prevenção, que contemplem as Práticas Integrativas e Complementares.</p> <p>p. 84 - [...] assegurando a supervisão e o desenvolvimento das ações e do cuidado na lógica da reforma psiquiátrica.</p> <p>p. 84- Promover estratégia de educação permanente das equipes de atenção básica, focando o cuidado em saúde mental, com destaque dos usuários pós-alta dos CAPS e moradores de serviços residenciais terapêuticos.</p>
Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais.	<p>p. 85 - expandir, em todo território nacional, a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida.</p> <p>p. 86 - é imprescindível assegurar o financiamento nos três níveis de gestão, assim como a criação e expansão da rede de cuidados em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas.</p> <p>p. 86 - [...] a criação e expansão da rede de cuidados em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas.</p> <p>p. 87 - Criar e expandir, em todo o país, a rede de cuidados em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas com a implantação de CAPSad III, CAPSad, além de criação de CAPSad com perfil para infância e adolescência (CAPSadinfante e juvenil).</p> <p>p. 88 - Realizar ações de cuidados às gestantes em situação de risco com uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas, de acordo com os pressupostos da política do Ministério da Saúde.</p>

	<p>p. 91 - Promover debates com o Poder Legislativo sobre o cuidado e a atenção em álcool e outras drogas, para que este viabilize a criação de impostos sobre o lucro líquido das fábricas de bebidas alcoólicas e cigarros, a fim de que estes recursos sejam destinados aos serviços públicos de saúde mental para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.</p>
<p>Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade.</p>	<p>p. 92 - Para ampliar a acessibilidade, a rede pública ampliada local deve dar prioridade aos casos de maior gravidade, mas também tomar como responsabilidade inalienável a proposição de estratégias de cuidado para toda complexidade de demandas relacionadas à saúde mental da população infantil e juvenil.</p> <p>p. 92 - [...] a garantia da comunicação transversal entre os serviços que compõem a rede, e a construção de vias para sustentabilidade e qualificação da ação pública de cuidado a crianças e jovens com necessidades em saúde mental.</p> <p>p. 93 - [...] consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos; e) destinação financeira compatível com as exigências da atenção psicossocial para infância e adolescência.</p> <p>p. 93- [...] nas ações de cuidado haja o envolvimento e a co-responsabilidade de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos.</p> <p>p. 93 - [...] consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos;</p> <p>p. 93 - Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas propostas para suportes ao cuidado, e construção de estratégias colegiadas.</p> <p>p. 93 - Garantir o financiamento para a rede de cuidado e tratamento em saúde mental infantil e juvenil.</p> <p>p. 95 - Construir uma agenda permanente e continuada para operacionalização de ações transversais de cuidados a crianças e adolescentes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, respeitando a diretriz da redução de danos e os princípios da reforma psiquiátrica.</p> <p>p. 96 - Utilizar os recursos físicos, estruturais, institucionais e/ou financeiros das esferas governamentais para promover o cuidado a crianças, jovens e familiares em situação de ameaça e/ou violação de direitos (vulnerabilidade).</p> <p>p. 96- Garantir a educação permanente e fortalecer as ações em saúde mental das equipes da atenção básica - no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.</p> <p>p. 96 - Assegurar a qualidade do cuidado e atenção à crise na infância e na adolescência no hospital geral, com equipe de saúde mental em articulação com o serviço de referência territorial, respeitando os princípios da reforma psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).</p>

		<p>p. 97 - Implantar projetos-piloto com objetivo de avaliar a efetividade da articulação entre a área da Saúde e da Educação no cuidado continuado de pessoas com autismo maiores de 18 anos, e de outros usuários adultos anteriormente atendidos em serviços de saúde mental infantis e juvenis.</p> <p>p. 98 - Criar projetos intersetoriais, que incluam a Secretaria de Saúde, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, setores da Justiça, do Sistema de Garantia de Direitos e os órgãos executores das medidas sócio-educativas, visando à integralidade do cuidado aos adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas.</p>
	<p>Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental.</p>	<p>p. 99 - A IV CNSMI reafirma a relevância de assegurar os princípios da integralidade, acessibilidade, intersetorialidade, e do respeito à identidade cultural, assim como de garantir o acesso universal aos cuidados em saúde mental.</p> <p>p. 100 - promover o cuidado no território da população em situação de rua e em vulnerabilidade social, e ampliar a rede de serviços para o acolhimento de pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade social.</p> <p>p. 101 - Garantir a inclusão e o acesso universal aos cuidados em saúde mental e atendimento diferenciado nos serviços de saúde para as pessoas idosas, pessoas vivendo com HIV/AIDS, populações quilombolas e indígenas, LGBT, pessoas em situações limite (em crise, desacompanhadas), pessoas com deficiência auditiva, pessoas com deficiência múltiplas, pessoas com deficiência visual, pessoas com deficiência intelectual, e descendentes de imigrantes pomeranos, respeitando as especificidades e peculiaridades culturais, [...].</p>
<p>Eixo III Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial</p>	<p>Direitos humanos e cidadania.</p>	<p>p. 109 - Garantir que as pessoas em sofrimento psíquico em situação rua sejam atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sem discriminação através de equipes capacitadas e que trabalhem em rede -, mesmo sem portar documentos, promovendo ações que garantam a integralidade de cuidados e criando protocolos de atendimento em parceria com a rede de saúde e de assistência social.</p> <p>p. 110 - Garantir, nos termos da Portaria 336/02, o transporte para uso exclusivo dos serviços de saúde mental no tocante à visita domiciliar e aos cuidados às pessoas com transtornos mentais, preservando a integridade física e moral do usuário.</p> <p>p. 111 - Sensibilizar os diversos setores trabalhistas para garantir ao funcionário o acesso ao cuidado a sua saúde, por meio da liberação deste para tratamento, sem ônus para sua renda e sem assédio moral.</p>
	<p>Trabalho, geração de renda e economia solidária.</p>	
	<p>Cultura e diversidade cultural.</p>	
	<p>Justiça e sistema de garantia de direitos</p>	<p>p. 123 - Para garantia de direitos e estabelecimento de princípios e estratégias de cuidado em todas as faixas etárias, segundo a lógica de redução de danos e de promoção da saúde,</p>

	<p>segundo as diretrizes do SUS.</p> <p>p. 124 - Criar um fórum intersetorial com participação das áreas de saúde, justiça, educação e assistência social das três esferas de governo, para discussão e deliberação a respeito da pessoa portadora de transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas que cometeu atos infracionais, para garantia da atenção psicossocial (cuidado, proteção, tratamento e reinserção social).</p> <p>p. 125 - Implementar junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, de forma integrada com o Poder Judiciário, uma comissão para revisão dos processos de interdição em todo o território nacional para verificar se os usuários estão sendo beneficiados e cuidados, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.</p> <p>p. 127 - Garantir que o Poder Judiciário desenvolva o trabalho através de equipe multidisciplinar, em interface com os dispositivos de cuidados em Saúde Mental, para auxílio e avaliação das ações que envolvam pessoas com sofrimento psíquico e usuários de drogas lícitas e ilícitas.</p>
Educação, inclusão e cidadania.	<p>p. 128 - [...] à criação de projetos e estratégias específicas para se evitar a evasão escolar e também viabilizar a atenção psíquica aos alunos que necessitam de cuidados.</p> <p>p. 129 - [...] integrar as ações da rede de saúde e de atenção psicossocial, garantindo o cuidado intra e intersetorial e o melhor acolhimento dos pacientes em crise e referenciados pelos CAPS.</p>
Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde.	<p>p. 140 - Sensibilização e capacitação permanente dos profissionais que atendem os usuários da saúde mental, oportunizando o cuidado ao usuário e ao trabalhador.</p> <p>p. 140 - Promover debates entre Ministério Público, INSS, familiares de pessoas com transtorno mental curateladas e profissionais de saúde mental, a fim de garantir o cuidado integral do interditado.</p>
Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental	<p>p. 146 - [...] fortalecer e ampliar a rede de cuidado de saúde mental já existente; e realizar ações intersetoriais periódicas que viabilizem a interação entre pessoas com sofrimento psíquico, familiares, profissionais e sociedade.</p>
Comunicação, informação e relação com a mídia.	
Violência e saúde mental.	<p>p. 154 - [...] contemplar iniciativas de criação de redes locais de trabalho intersetorial, de prevenção e cuidado em situações de violência e de combate às diversas formas de estigma e preconceito.</p> <p>p. 157 - [...] um novo paradigma de atenção humanizada, para um cuidado singularizado e para os aspectos de compreensão, atendimento, acompanhamento, monitoramento e prevenção da violência.</p> <p>p. 158 - [...] ações da rede de saúde mental e as iniciativas de prevenção e cuidado em situações de violência, sensibilizando assim, a população na mudança do paradigma</p>

	adquirido pela sociedade em relação a saúde mental .
MENÇÃO E OUTRAS OBSERVAÇÕES	
	<p>p. 165 - Solicitar a descentralização de medicamentos de alto custo, dado à dificuldade que os usuários dos municípios têm de acessar estes medicamentos, bem como a capacidade dos profissionais da rede de cuidado.</p> <p>p. 181 - Estabelecer reuniões da equipe multidisciplinar dos serviços substitutivos para orientar os familiares acerca do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, através de estratégias de cuidados, como ações coletivas que promovam a convivência entre usuários e familiares.</p> <p>p. 181 - Incentivar a participação de familiares através de mobilizações para as reuniões do Conselho Municipal, com intuito de sensibilizar a família e a comunidade para a problemática do cuidado, e nos serviços implantar assembleias deliberativas dos usuários em todas as unidades de saúde.</p> <p>p. 182 - Implantar escolas em período integral para crianças adolescente, para que elas recebam cuidado intensivo necessário para seu desenvolvimento saudável.</p> <p>p. 184 - Garantir a inclusão e o acesso universal aos cuidados em saúde mental e atendimento diferenciado nos serviços de saúde para as pessoas idosas, HIV/AIDS e população quilombolas e indígenas, LGBT, e ciganos.</p> <p>p. 187 - [...] indica novos desafios para a melhoria do cuidado em saúde mental no território, devendo contemplar o desenvolvimento de ações intersetoriais, com ênfase nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outros.</p>

APÊNDICE K – SOBRE CUIDADO NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

TÍTULO: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
TEMA CENTRAL: Preconização da Formação Curricular das Enfermeiras
AUTORIA: Conselho Nacional de Educação
ANO DE PUBLICAÇÃO: 2001
COMPETÊNCIAS E HABILIDADES
<p>p. 3 - intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.</p> <p>p. 4 - prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade.</p> <p>p. 3 - utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde.</p>