



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Leandro Andrade da Silva

Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico aplicando a Teoria *Tidal Model*

Rio de Janeiro

2015

Leandro Andrade da Silva

**Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento
psíquico aplicando a teoria *Tidal Model***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Curso de Doutorado da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área
de concentração: Enfermagem, Saúde e
Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Iraci dos Santos

Co-Orientadora: Profa. Dra. Claudia Mara de Melo Tavares

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Leandro Andrade da.
Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico aplicando a Teoria *Tidal Model* / Leandro Andrade da Silva. - 2015.
221 f.

Orientadoras: Iraci dos Santos, Claudia Mara de Melo Tavares.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Saúde mental. 2. Enfermagem psiquiátrica. 3. Enfermagem - Tecnologia. 4. Sofrimento. I. Santos, Iraci dos. II. Tavares, Claudia Mara de Melo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Leandro Andrade da Silva

**Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento
psíquico aplicando a Teoria *Tidal Model***

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 12 de novembro de 2015.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Iraci dos Santos (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Profa. Dra. Maria Lelita Xavier
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Profa. Dra. Jeanne Marie Rodrigues Stacciarini
University of Florida

Prof. Dr. Jacques Henri Maurice Gauthier
Universidade Jorge Amado

Profa. Dra. Silvia Teresa Carvalho Araujo
Escola de Enfermagem Anna Nery

Profa. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Profa. Dra. Claudia Mara de Mel Tavares
Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos que sofreram com os “tratamentos” da psiquiatria de outrora. A dor de vocês não justifica estudo algum, porém, ela não foi em vão, tem possibilitado avanços na assistência em saúde mental. Dedico também a todos os clientes que encontrei ao longo do meu caminho, aprendi muito com cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

À Iraci dos Santos, minha orientadora de doutorado, obrigado por extrapolar as fronteiras da academia, me orientando para a vida. Cada encontro nosso, foi uma lição de vida. Obrigado por tentar me ensinar a importância do perdão. Obrigado por me fazer refletir sobre erros e imperfeições. Obrigado por contribuir para minha evolução espiritual. Obrigado por marcar minha vida. Eu eternamente serei grato a tudo que fez e faz por mim e palavras não bastarão para expressar toda a minha gratidão. Obrigado por ter me escolhido para ser seu orientando e me adotado como seu “neto”.

À Michael Araújo, obrigado pela amizade, pelas reflexões, incentivos e apoio.

Aos amigos-irmãos João e Marcos, obrigado pela amizade, conselhos, pelos exemplos simplicidade na vida, mas acima de tudo, obrigado por nunca me deixarem só.

À minha família, agradeço a deus por ter me ofertado a grande oportunidade de ter sido educado por pessoas tão simples, mas repletas de sabedoria, aos meus pais obrigado pelo incentivo e apoio incondicional. Agradeço também a minha irmã Dani pelo convívio, às minhas irmãs de quatro patinhas, Sasha, Amy e Nana. E a minha avó Eni por todo auxílio ao longo da vida, obrigado também pelas boas vibrações espirituais.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Maria Lelita Xavier, Profa. Dra. Jeanne–Marie Rodrigues Stacciarini; Prof. Dr. Jacques Henri Maurice Gauthier, Profa. Dra. Silvia Tereza Carvalho Araújo; Profa. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo. Obrigado pelo aceite e principalmente pelas contribuições valiosas para este estudo.

À secretaria do PPGENF-UERJ, obrigado a Fabiola, Aimé, Gláucia, Debora, Marcelo, Anderson, Penha e demais funcionários que sempre atendiam aos meus pedidos, em especial à Fabiola por auxiliar no meu processo de ingresso no doutorado.

À Arnon Azevedo, pelas contribuições ao longo da pesquisa.

À “Cida” por sempre me receber na FENF-UERJ com um sorriso e um forte abraço. Seus cafés serão eternamente inesquecíveis.

À Profa. Dra. Gertrudes Teixeira Lopes, por me apoiar incondicionalmente e incansavelmente durante toda a sua gestão à frente do curso de graduação em enfermagem da UNISUAM. Aproveito também para agradecer a todo corpo docente, com destaque aos professores José Lincoln, Silvia Carvalho, Alciléia Andrade e Maria Regina Pinheiro.

Aos meus ex-monitores na disciplina de saúde mental, Rafaela Nicolli e Lucas Marvila, obrigado por em auxiliarem em momentos importantíssimos e necessários ao desenvolvimento deste estudo.

À Maria Regina Bernado, minha amada professora durante a segunda graduação na UCB, agradeço por seus incentivos, conselhos e palavras de apoio, você foi um exemplo de docente e de caráter para forjar o profissional que venho me tornando. Agradeço também aos coordenadores do curso por incentivarem e apoiarem a minha participação em eventos científicos e meu crescimento institucional.

À Profa. Dra. Cláudia Mara pelo apoio e ingresso em um dos campos de pesquisa desta tese.

À Profa. Dra. Helena David, por possibilitar o meu justo ingresso no Doutorado em Enfermagem.

Ao amigo Marcos Tosoli, obrigado por me possibilitar os primeiros passos no cenário acadêmico e por possibilitar profundas reflexões sobre a vida.

À minha irmã espiritual Maria Gazel, obrigado pela amizade sincera, pelas gargalhadas, por juntos secarmos nossas lágrimas diante das dores que as pessoas tentaram gerar em nossas vidas. Você pra mim é um exemplo de superação e de caráter. Que essa família linda que vem constituindo lhe farte de felicidades.

À minha “amiguinha” Eva de Fatima, por ser esse ser de luz em meu caminho, por mentalizar boas vibrações. Nosso encontro “TA TA TA TAva” marcado. Não faz idéia do quando sinto falta de sua cabeça aparecendo na minha janela com um pedaço de bolo com café todas as tardes.

À Renata Elisa, pela torcida constante, desde a época do ônibus do “Abelardo”, saudades de nossos brindes no Silver na nossa fase da sustentabilidade.

À minha turma do doutorado agradeço pelos incontáveis “grupos de estudos” realizados no Bar DuBom, na Ilha Grande, na Rua do Lavradio e em tantos outros locais, em especial a Cláudia Feio pela doce companhia e palavras de apoio.

À Profa. Regina Lanzillotti e sua equipe do IME/UERJ pela gentileza no tratamento estatístico dos dados desta tese.

Por fim e não menos importante, ao casal Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker por autorizarem a utilização do *Tidal Model*, bem como todo apoio necessário ao desenvolvimento deste estudo que é pioneiro principalmente aos países de língua portuguesa.

O ser humano são os seus valores éticos, suas aspirações, seus sonhos, suas lutas, suas grandezas e também aprendizagens dolorosas. Graças a todos esses fenômenos do cotidiano, ele cresce e se aprimora, saindo dos limites em que se encarcera para os incomparáveis voos da amplidão.

Manoel Philomeno de Miranda

RESUMO

SILVA, Leandro Andrade da. *Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico aplicando a Teoria Tidal Model*. Tese. 2015. 214 f. (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O objeto de estudo é a necessidade de inovar através de tecnologias de cuidados de saúde/bem estar na área de saúde mental, enfocando o cuidado de enfermagem junto com as pessoas em sofrimento psíquico (SP). O pressuposto da tese é que a aplicação de uma tecnologia de cuidados de enfermagem centrada em uma teoria centrada na integralidade do ser, tal qual a perspectiva estética e sociopoética, junto com o cliente em sofrimento psíquico, contribui para o bem-estar deste e do profissional que o ajuda a se cuidar. Teve-se como objetivo geral propor uma tecnologia adequada ao desenvolvimento de cuidados fundamentados em teoria de enfermagem, junto com esses clientes, que caracterize a perspectiva estética e sociopoética do cuidar em enfermagem; e como específicos: analisar a dimensão imaginativa, de graduandos de enfermagem frequentando a disciplina de Psiquiatria e Saúde mental, sobre a pessoa com sofrimento psíquico, bem como identificar suas características individuais; desenvolver um curso sobre o *Tidal Model* para incentivar os estudantes de graduação em enfermagem, inscritos na disciplina de Psiquiatria e Saúde mental, no contexto de oficinas sociopoéticas, visando aquisição de conhecimentos inexistentes no conteúdo desta disciplina e facilitar o entendimento sobre a filosofia e teoria Sociopoética; elaborar com base nos pressupostos e compromissos assumidos na teoria de enfermagem *Tidal Model* e nos princípios filosóficos da teoria Sociopoética um protocolo/tecnologia para viabilizar a aplicação da perspectiva estética e sociopoética do cuidar em enfermagem, junto com as pessoas; validar o protocolo/tecnologia elaborado para aplicação de cuidados destinados ao conforto e bem-estar dos clientes com um júri composto por profissionais de enfermagem, tendo qualificação pertinente e atuação na área de saúde mental. O aporte teórico foram as teorias *Tidal Model* e a filosofia e teoria Sociopoética. No período de abril de 2014 a agosto de 2015, após aprovação do COEP, desenvolveu-se a pesquisa em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro, aplicando o método mixto: sociopoético, qualitativo, descritivo, através das técnicas vivência de lugares geométricos e dinâmica do corpo como território mínimo, utilizando o desenho livre; o método quantitativo, descritivo, cujos dados obtidos foram tratados com estatística descritiva simples, e técnica Delphi utilizada para validação do protocolo elaborado. Constatou-se que os objetivos formulados foram alcançados, demonstrando a necessidade de instrumentalização do cuidado em saúde mental, amparados num modelo teórico, bem como metodológico e que a dimensão imaginativa sobre pessoas com SP é igual a do imaginário social e tradicional. A hipótese alternativa baseada no pressuposto já descrito foi rejeitada devido ao pouco conhecimento do júri sobre o aporte teórico da tecnologia. Concluiu-se que a realização desta tese, contribuirá para ressignificação e humanização dos cuidados de enfermagem junto com as pessoas em sofrimento psíquico, haja vista, a instrumentalização dos profissionais e acadêmicos para aplicar a perspectiva estética e sociopoética na sua prática profissional.

Palavras chave: Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica. Teoria *Tidal Model*.
Tecnologia do cuidar. Método sociopoético.

ABSTRACT

SILVA, Leandro Andrade da. *A esthetic and sociopoetic perspective to take care of people with psychological distress applying the Tidal Model Theory*. Thesis. 2015. 214 f. (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The object of study is the need to innovate through health care/well-being technologies in the mental health area, focusing on nursing care along with people in psychological distress. The thesis' assumption is that the application of a nursing care technology centered on a theory centered on the completeness of being, like the aesthetic and sociopoetic perspective, along with the customer in psychological distress, contribute to the welfare of this and the professional who helps to look after. It had as main objective to propose a suitable technology to the development of care grounded in nursing theory that along with those customers features the aesthetics and sociopoetic perspective of nursing care; and specific to analyze the imaginative dimension of nursing students attending the discipline of Psychiatry and Mental Health, on the person with psychological distress, and identify their individual characteristics; develop a course on the Tidal Model to encourage graduate students in nursing, registered in the discipline of psychiatry and mental health in the context of sociopoetic workshops aiming at acquiring nonexistent knowledge in the content of this discipline and facilitating the understanding of the Sociopoetic philosophy and theory; elaborate, based on assumptions and commitments in the Tidal Model Nursing Theory and Sociopoetic's philosophical principles theory, a protocol/technology to enable the aesthetic and sociopoetic perspective of nursing care, along with people; validate the protocol/technology designed for application of care for the comfort and well-being of customers with a jury composed of nurses, having relevant qualification and performance in the mental health area. The theoretical framework were the Tidal Model theories and Sociopoetic's philosophy and theory. From April 2014 to August 2015, after approval of the COEP, the research was developed in a public university in Rio de Janeiro, applying the mixed method: sociopoetic, qualitative, descriptive, through the technical experience of geomythical places and body dynamics as a minimum territory using the free design; the quantitative method, descriptive, whose data obtained were treated with simple descriptive statistics, and Delphi technique used for the elaborate protocol validation. It was found that the formulated objectives have been achieved, demonstrating the need for instrumentalization of mental health care, supported on a theoretical model as well as methodological and imaginative dimension of people with psychological distress is equal to the social and traditional imagery. The alternative hypothesis based on the assumption already described was rejected due to low knowledge of the jury about the theoretical technology basis. It was concluded that the realization of this thesis helps to reframe and humanize the nursing care along with people in psychological distress, given the instrumentalization of professionals and academics to apply the aesthetic and sociopoetic perspective in their professional practice.

Keywords: Mental Health. Psiquiátrica. Teoria Tidal Model nursing. Technology of care. Sociopoetic method.

RESUMEN

SILVA, Leandro Andrade. *Perspectiva estética y la socio-poética de cuidar con personas con trastornos psicológicos aplicando la Teoría Modelo de la Marea*. Tesis. 2015. 214 f. (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

El objeto de estudio es la necesidad de innovar a través de tecnologías de atención de salud / bienestar en el área de la salud mental, se centran en la atención de enfermería, junto con la gente en los trastornos psicológicos (PT). La tesis de la suposición es que la aplicación de una tecnología de la atención de enfermería centrada en una teoría centrada en la integridad del ser, al igual que la perspectiva estética y la socio-poética, junto con el cliente en los trastornos psicológicos, contribuyen al bienestar de esto y profesional que ayuda a cuidar. Tuve como objetivo principal proponer una tecnología adecuada para el desarrollo de la atención basada en la teoría de enfermería, junto con los clientes, que cuenta con la estética y la socio-poética perspectiva de los cuidados de enfermería; y cómo específicos: analizar la dimensión imaginativa de los estudiantes de enfermería que asisten a la disciplina de Psiquiatría y Salud Mental, acerca de la persona con trastornos psicológicos, e identificar sus características individuales; desarrollar un curso en el Modelo de la Marea para alentar a los estudiantes de postgrado en enfermería, registrados en la disciplina de la psiquiatría y la salud mental en el contexto de socio-poéticas talleres, destinados a la adquisición de conocimientos que faltan en el contenido de esta disciplina y facilitar la comprensión de la filosofía y la teoría Socio-poética ; proyecto basado en suposiciones y compromisos en la teoría de enfermería Modelo de la Marea y los principios filosóficos de la teoría Socio-poética un protocolo / tecnología para permitir la aplicación de la estética y la socio-poética perspectiva de la atención de enfermería, junto con la gente; validar la tecnología de protocolo / aplicación diseñada para el cuidado de la comodidad y el bienestar de los clientes con un jurado compuesto por enfermeras, riendo calificación y desempeño relevante en el área de la salud mental. El marco teórico fuera la teoría Modelo de la Marea y la filosofía y la teoría Socio-poética. Desde abril 2014 a agosto 2015, después de la aprobación del COEP, la investigación se ha desarrollado en una universidad pública en Río de Janeiro, la aplicación del método mixto: socio-poético, cualitativo, descriptivo, a través de la experiencia técnica de lugares geométicos y dinámica el cuerpo como un territorio mínimo mediante el diseño libre; el método cuantitativo, descriptivo, cuyos datos obtenidos fueron tratados con estadísticas descriptivas simples, y la técnica Delphi utilizada para la validación del protocolo elaborado. Se encontró que los objetivos formulados se han conseguido, lo que demuestra la necesidad de la instrumentalización de la atención de salud mental, con el apoyo de un modelo teórico, así como dimensión metodológica e imaginativa de las personas con SP es igual a la imaginaria social y tradicional. La hipótesis alternativa basada en el supuesto de que ya se ha descrito fue rechazada debido a la baja jurado de conocimiento sobre las bases teóricas de la tecnología. Se concluyó que la realización de esta tesis ayudará a replantear y la humanización de la atención en enfermería bien con la gente en la angustia psicológica, dada la instrumentalización de profesionales y académicos para aplicar la perspectiva estética y la socio-poética en su práctica profesional.

Palabras clave: Salud Mental. Enfermería Psiquiátrica. Teoría Modelo de la marea.
Tecnología de la atención. Método socio-poético.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Esquema de desenvolvimento do Método Delphi.....	95
Figura 2 -	Etapas da dinâmica do corpo como território mínimo.....	106
Figura 3 -	Lugares geomíticos.....	107
Figura 4 -	Desenho da Pesquisa Sócio-poética.....	112
Figura 5 -	Diagrama dos componentes da análise categorial da DCTM - Rio de Janeiro – 2015.....	145
Figura 6 -	Síntese sobre as respostas referentes a autoimagem. Rio de Janeiro, 2015.....	146
Figura 7 -	Autodesenho da copesquisadora 03. Rio de janeiro, 2014.....	147
Figura 8 -	Autodesenho da copesquisadora 04. Rio de janeiro, 2014.....	148
Figura 9 -	Autodesenho da copesquisadora 05. Rio de janeiro, 2014.....	149
Figura 10 -	Autodesenho da copesquisadora 23. Rio de janeiro, 2014.....	150
Figura 11 -	Autodesenho do copesquisador 25. Rio de janeiro, 2014.....	151
Figura 12 -	Autodesenho da copesquisadora 06. Rio de janeiro, 2014.....	153
Figura 13 -	Autodesenho da copesquisadora 09. Rio de janeiro, 2014.....	154
Figura 14 -	Autodesenho da copesquisadora 17. Rio de janeiro, 2014.....	155
Figura 15 -	Autodesenho da copesquisadora 18. Rio de janeiro, 2014.....	156
Figura 16 -	Autodesenho da copesquisadora 07. Rio de janeiro, 2014.....	157
Figura 17 -	Autodesenho da copesquisadora 08. Rio de janeiro, 2014.....	158
Figura 18 -	Autodesenho da copesquisadora 19. Rio de janeiro, 2014.....	159
Figura 19 -	Autodesenho da copesquisadora 20. Rio de janeiro, 2014.....	160
Figura 20 -	Autodesenho da copesquisadora 22. Rio de janeiro, 2014.....	161
Figura 21 -	Autodesenho da copesquisadora 10. Rio de janeiro, 2014.....	162
Figura 22 -	Autodesenho da copesquisadora 26. Rio de janeiro, 2014.....	163
Figura 23 -	Autodesenho da copesquisadora 28. Rio de janeiro, 2014.....	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População geral e população do hospital psiquiátrico entre as décadas de 1950 à 1970.....	31
Tabela 2 -	Clientes ingressos no hospital psiquiátrico entre as décadas de 1950 à 1970.....	31
Tabela 3 -	População geral e população do hospital psiquiátrico.....	31
Tabela 4 -	Leitos em hospitais psiquiátricos por Unidade Federativa.....	48
Tabela 5 -	Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002 - jul/2012).....	49
Tabela 6 -	Recursos do SUS em hospitais psiquiátricos e serviços extra hospitalares	50
Tabela 7 -	Tipo, quantitativo de CAPS x Ano de implementação, Brasil, 2013.....	60
Tabela 8 -	Número de Residências Terapêuticas por UF (jul/2012). Brasil, 2013.....	62
Tabela 9 -	Características individuais e profissionais dos avaliadores dos IPDs. Rio de Janeiro, 2014. (N=14).....	166
Tabela 10 -	Distribuição de frequência das respostas dos juízes as 19 questões formuladas em escala categoria. Rio de Janeiro.....	168
Tabela 11 -	Distribuição de frequência das respostas dos juízes as questões formuladas em escala de likert.....	176

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Leitos psiquiátricos do SUS por ano (BRASIL, 2002 – jul/2012).....	47
Gráfico 2 -	Leitos psiquiátricos por porte hospitalar (BRASIL,2002 – jul/2012).....	50
Gráfico 3 -	Recursos do SUS em hospitais psiquiátricos e serviços extra hospitalares.....	50
Gráfico 4 -	Implementação de CAPS ao longo dos anos. Brasil, 2013.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Autorização do Dr. Barker para utilização do <i>Tidal Model</i> , Escócia, 2014.....	92
Quadro 2 -	Convite para participação na pesquisa desenvolvida na <i>Mälardalen University</i> , Escócia, 2015.....	93
Quadro 3 -	O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de janeiro, 2014.....	132
Quadro 4 -	Temas individuais da dinâmica do corpo como território mínimo. Rio de Janeiro, 2015.....	140
Quadro 5 -	Categorias e temas individuais do GP na DCTM. Rio de Janeiro, 2015.....	143
Quadro 6 -	Questionamentos avaliados nos IPDs, Rio de janeiro, 2014.....	167

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIHs	Autorizações de Internação Hospitalar
BDENF	Base de dados em Enfermagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca
CITM	Clientes Institucionalizados com Transtornos Mentais
CPs	Cuidados Paliativos
DCTM	Dinâmica do Corpo como Território Mínimo
EAN	Escola Anna Nery
EEAP	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
GP	Grupo Pesquisador
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IPD	Instrumento de Produção de Dados
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PRH	Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QV	Qualidade de Vida
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RTs	Residências Terapêuticas

SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgências
SISME	Sistema de Informações em Saúde Mental
SM	Saúde Mental
SP	Sofrimento Psíquico
SRT II	Serviços Residenciais Terapêuticos de Cuidados Intensivos
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPCPEECITM	Tecnologia/Protocolo para Cuidados Paliativos em Enfermagem Específicos aos Clientes Internados com Transtorno Mental
UF	Unidade Federativa
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VLG	Vivência dos lugares geomíticos

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	19
1	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	27
1.1	Histórico da assistência em psiquiatria e saúde mental no Brasil.....	27
1.2	Processo histórico do cuidar em enfermagem psiquiátrica.....	32
1.2.1	<u>Formação da enfermagem psiquiátrica no Brasil contextualizada a alguns aspectos mundiais.....</u>	36
1.3	O adoecimento psíquico cronicado com a institucionalização.....	41
1.4	Impactos da assistência hospitalocêntrica e as necessidades de mudanças assistenciais.....	45
1.5	O cuidado em saúde mental como advento da reforma psiquiátrica brasileira.....	52
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	65
2.1	Para entender Phil Barker e a teoria <i>Tidal Model</i>.....	66
2.2	Perspectiva estética/sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico: apropriação da teoria <i>Tidal Model</i>.....	70
3.	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	82
3.1	A perspectiva estética e sociopoética.....	82
3.2	Gênese da Sociopoética.....	85
3.3	Metodologia.....	91
3.3.1	<u>Estratégias de pesquisa.....</u>	93
3.3.2	<u>Critérios de inclusão e de exclusão dos participantes da pesquisa.....</u>	97
3.3.3	<u>Campo e participantes da pesquisa.....</u>	98
3.4	Etapas do método sociopoético.....	98
3.4.1	<u>Primeira etapa - Instituição do Grupo-Pesquisador - dispositivo analítico da sociopoética.....</u>	99
3.4.2	<u>Segunda etapa - Delimitação do Grupo/Sujeito da Pesquisa.....</u>	100
3.4.3	<u>Terceira etapa - Investigação temática.....</u>	101
3.4.4	<u>Quarta etapa - Oficinas sociopoéticas para produção de dados.....</u>	104
3.4.4.1	<u>Aplicação da Dinâmica do corpo como território mínimo.....</u>	105

3.4.4.2	Vivência de Lugares Geomíticos	107
3.4.5.	<u>Quinta etapa – Análise / apresentação dos dados produzidos / contra análise...</u>	108
3.4.5.1	O estudo dos dados pelos facilitadores em sociopoética.....	109
3.4.5.2	Contra análise.....	110
3.4.6	<u>Sexta etapa – Validação dos conhecimentos produzidos pelos copesquisadores.....</u>	111
3.4.7	<u>Tratamento dos dados produzidos.....</u>	112
3.4.8	<u>Instrumentos de produção de dados.....</u>	113
3.5	Aspectos éticos.....	114
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	115
4.1	Imaginário de graduandos de enfermagem sobre a pessoa com sofrimento psíquico: estudo sociopoético	115
4.2	Resultados e discussão obtidos mediante a dinâmica do corpo como território mínimo.....	130
4.2.1	<u>Categorias temáticas emergentes da frequência dos temas individuais.....</u>	141
4.2.2	<u>Análise da prática de desenhos livres realizados pelos membros do GP.....</u>	145
4.2.2.1	Categoria - Energizada e repleta de coisas boas.....	147
4.2.2.2	Categoria - Necessidade de transformações.....	152
4.2.2.3	Categoria - Sinceridade e autoestima elevada.....	157
4.2.2.4	Categoria - Insatisfeita com seu corpo.....	162
4.3	Análise das ações de enfermagem frente às concepções do <i>Tidal Model</i> e sua vinculação com a sociopoética.....	165
	CONCLUSÃO.....	177
	REFERÊNCIAS.....	181
	APÊNDICE A – Características sociodemográficas e profissionais dos graduandos de enfermagem participantes da pesquisa.....	195
	APÊNDICE B – Formulário Dinâmica do Corpo como Território Mínimo	196
	APÊNDICE C – Formulário de Respostas referentes à Dinâmica do Corpo Território Mínimo.....	197

APÊNDICE D – Formulário de Vivência de Lugares Geomíticos.....	198
APÊNDICE E – Características sociodemográficas e profissionais dos profissionais atuantes em Psiquiatria e Saúde Mental participantes da pesquisa.....	199
APÊNDICE F – Instrumento de Produção de Dados 1.....	201
APÊNDICE G – Instrumento de Produção de Dados 2.....	205
APÊNDICE H - Parecer da Universidade Federal Fluminense.....	208
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	0
APÊNDICE J - Termo de confidencialidade e sigilo.....	217
ANEXO - Parecer do Comitê de Ética.....	219

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado insere-se na Linha de Pesquisa Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ). Vincula-se ao projeto de bolsa de produtividade em pesquisa, do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) - A Perspectiva estética/sociopoética no cuidar em enfermagem: identificando necessidades de autocuidado para a promoção da saúde, em desenvolvimento no período de 2013 a 2016.

Seu tema apresenta-se adequado à área de concentração do PPGENF/UERJ - Enfermagem, saúde e sociedade, haja vista se referir ao campo de conhecimento relacionado à atualidade do alcance dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), destacando sua exequibilidade, limites e resultados obtidos no atendimento de saúde, bem-estar das pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico.

Relevando a importância do tema escolhido, descreve-se que nas últimas décadas o Brasil tem passado por profundas transformações no atendimento destinado às pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, alerta Gonçalves (2001): um dos grandes desafios, impostos para os diversos processos de reforma psiquiátrica é a transferência da assistência aos clientes graves, internados há longos anos em hospitais psiquiátricos, para alternativas de atendimento na comunidade.

Em função dos efeitos deletérios da institucionalização prolongada, os indivíduos com vínculos sociais esmaecidos, apresentam dificuldade para viverem sozinhos e gerenciar suas vidas em sociedade. Alguns foram ao longo dos anos incluídos em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e outros não.

Tais fatos me incitaram implicações de ordem histórica existencial, afetiva e estrutural profissional, pois justamente, os que precisavam de atendimento especial não foram alvos de propostas assistenciais substitutivas ao modelo hospitalar/manicomial. Isso porque nos interessa entender as concepções teóricas e a aplicação destas no cuidado por parte dos graduandos e dos profissionais de enfermagem, atuantes na área de Saúde Mental (SM).

Dados do Ministério da Saúde (MS) revelaram que no ano de 2011, no Brasil, existiam 32.284 indivíduos internados em hospitais psiquiátricos. Um dado assustador haja a vista a luta histórica de diferentes atores sociais para o fim dos manicômios nesse país. Os sujeitos

que ainda se encontram nesses espaços, representam uma lacuna à Reforma Psiquiátrica (RP) não preenchida. Eles, por assim dizer, seriam o que restou dos diferentes processos dessa reforma.

Alguns hospitais psiquiátricos realizaram mudanças estéticas em enfermarias para lhes dar um aspecto mais humano. Atualmente, em função da idade avançada e da impossibilidade, sejam logística ou assistencial, os clientes quase que em sua totalidade idosos, permanecem internados. Mesmo 12 anos após a promulgação da Lei 10.216/2001 que exigiu o progressivo fechamento de espaços com características asilares, ainda há pessoas internadas.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através de seu Sistema de Informações em Saúde Mental (SISME) existiam aproximadamente 1661 usuários internados por mais de dois anos nos hospitais ou clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos cinco anos.

Questões éticas são urgentes, sendo uma delas constantemente discutida, referente ao contexto da desinstitucionalização que caracterizou os debates nas últimas décadas na área de SM. Sua ênfase relaciona-se ao retorno dos indivíduos com transtornos mentais às comunidades, visando resgatar sua integridade, identidade e vida familiar, comunitária e profissional. Mas restaram sujeitos internados sem a contemplação de diferentes tentativas de desinstitucionalização. Pensar sobre o cuidado ofertado a esses se faz urgente para que ocorram transformações nos modelos de prática (UCHÔA, 2001).

Uma ética do cuidado e das virtudes revela-se como apropriada para a aplicabilidade dos cuidados em saúde mental. Ela enfatiza essencialmente a natureza vulnerável e dependente dos seres humanos, enfocando a qualidade das relações, e das decisões. Assim, as pessoas com transtornos mentais em estágio mais avançado e/ou crônico da doença, gozam dos mesmos direitos que outros sujeitos em sofrimento psíquico (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2012).

É oportuno destacar e compreender um conceito de justiça descrito por Pegoraro (2006, p.56) utilizado na área de bioética: “a justiça, como cuidado e proteção às pessoas enfraquecidas, em sua capacidade física e decisória é fazer justiça (tratar cuidadosamente) às pessoas concretas em situação biológica e psíquica debilitada”. Reforça o autor que, mais amplamente, compreende-se a justiça como cuidado abrangente às camadas sociais excluídas, pois estes extratos sociais são doentes e debilitados em seus direitos vitais mais elementares.

Transformações significativas começaram a ocorrer no Brasil, após o período de ditadura militar, marcando o início formal da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Através da Declaração de Caracas, em 1990, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. O Brasil iniciou inúmeras mudanças na assistência em saúde mental (BERLINCK, MAGTAZ, TEIXEIRA, 2008).

Através de uma complexa e sistemática política pública, consubstanciada em uma legislação ampla (leis nacionais, estaduais e municipais; portarias interministeriais), refletidas na ampliação dos direitos dos indivíduos com sofrimento psíquico (SP), bem como na criação de alternativas assistenciais. Entre essas destacam-se: redirecionamento do modelo assistencial; regulamentação de um cuidado especial para clientes internados por muitos anos; punições para internações involuntárias ou desnecessárias; redução de leitos em hospitais psiquiátricos e criação de vagas em hospitais gerais; concessão de auxílio reabilitação psicossocial; humanização da assistência em SM destinada a detentos, possibilitando o pensamento sobre um novo modo de tratar com a questão dos manicômios judiciários; assistência farmacêutica que assegurasse a dispensação de medicamentos básicos de saúde mental; dentre outras (BERLINCK, MAGTAZ, TEIXEIRA, 2008).

Em síntese, a RP proporcionou a criação de alternativas terapêuticas visando à inclusão dos clientes e seus respectivos familiares na sociedade e na cultura. Nesse contexto, escolheu-se o objeto de estudo desta tese – A perspectiva estética e sociopoética do cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico: aplicando a teoria *Tidal Model*.

Partindo de questionamentos e pressuposições

Alerta Uchôa (2001), que pensar sobre o cuidado ofertado faz-se urgente, para que ocorram transformações nos modelos de prática. Nos últimos anos, na área de saúde, desgastes vem ocorrendo, muitas são as reclamações por parte da população, quanto ao desgaste e a indiferença, bem como pela maneira desatenciosa de atender de alguns profissionais. A fim de minimizar e mudar essa realidade, desde 2001, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a humanização do atendimento, através de um programa específico.

Santos et. al. (2012) chamam a atenção para a adoção histórica do modelo biomédico, pois este responde apenas às necessidades vitais do corpo físico, sem possibilitar a reflexão sobre a insuficiência de seu enfoque prioritário nas múltiplas dimensões corporais, nas causas

físicas e psíquicas das doenças. A contradição dessa opção com o discurso da integralidade do cliente, alvo da atenção humanista pretendida pela enfermagem, provoca conflitos naqueles que, efetivamente a praticam.

Embora cuidar seja um atributo inerente a todos os seres humanos na área da saúde, em especial, na enfermagem, o cuidado é algo genuíno e peculiar. Só se promove o cuidado integral, quando efetivamente é desenvolvido por quem está próximo, junto com o cliente, convivendo e interagindo nos seus movimentos de ser e de estar nessa situação ou condição do viver (SANTOS et. al., 2012).

Assevera Waldow (2010), que o termo cuidado humano foi internacionalmente difundido na enfermagem através dos pressupostos de teóricas a exemplo de Jean Watson e Madeleine Leininger. Para Collière (2003) cuidar é uma arte que precede todas as outras, sem a qual seria impossível a existência. Está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas.

No caso específico desta tese, nos interessa a concepção e a aplicação do cuidado por parte dos profissionais de saúde mental, principalmente os enfermeiros que atendem pessoas que possuem sofrimento psíquico. Tais pessoas podem estar em atendimento nos CAPs e/ou internados em instituições psiquiátricas, inclusive com características asilares. Algumas questões nos incitam a propor uma nova perspectiva para o cuidar em saúde e enfermagem, tais como:

- Como construir um protocolo e/ou tecnologia de efetivo atendimento aos usuários do sistema de saúde que possuem sofrimento psíquico?

- Para esses indivíduos o protocolo de cuidado de enfermagem ofertado em Saúde Mental (SM) contemplaria os aspectos teórico-práticos indispensáveis ao bem-estar das pessoas?

Um pressuposto desta tese é a elaboração de uma tecnologia/protocolo de enfermagem centrada em teorias valorizando a integralidade do ser, tais quais, o *Tidal Model* e a Perspectiva Estética Sociopoética, se aplicada junto com o cliente em sofrimento psíquico contribui para o bem-estar deste e do profissional que o ajuda a se cuidar.

Hipóteses:

Substantiva: A aceitação da coerência, adequação e exequibilidade de uma tecnologia/protocolo de cuidados centrada no *Tidal Model* e nos princípios filosóficos da

Sociopoética contribui para sua futura aplicação visando contribuir para que clientes com sofrimento psíquico tenham autonomia e instrumentalize os profissionais que os atendem.

H-1 Alternativa: Existe associação significativa, entre os membros do júri da validação, sobre a concordância referente à coerência, adequação e exequibilidade de uma tecnologia/protocolo de enfermagem centrado no *Tidal Model* e princípios filosóficos da Sociopoética à ser aplicado visando o bem-estar dos clientes com sofrimento psíquico e a autonomia e a instrumentalização dos profissionais que os atendem.

Hipótese nula: Inexiste associação significativa, entre os membros do júri da validação, sobre a concordância referente à coerência, adequação e exequibilidade de uma tecnologia/protocolo de enfermagem centrado no *Tidal Model* e princípios filosóficos da Sociopoética à ser aplicado visando o bem-estar dos clientes com sofrimento psíquico e a instrumentalização dos profissionais que os atendem.

Objetivos:

Geral:

Propor uma tecnologia adequada ao desenvolvimento de cuidados fundamentados em teoria de enfermagem, junto com os clientes em sofrimento psíquico, que caracterize a perspectiva estética e sociopoética do cuidar em enfermagem.

Específicos:

Analisar a dimensão imaginativa de graduandos de enfermagem frequentando a disciplina de Psiquiatria e Saúde mental sobre a pessoa com sofrimento psíquico, bem como identificar suas características individuais.

Desenvolver um curso sobre o *Tidal Model* para incentivar os estudantes de graduação em enfermagem, inscritos na disciplina de Psiquiatria e Saúde mental, no contexto de oficinas sociopoéticas, visando aquisição de conhecimentos inexistentes no conteúdo desta disciplina e facilitar o entendimento sobre a filosofia e teoria Sociopoética.

Elaborar com base nos pressupostos e compromissos assumidos na teoria de enfermagem *Tidal Model* e nos princípios filosóficos da teoria Sociopoética um protocolo/tecnologia para viabilizar a aplicação da perspectiva estética e sociopoética do cuidar em enfermagem, junto com as pessoas.

Validar o protocolo/tecnologia elaborado para aplicação de cuidados destinados ao conforto e bem-estar dos clientes junto com os profissionais de enfermagem com qualificação pertinente e atuação na área de saúde mental.

Contribuições esperadas e limitações do estudo

Acreditou-se que, através da realização desta tese, será possível contribuir para um cuidado de qualidade em saúde mental, haja vista, a instrumentalização e/ou atualização dos profissionais e dos estudantes acerca dos princípios do *Tidal Model* e dos princípios filosóficos e fundamentos teóricos da Sociopoética.

Portanto, é urgente e importante valorizar as experiências e vivências desses profissionais para a validação do protocolo/tecnologia de cuidados de enfermagem em saúde mental. Do mesmo modo, Santos, Silva e Guerra (2015) ressaltam a participação dos graduandos, visando seu crescimento individual e profissional para lidar com pessoas com necessidades de desenvolver sua autonomia, principalmente quanto à responsabilidade de sua própria vida.

As atividades constituintes do processo de trabalho em saúde podem denominar-se de tecnologias. Podem ser compreendidas por:

Tecnologia refere-se ao saber prático ou habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos, parte originária do cotidiano, no nível da própria atividade empírica, e parte originária da necessidade de se estabelecerem procedimentos sistematizados para a operacionalização de uma atividade prática (COTTA; CASTRO; BOTTLI, 2010, p. 473).

Cotidianamente na área de saúde mental, as tecnologias emergem dos processos de trabalho, no qual, articulam-se os conjuntos de saberes, instrumentos e práticas. Com o advento da reforma psiquiátrica, novas tecnologias para cuidar de sujeitos em sofrimento psíquico surgiram (COTTA; CASTRO; BOTTLI, 2010). Tais como os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RTs), dentre outros dispositivos de base comunitária.

Espera-se que essa pesquisa sirva de inspiração e de subsídios para novos estudos destinados ao cuidado e ao bem-estar de pessoas com sofrimento psíquico, inclusive, as internadas em hospitais psiquiátricos. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha contribuído para operacionalizar uma grande mudança no cenário brasileiro, ainda pode ser observado em instituições asilares que ela possui limitações além de sua ideologia.

Possivelmente o cuidado ofertado em saúde mental, que se convencionou denominar através da expressão cuidados continuados, efetivamente apontaria para a necessidade de cuidados de enfermagem de qualidade em SM. Em um estudo de Loyola (2008) apresenta-se esse conceito, compreendido como o cuidado destinado a clientes que ultrapassaram a fase clínica aguda e o risco de morte, compreendendo uma convalescença monitorada ainda dentro do ambiente hospitalar, indicativa da necessidade de ofertar o *home care*.

O possível receio de adotar a expressão Cuidados Paliativos (CPs) em saúde mental se deve a visão errônea e muitas vezes limitada, na qual, acreditam-se que este tipo de cuidado se destinam aos pacientes terminais. No Brasil, o senso comum entende os CPs como uma ação ou medida que na verdade não irá resolver um determinado problema, seria como colocar “panos quentes” numa realidade que permanecerá inalterada (PESSINI; BERTACHINI, 2011).

Existiram limitações para a execução desta tese, principalmente se fossem consideradas as ideologias da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Uma delas é a desinstitucionalização, indiscutivelmente necessária. Porém, diante de diferentes impasses e limitações, foi impossível até os dias atuais acabar com todas as instituições psiquiátricas com características asilares. Alguns indivíduos em sofrimento psíquico aguardam há décadas pela possibilidade de viver fora do espaço manicomial. Destes, existem aqueles que possuem vários problemas clínicos agravados pela idade avançada e pelo tipo de cuidado para atender às suas necessidades de saúde.

A morte é inevitável, mas há muito que fazer na linha do cuidado da mortalidade e da finitude humana, expressas nas necessidades humanas físicas, psíquicas, sociais e espirituais, com especial atenção à qualidade de vida/ bem-estar e controle de sintomas deletérios. É nesta perspectiva que os cuidados de enfermagem muitas vezes considerados como CPs realmente são efetivos e eficazes, e é uma proposta de cuidado à pessoa até o momento de se despedir da vida (PESSINI; BERTACHINI, 2011).

Existem necessidades éticas urgentes na área de saúde mental, e os sujeitos em estágio de cronicidade da doença enquadram-se nestas. Para eles, é preciso elaborar propostas que se integrem aos projetos terapêuticos singulares. Desde que compreendam as limitações apresentadas, bem como as suas necessidades de cuidado. A prioridade é do cuidado, pois pouco se fala da saúde do indivíduo com sofrimento psíquico em situação crônica. Limitam a sua compreensão, apenas aos diversos comprometimentos psíquicos. Urge a necessidade de se discutir sobre o estado de bem-estar físico, social, espiritual, bem como o mental, mesmo que ela possa ser utópica.

Espera-se que para além do cenário assistencial, esta pesquisa possa contribuir na formação dos profissionais de saúde mental. Pesquisar sobre a promoção do bem-estar de pessoas com enfermidades psíquicas crônicas, permite a compreensão não apenas de sua saúde, mas também possibilita a aplicação do conceito de ortotanásia em SM, compreendido pela promoção do bem morrer, rejeitando o que há anos verifica-se nesta área, que é a mistanásia, compreendida pela morte infeliz, caracterizada pela violência em suas diferentes dimensões; exclusão e a pobreza (MCCOUGHLAN, 2011).

Para esse autor, o componente ético é de suma importância para os profissionais de saúde mental. Há o desafio de integrar o conhecimento científico, as competências técnicas e principalmente, a sensibilidade humana e a ética numa abordagem transdisciplinar. Instrumentalizando a atuação, bem como a formação profissional, a fim de compreender o sujeito com uma patologia psíquica crônica como uma pessoa, possibilitando assim, desconstruir a visão marginalizada existente sobre esta.

Os indivíduos com quadro patológico cronicado não devem ser encarados como sujeitos para o qual nada mais se pode fazer. Em um estudo realizado sobre esse assunto por Silva et. al. (2011) destacaram-se os aspectos negativos que os profissionais se referiam a esses. Portanto, a representação social desses sujeitos é ancorada no imaginário social que é carregado de aspectos estigmatizantes, associados ao medo, a ausência de perspectivas de regresso ao convívio social e a periculosidade. Afirma Melo (2011), que mudar esses aspectos é fundamental para a incorporação de novas práticas profissionais, baseadas no bem-estar de quem envelheceu asilado.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Histórico da assistência em psiquiatria e saúde mental no Brasil

O saber psiquiátrico no Brasil, desde sua constituição no século XIX, até o início do século XX, seguiu a linha da escola francesa de Phillipe Pinel, introduzida no país a partir dos textos de Esquirol, os quais serviram de base para a constituição do primeiro hospital para alienados - Hospício de Pedro II. Por volta de 1890, o modelo *pineliano* sofreu diversas críticas e começa a ser substituído pela teoria Kraepeliana, isto deu início a mudanças radicais no saber e nas práticas assistenciais em psiquiatria (PORTOCARRERO, 2002).

Verificou-se a necessidade de reformulação do asilo, a partir do início da república, pois era necessário que ele pudesse cumprir suas funções tidas como terapêuticas. Para isso, fez-se necessário reforçar o papel do médico no exercício de total poder sobre as pessoas consideradas alienadas, tanto na determinação dos que estavam mentalmente doentes, quanto na decisão sobre o melhor encaminhamento a ser dado a cada uma delas. Teixeira Brandão, afirmava que o médico deveria ser colocado na posição central em relação a tudo que se referisse à vida do dito louco (PORTOCARRERO, 2002; PORTOCARRERO, 2010).

No ano de 1903, na cidade do Rio de Janeiro, Rodrigues Alves, então presidente, nomeou para assumir a direção dos serviços de saúde pública o médico Oswaldo Cruz e para a Direção do Hospício Nacional, Juliano Moreira. A partir de então, a saúde pública e a psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, removendo as chamadas imundices e a morrinha, os cortiços classificados como focos de infecção, os desempregados considerados focos de desordem, que infestavam as cercanias do porto e ruas do centro (RESENDE, 2000; PORTOCARRERO, 2002).

Sobre esta parceria de trabalho, Resende (2000, p. 45) destaca:

Oswaldo Cruz e Juliano Moreira, os dois gigantes da ciência de seu tempo, na Medicina Sanitária e na Medicina Mental. Louva lhes o espírito prático, a rapidez, a firmeza nas decisões, o mesmo repúdio à cultura livresca e ao ensino acadêmico e a mesma fonte de inspiração (são ambos germanófilos). Convém ficar claro, no entanto, que, nesta faina comum a que se lançam a Saúde Pública de Cruz e a Psiquiatria de Moreira, coube a esta última apenas o papel complementar, secundário, menos espetacular para os registros da História, o de recolher as sobras humanas do processo de saneamento, encerrá-las no asilo e tentar, se possível, recuperá-las de algum modo.

A psiquiatria passou a ser um saber necessário à sociedade, a partir das contribuições de Juliano Moreira, visto que ele a tornou cada vez mais científica, fundamentando-a na medicina. Com isto, os médicos buscavam por respaldo político para a implantação de um novo modelo psiquiátrico, sobretudo no que tange às formas de assistência. Intensificaram-se os debates científicos entre os médicos psiquiatras brasileiros, já comuns há muitos anos na Europa (PORTOCARRERO, 2002).

A partir do modo de pensamento desenvolvido por Juliano Moreira, surgiu no Brasil uma linha psiquiátrica bem definida, a qual suscitava um debate científico entre os médicos da época. Sua concepção teórica tinha a seguinte fundamentação:

Sua teoria se baseia no modelo de Kraepelin, grande reformador da psiquiatria clássica. O trabalho teórico de Juliano Moreira denota o ideal científico do final do século XIX, que se estende até nosso século, de fazer o discurso da medicina clínica penetrar no conhecimento sobre a loucura. Seu objetivo é obter uma objetividade do mesmo tipo que a médica, por meio de seus estudos no campo da etiologia orgânica dos distúrbios mentais de maneira muito mais articulada. A teoria da degenerescência desenvolvida por Morel lhe fornece uma base para que o estatuto de cientificidade pareça, nesse sentido, ser alcançado (PORTOCARRERO, 2002, p. 65).

Juliano Moreira tentou incutir nos psiquiatras brasileiros a racionalidade médica, através de um julgamento diagnóstico e prognóstico, com base na teoria de Kraepelin. Em sua concepção, “quanto mais estabilizada a ciência, mais numerosas as classificações, pois expressam as tentativas dos investigadores ao trilharem os mais diversos caminhos do conhecimento” (PORTOCARRERO, 2002, p. 66).

Onde possa emergir a doença mental, a prática psiquiátrica estará presente, não se limitando apenas ao asilo, ela tornou-se cada vez mais abrangente e específica. Sobre isto Portocarrero (2002, p. 103) escreveu:

Os ‘verdadeiros doentes’ serão separados dos senis, dos epiléticos, dos alcoólatras, dos alienados criminosos, gerando certo número de iniciativas práticas, como o projeto de criação de colônias agrícolas especiais para o atendimento a esses desviantes, a criação do Manicômio Judiciário, a penetração explícita da psiquiatria na Justiça e a aprovação de uma lei federal de assistência.

No início do século passado, proliferaram-se colônias agrícolas no país, para complementar os hospitais tradicionais já existentes, ou como única opção predominante. Um dado interessante surge a respeito dos crônicos, de acordo com Resende (2000, p. 50) “das colônias, esperava-se, que dariam conta do resíduo de crônicos que as instituições ‘urbanas’ produziam em quantidades crescentes”. O Brasil nutriu no passado um grande interesse por essa modalidade assistencial, como pode ser visto na citação a seguir:

No Brasil, a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão das outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa,

mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento. As necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinham nas concepções e atividades em relação ao trabalho, prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. Era preciso reverter ao ‘normal’ a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas a características da índole de certos grupos sociais e étnicos. Esta ideologia não contaminou somente a psiquiatria; o direito colocou a vadiagem no rol dos delitos e contravenções puníveis com prisão. [...] Além disso, a ideia da implantação de colônias agrícolas para doentes mentais se coadunava com a decantada vocação agrária da sociedade brasileira. ‘O fazendeiro é o tipo representativo da nacionalidade e a fazenda é ainda o lar brasileiro por excelência, onde o trabalho se casa com a doçura da vida e a honestidade dos costumes completa a felicidade [...] o Brasil repousa sobre o núcleo social expresso pelas fazendas’, dizia Júlio Prestes, já em 1930 (RESENDE, 2000, p. 47-8).

Já naquela época, restava ao hospital agrícola ater-se a sua única função, a mesma desde a criação do hospital psiquiátrico no Brasil, ou seja, “a de excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade” (RESENDE, 2000, p. 52). Estes espaços geograficamente eram situados à centena de quilômetros dos locais de onde provinha sua clientela, sem nenhuma preocupação com os processos sociais de exclusão e de seleção do “material” que lhes chegava e sobre o qual deveriam intervir (RESENDE, 2000).

De acordo com Lougon (2006) no ano de 1905, Afrânio Peixoto, escreveu uma carta endereçada ao Ministro do Interior. Nela ele relatava as condições que se encontravam as instituições psiquiátricas da então capital do país, a seguir parte desta carta:

Entre outros reclamos que este documento consigna, peço a vossa atenção para os seguintes pontos: a superlotação do atual hospício, que já não comporta, apesar das ampliações feitas, os insanos que lhe são confiados, em número sempre crescente; e estado de penúria em que se encontram as chamadas colônias de alienados, na Ilha do Governador. Estas duas lástimas, que carecem de remédio pronto, encontram-se na instalação de uma verdadeira e ampla colônia, capaz de abrigar todos os alienados para quem o trabalho for uma utilidade a seu estado e em proveito à comunidade. Será obra de humanidade e de civilização (PEIXOTO, 1905, p. 208 apud LOUGON, 2006, p. 60).

Juliano Moreira operou uma mudança do campo de ação da psiquiatria de uma única modalidade asilar, o hospício, ponto fundamental da prática psiquiátrica do século XIX, para diversas formas asilares, compreendendo as colônias agrícolas; o Manicômio Judiciário. Isto ocorreu, porque outro tipo de população passou a ser objeto da medicina mental, tais como os alcoolistas; a população à época considerada desviante; os portadores de sífilis; os pacientes epiléticos; os delinquentes. Para estes, foram criadas instituições especiais adaptadas às suas necessidades (PORTOCARRERO, 2002).

De acordo com Resende (2000), nas colônias encontravam-se pacientes crônicos, misturados a outros sujeitos julgados por condutas ou comportamentos classificados como

patológicos à época, a saber: moças namoradeiras que haviam sido desvirginadas e desonradas, crianças órfãs, arruaceiros, moradores de rua. Com isto, o contingente de pacientes só proliferava, sendo necessária a ampliação dos hospitais já existentes ou a criação de novos. Solicitavam-se inclusive cada vez mais recursos financeiros para a manutenção destes espaços.

A medicina reivindicava para si a cientificidade dos cuidados, alicerçados em princípios humanitários, porém, o que se encontrava era uma situação bem diferente desta ideologia, expressa na seguinte passagem sobre um hospital de Minas Gerais:

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares ecoavam pelos corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes jaziam com os punhos amarrados (...), cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético... Os braços livres que restavam, fora dos manguitos célebres, eram para atirar montões de fezes pelas paredes, que iam até os tetos. (...) Diariamente o chamado carro-forte da polícia despejava a porta do instituto, com guias dos Delegados, magotes de loucos de todo gênero. (...) Os loucos, com os pés e mãos atados... Eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta, o 'relho mestre', vibrado por braços de guardas habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumental de sevícias (RESENDE, 2000, p. 53).

Segundo Resende (2000) os hospitais psiquiátricos foram grandes fornecedores de cadáveres para os institutos/laboratórios de anatomia das faculdades de medicina. A situação tornava-se cada vez mais caótica, principalmente ao final da década de 1950, sobre isto, ele afirma:

A assistência psiquiátrica pública revelava ainda extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações que sofria a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, a partir do período da segunda grande guerra, e em se adaptar às modificações por que passava a sociedade brasileira. Ninguém ignora que a única função social, até agora, tivesse sido a simples exclusão do louco, mas, numa sociedade que se modernizava, este papel não mais podia ser desempenhado com tanta crueza e transparência; deveria ser minimamente dissimulado, abrigando, vestindo e alimentando, pelo menos, o material excluído. O descrédito que a instituição pública atingiu junto à população, expressado em marchinhas de carnaval, anedotas e rótulos pejorativos atribuídos a determinados hospitais, seria utilizado pouco mais tarde, no período mais recente, como evidência de sua incompetência e um forte argumento em favor da excelência da livre iniciativa (RESENDE, 2000, p. 55-6).

De acordo com Cerqueira (1984) de 1950 até 1970, a população internada em hospitais psiquiátricos aumentou 213%, enquanto que a população nacional deste período de 20 anos aumentou 82%, conforme expresso na tabela 1.

Tabela 1 - População geral e população do hospital psiquiátrico entre as décadas de 1950 à 1970.

Ano	População geral	Nº /índice	População hospitalar	Nº/índice
1950	51.944.397	100	24.234	100
1955	58.456.000	112	34.550	142
1960	70.967.185	136	49.173	203
1965	81.300.000	156	61.318	253
1970	94.508.554	182	77.126	318

Fonte: DINSAM e IBGE apud Cerqueira (1984, p. 87).

Em relação ao ingresso e as readmissões nos hospitais psiquiátricos, houve um crescimento galopante em 20 anos, como se observa na tabela 2.

Tabela 2 - Clientes ingressos no hospital psiquiátrico entre as décadas de 1950 à 1970.

Ano	1ª entrada	Readmissões	Total de ingressos	Nº/índice	Taxa de readmissões
1950	19.351	5.925	25.276	100	30,6
1955	30.937	10.882	41.819	165	35,1
1960	46.735	22.965	69.700	276	49,9
1965	69.513	39.497	108.010	427	56,9
1970	137.305	76.712	214.017	847	55,8

Fonte: DINSAM e IBGE apud Cerqueira (1984, p. 88).

Cabe destacar que, os dados assustadores expressos nesta tabela poderiam ser justificados por uma política centrada no hospital, a qual nas palavras de Cerqueira (1984) ignorava as práticas extra-hospitalares. Inclusive na década de 1970, o quantitativo de internações em instituições psiquiátricas superou as de clínica médica, conforme a tabela 3.

Tabela 3 - População geral e população do hospital psiquiátrico.

Clínicas do INPS	Pacientes internados em 31.12.1970	Doentes-dia em 1970	Permanência Média (TPM-DIAS)
Psiquiátrica	28.667	9.386.990	77,08
Médica	21.382	8.493.757	8,47
Cirúrgica	8.474	4.935.096	6,25
Fisiológica	8.164	2.904.533	138,68
Obstétrica	6.048	2.640.662	3,53

Fonte: Anuário IBGE, 1971 apud Cerqueira (1984, p. 90).

Lougon (2006) cita que um dos hospitais colônia, localizado no município do Rio de Janeiro em 1973 chegou a abrigar 5.200 pacientes, porém, nos anos seguintes houve uma gradual diminuição deste número, justificada pela desativação gradual de núcleos de moradia

e de pacientes internados. Há um fato histórico importante, no Brasil os macro-hospitais psiquiátricos eram na década de 1960 administrados pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão inserido na Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), uma das secretarias do MS, que passou os encargos administrativos para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Nas palavras de Resende (2000) cabia a psiquiatria simplesmente recolher e excluir as sobras humanas, produzidas em diferentes momentos históricos por organizações sociais. Na década de 1970, o quantitativo de indivíduos internados aumentou estratosfericamente. Neste período, a rede ambulatorial funcionava como captadora de pacientes para internação em hospitais psiquiátricos, principalmente os da rede privada. Ao final desta década, existiam 90.000 pessoas internadas em instituições psiquiátricas no Brasil.

1.2 Processo histórico do cuidar em enfermagem psiquiátrica

Tentar-se-á apresentar os principais acontecimentos que caracterizem as mudanças paradigmáticas do cuidar em enfermagem, desde as práticas realizadas nos grandes hospícios até os atuais dispositivos de reabilitação psicossocial. No Brasil, com a criação do Hospício Pedro II, considerado o marco da psiquiatria neste país, os profissionais médicos que lá trabalhavam, não gozavam de autonomia e/ou poder decisório. A enfermagem era exercida por pessoas leigas e de má reputação, tudo isto sob as ordens das irmãs de caridade. Tendo a enfermagem à função de manutenção da ordem asilar, realizada através da vigilância, repressão, coerção, violência e ordem disciplinar (ESPERIDIÃO et. al., 2013).

A perspectiva dos referidos sujeitos que “cuidavam” dos indivíduos em sofrimento psíquico, era a de que tal tarefa representava uma atividade a mais, uma sobrecarga. O cuidado era custodial, ou seja, limitava-se aos cuidados físicos e a proteção. O tratamento moral, naquele período encontrava-se em declínio no exterior, porém, não ainda no Brasil. O modelo *nightingaleano* enfatizava o ambiente saudável, que embora não diretamente relacionava-se com a saúde mental. Pois, preocupava-se com a observação das manifestações de comportamento do cliente e com a comunicação com este (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Nos hospitais psiquiátricos brasileiros o trabalho de enfermagem era repleto de preconceitos associados aos trabalhos manuais executados pelos profissionais. Na maior parte das vezes, esses trabalhos eram desprovidos de função terapêutica e tecnológica. As pessoas que trabalhavam exercendo funções de enfermeiros, chegavam aos hospitais psiquiátricos em busca de emprego, e para lá trabalharem deveriam adequar-se as normas disciplinares que orientavam o funcionamento dos asilos psiquiátricos. Muitos não se enquadravam a tais normas, gerando uma elevada rotatividade de pessoal nas equipes de enfermagem. Isto fazia com que os indivíduos em sofrimento psíquico ficassem a cargo dos atendentes, pessoas sem nenhum preparo formal e quase sempre semianalfabeto (CARVALHO et. al., 2015).

Num período próximo a este, nos Estados Unidos da América (EUA), de acordo com Arantes, Stefanelli e Fukuda (2008), destacou-se Dorothea Dix, enfermeira norte americana que se dedicou por três décadas à causa da redução da superlotação em hospitais psiquiátricos, por um cuidado mais terapêutico e humanitário.

Até 1881, a enfermagem psiquiátrica era inexistente. Linda Richards, foi historicamente considerada a primeira enfermeira psiquiátrica dos EUA. No ano de 1882, ela fundou a primeira escola de enfermagem psiquiátrica, no McLean Asylum, em Warverly, Massachusetts, EUA. Em 1882, Richards voltou sua atenção para o desenvolvimento de programas educacionais e a organização de serviços de enfermagem em hospitais psiquiátricos, bem como a oferta de treinamentos nestes espaços. Uma de suas principais contribuições foi associar as necessidades físicas e emocionais durante a avaliação do cliente, isto inclusive refletiu na formação dos enfermeiros que passaram a ter em seus currículos o ensino de enfermagem psiquiátrica (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Ao fim do século XIX, os enfermeiros psiquiátricos executavam ou assistiam o médico nos procedimentos diários. A atenção voltava-se apenas às necessidades físicas. Eram administrados, como drogas sedativas: whisky, clorofórmio, paraldeídos; banhos de imersão, duchas frias ou quentes, envoltórios úmidos; métodos indutores para alimentação, dentre outros (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Em 1913, em Boston, foi legalmente regulamentada a área de conhecimento e consequentemente introduzida a disciplina de enfermagem psiquiátrica nos currículos das graduações. No ano de 1920, Harriet Bailey publicou a primeira literatura sobre enfermagem psiquiátrica, destacando a necessidade e a importância do conhecimento sobre doença mental e o ensino de saúde mental em escolas de enfermagem, bem como, destacou a necessidade de cuidados integrais dos clientes (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Enquanto isto, no Brasil, as primeiras tentativas de institucionalização de mão de obra em enfermagem eram cercadas de preconceitos. Consideradas atividades degradantes e insalubres, em decorrência da agressividade que supostamente caracterizavam os indivíduos com transtornos mentais, associava-se a isto, a superlotação e as condições de deterioração que se encontravam nas instituições psiquiátricas. No imaginário dos dirigentes dessas instituições, os trabalhadores que procuravam este tipo de serviços o faziam somente por não conseguirem empregar-se em outras atividades (KIRSCHBAUN, 1997).

Trabalhar na área de enfermagem psiquiátrica envolvia o contexto social, econômico e cultural. Um emprego na enfermagem poderia não só representar um meio de sobrevivência, mas também, uma alternativa de profissionalização, numa época de restrição de vagas de trabalho no mercado formal, principalmente de parcelas oriundas das camadas mais empobrecidas da sociedade. Destas camadas sociais como salienta Kirschbaun (1997, p.24) originaram-se as primeiras alunas da escola de enfermagem criada por Gustavo Riedel:

Na maioria das vezes, o ingresso no hospital psiquiátrico não constituía propriamente uma escolha profissional pela especialidade, mas tomava-se uma possibilidade de obter um emprego, em função da rede de relações sociais em que o sujeito se encontrava inserido. Entretanto, esta situação não é singular e reaparece mesmo nos casos em que a procura por trabalho em uma instituição psiquiátrica era vista não só como uma forma de garantir a sobrevivência, mas também como uma alternativa de profissionalização.

Destaca-se que na década de 1940, surgiram as primeiras teóricas no campo da enfermagem psiquiátrica, trazendo contribuições significativas ao relacionamento terapêutico, fundamentais para nortear as transformações à época vindouras para a enfermagem psiquiátrica. A práxis de enfermagem foi descrita por Peplau, Travelbee e Minzoni, que está baseada em um processo interpessoal, porém, com nomenclaturas diferentes. Peplau denominou de processo interpessoal de cunho terapêutico; Travelbee, de relação de pessoa-a-pessoa e Minzoni, utilizou as expressões relação interpessoal terapêutica ou relação de ajuda (ESPERIDIÃO et. al., 2013).

Na década de 1960, no Brasil, ganhava força um discurso de uma “nova psiquiatria”, nela objetivava-se a transformação dos hospitais psiquiátricos em centros de cura e de recuperação. As mudanças atingiram também às internações, gerando uma redistribuição do espaço hospitalar psiquiátrico, bem como a necessidade de médicos e demais profissionais que fossem capazes de realizar estas reformas pretendidas (PERES; BARREIRA, 2008).

O modelo de tratamento da época era altamente excludente, por considerar o hospital como lócus de assistência, e por desconsiderar a importância da participação familiar e social no tratamento e na manutenção da saúde mental. Ao final da década de 1970, esse modelo já

apresentava sinais de esgotamento. Imbuídos da necessidade de mudar este cenário, grupos de trabalhadores em saúde mental organizavam-se, indignados com as péssimas condições às quais eram submetidos os sujeitos em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos e solicitavam reformas urgentes no modelo assistencial (TERRA et. al., 2006).

Um novo modelo, na década de 1970, começou a ser edificado a partir da contribuição de inúmeros segmentos sociais. Isso implicou em tentativas de desconstrução do modelo hospitalocêntrico. Ao longo dos anos esperou-se da reforma o resgate ou o estabelecimento da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, respeitando sua singularidade e subjetividade. Possibilitando que ele pudesse tentar voltar a ser sujeito de seu próprio tratamento, descartando a ideia de cura e buscando alternativas para integrá-lo na família e na sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Na década de 1990, o movimento de reforma psiquiátrica influenciou as práticas em enfermagem. Destacam-se três períodos que mudaram a lógica assistencial e a gestão. O primeiro, compreende os anos entre 1992 a 2001, marcado pelas estratégias de desinstitucionalização, através do aumento de atendimentos ambulatoriais e a implementação de serviços substitutivos. No segundo, de 2000 até 2002, houve a aprovação da Lei 10.216/2001, a expansão da rede de atenção psicossocial, incentivos financeiros para implantação de dispositivos de desinstitucionalização, inclusão na pauta de discussões dos cuidados as crianças e adolescentes com transtornos mentais, bem como usuários de drogas (BARROS; SALLES, 2011).

O terceiro período iniciou-se no ano de 2003, e perdura até os dias atuais, marcado pela hegemonia do discurso reformista, com a implementação de programas específicos de acordo com a pluralidade de demandas, expansão dos programas de moradia assistida e auxílios financeiros para indivíduos que por muitos anos ficaram internados (BARROS; SALLES, 2011). Todos estes períodos exigiram e contribuíram para que os profissionais de enfermagem repensassem o cuidar em enfermagem na área de saúde mental. Atualmente, existem ações sendo desenvolvidas na atenção básica, considerando a noção de território.

Ao longo de muitos anos, observaram-se esforços para desenvolver ações de enfermagem integradas as propostas assistenciais que foram sendo criadas nesse período. Atualmente, verifica-se a presença dos profissionais de enfermagem em diferentes dispositivos de cuidados em saúde mental, tal como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RTs), Equipes de apoio matriciais ligadas às de Estratégia

de Saúde da Família (ESF), dentre outros. Tais serviços integram a chamada rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

1.2.1 A formação da enfermagem psiquiátrica no Brasil contextualizada a alguns aspectos mundiais

Em 1890, foi criada a Escola profissional de enfermeiros e enfermeiras, atualmente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), estabelecida dentro de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. Essa escola tinha seu currículo baseado no modelo francês, no qual o enfermeiro desenvolvia um papel custodial, a partir das prescrições médicas. Durante a formação não havia conteúdos suficientes de psiquiatria e/ou psicologia (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

A EEAP anexa ao Hospício Nacional por meio do Decreto 791 de 27/09/1890 objetivava formar profissionais para os hospitais psiquiátricos, civis e militares existentes no país. À época, a EEAP teve um papel social importante, ela promoveu a instrução de mulheres pobres, decorrendo algumas vantagens, dentre elas, destacam-se: “incorporação e disciplinação das mulheres e meninas pobres abandonadas, subordinação garantida destas aos médicos, evitando conflitos como aconteceu com as religiosas no Hospício e o estabelecimento do mesmo como instrumento médico de intervenção e sob sua direção” (REINALDO; PILLON; 2007, p. 690).

Historicamente, o ensino e a formação do enfermeiro psiquiátrico são conhecidos e relatados como precária. O ensino nas escolas era ministrado por médicos e as primeiras enfermeiras foram trazidas da França, da Escola de Salpetrière. Os conteúdos ministrados tinham o intuito de habilitar as profissionais para a realização de trabalhos manuais, acrícos e rudimentares (SOARES; BUENO, 2012).

Considerada como instituição disciplinar, o hospício deveria reeducar os ditos loucos, sendo o médico a figura de máxima autoridade, devendo ser respeitada e seguida. Os trabalhadores de enfermagem eram executores das ordens disciplinares emanadas dos médicos. A enfermagem desenvolvida nos hospícios não seguia o modelo Nightingaleneano preconizado pela enfermagem moderna, justamente por não despertar o interesse a este modelo (REINALDO; PILLON, 2007).

Foi criado depois de muitos anos um curso de visitadoras sociais - a Escola Profissional possuía três seções, a mista, a feminina e a masculina, e a feminina foi alocada nas dependências da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro. O curso era destinado apenas às mulheres que tivessem conquistado o diploma de enfermeiras e que destacassem o que poderíamos nos dias atuais chamar de especialização. O curso possuía duração de um ano, tendo matérias específicas, lecionadas por psiquiatras; o curso formou ao longo de quinze anos 102 enfermeiras (CUNHA; SILVA JUNIOR; SILVA, 2013).

O curso de enfermeiras visitadoras sociais era destinado apenas às melhores alunas do curso de enfermagem. O currículo era composto por cinco matérias denominadas, respectivamente, como: Higiene Social; Puericultura; Organização da Vida Social, Legislação e Leis de Assistência; Diagnóstico, Profilaxia e Terapêutica das Doenças Sociais e Noções Gerais de Psicologia (ROCHA; LESSA; MOREIRA, 2010).

Embora esse curso fosse denominado de visitadoras sociais, as egressas eram reconhecidas como monitoras de higiene mental. A ação delas estruturava-se seguindo os princípios da higiene mental e da eugenia. Em 1928, elas foram substituídas por um grupo de enfermeiras diplomadas pela Escola Anna Nery (CUNHA; SILVA JUNIOR; SILVA, 2013).

Somente em 1930, os EUA consideraram a real importância do conhecimento em enfermagem psiquiátrica. Mais especificamente no ano de 1937, o ensino de enfermagem psiquiátrica foi incluído no currículo básico, havendo nos anos seguintes um aumento de 50% dos cursos de graduação a incluir estes conteúdos à formação dos enfermeiros. Fato que corroborou para um maior interesse nessa área (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Alguns fatores em âmbito mundial influenciaram o desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica brasileira, dentre eles destacam-se: o surgimento da somaterapia – eletroconvulsoterapia, insulino-terapia e psicocirurgia; a 2ª Guerra Mundial; as drogas psicotrópicas; e a implementação de comunidades terapêuticas (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Os programas de pós-graduação são implementados nos EUA, na área de enfermagem psiquiátrica, bem como tentativas mais claras de definir o papel do enfermeiro atuante em psiquiatria. Foi Hildegard Peplau quem concebeu o primeiro programa de pós-graduação *stricto-sensu* em enfermagem psiquiátrica, entre os anos de 1949 e 1950, no *Teachers Collage*, Universidade de Columbia. Por vinte anos, em Rutgers, Peplau desenvolveu e dirigiu um programa de pós-graduação nessa área (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

As bases da enfermagem psiquiátrica foram lançadas em 1952, por Peplau, fundamentadas nas relações interpessoais, ou seja, como um processo interpessoal, concebendo isto num contexto de integralidade do ser humano, descrevendo o papel dos enfermeiros, as fases e os métodos para o estudo da enfermagem como processo interpessoal (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008).

Em 1952, Peplau fez algo inédito para enfermeiros da época, qual seja publicar um livro sozinha, o que possivelmente tenha retardado o lançamento deste livro que se encontrava pronto desde o ano de 1948. Ao longo dos anos as contribuições propostas por essa autora têm sido discutidas em eventos da área em diferentes países (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008).

A carência de profissionais de enfermagem devidamente qualificados para a área de psiquiatria foi discutida no III Congresso Nacional de Enfermagem, no ano de 1950. Nele surgiu a recomendação para que as escolas que não possuíssem campo ou pessoal adequado para o ensino de enfermagem psiquiátrica enviassem suas alunas para as escolas que pudessem ofertar tal estágio em regime de filiação. Essa mesma recomendação foi repetida no Congresso do ano seguinte, considerando a enorme dificuldade encontrada pelas escolas de enfermagem na obtenção de campos para realização dos estágios estipulados pelo Decreto Nº 27.426 de 14/11/1949, que dispunha sobre o ensino de enfermagem no Brasil, com diretrizes que adequariam o ensino de enfermagem às reais necessidades de qualificação profissional. Este estipulava que as escolas de enfermagem deveriam possibilitar o ensino e as práticas de estágio em diferentes clínicas (PERES; BARREIRA, 2008; CARVALHO et. al., 2015).

De acordo com Lourenço, Porto e Santos (2007) ao resgatarem e republicarem um artigo de 1951, escrito por Malta Santos, médico sanitário, este dizia que a enfermeira de saúde pública se encontrava em melhor posição para ajudar o indivíduo e a sua família do que qualquer outro profissional. Embora para ele essas enfermeiras tivessem melhor inserção nos lares, do que qualquer outro ramo de serviço social organizado, não havia entusiasmo do pessoal de saúde pública por essa especialidade.

Em 1955, a OMS organizou um Comitê de Experts em Enfermagem Psiquiátrica. Os membros do comitê reuniram-se no mês de agosto em Genebra para discutir as práticas e a formação de enfermeiros na área de psiquiatria. Tal comitê composto por nove membros efetivos, oriundos dos EUA, Inglaterra, Suécia, Austrália e União sul-africana. Tendo também, quatro médicos representantes da Inglaterra, Países Baixos, Tailândia e Egito, e mais

três consultores: uma enfermeira norte-americana e um médico americano e outro australiano (PERES; BARREIRA, 2008).

Este Comitê recomendou que o ensino de enfermagem psiquiátrica fosse baseado no processo saúde/doença mental; nos estudos sobre relações humanas em diferentes grupos sociais, bem como em conhecimentos e técnicas sociais e psicológicas, consideradas à época fundamentais para a prática cotidiana da área de enfermagem psiquiátrica. Destacou ainda que as alunas de enfermagem deveriam desenvolver o autoconhecimento, para que isto lhe possibilitasse o desempenho de relações terapêuticas com os pacientes, independente do seu estágio da doença mental (PERES; BARREIRA, 2008).

Acreditava-se que as escolas de enfermagem deveriam dedicar mais tempo preparando as alunas para lidar com as denominadas personalidades, e isto refletiria na qualidade do trabalho ofertado por elas. Algumas horas do ensino deveriam ser destinadas ao ensino de higiene mental, isto como disciplina autônoma ou pelo menos parte individualizada do ensino. Está disciplina deveria ser uma das áreas de atenção da Saúde Pública, justamente por permear muitos campos de sua atividade (LOURENÇO; PORTO; SANTOS, 2007).

Um momento difícil assolava a enfermagem psiquiátrica brasileira da década de 1960. Escassez de profissionais habilitados para atuar neste campo parecia ser a principal discussão da época, pois, 90% dos profissionais atuantes não dispunham de condições culturais e emocionais para proporcionar conforto e segurança para aqueles que estavam sob seus cuidados (LIMA; AMORIM, 2003).

Na década de 1960, no Brasil, as alunas da Escola Anna Nery (EAN), depois de 27 anos de criação desta escola, começam a integrar as equipes do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB). Na época as professoras da EAN acreditavam que “este espaço era considerado inadequado às alunas, devido a questões morais, sexuais e de segurança física, decorrentes do comportamento do doente mental” (PERES; BARREIRA, 2008, p.109). Tal fato pode ter contribuído para alimentar e aumentar o estigma das enfermeiras formadas pela EAN.

Naquela época com as mudanças ocorridas inclusive na compreensão do conceito do processo saúde/doença mental, de modo a englobar tanto os aspectos profiláticos como os terapêuticos. Criaram demandas de um melhor preparo dos profissionais de enfermagem no Brasil. Isto acarretou em reflexões que expressavam à necessidade de criação de cursos de pós-graduação destinados a enfermagem psiquiátrica (PERES; BARREIRA, 2008).

Diferente do que ocorria na mesma época no Brasil. Em 1960, a pós-graduação em enfermagem nos EUA encontrava-se consolidada. No ano de 1962, Peplau redefiniu o papel do enfermeiro psiquiátrico, redenominando-o como *counseling* - conselheiro também chamado de terapeuta - tornando-se o fulcro da enfermagem psiquiátrica, bem como considerando outros sub papéis (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008). Ela afirma que em alguns momentos, há uma hipertrofia de outra função, sempre de acordo com as necessidades do cliente, porém, entre essas funções deve haver uma harmonia, considerando a função psicoterapêutica – relações ou relacionamento interpessoal – sendo este o ponto principal da enfermagem psiquiátrica (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008).

Em 1978, Peplau descreveu as funções que deveriam ser exercidas pelo enfermeiro em saúde mental, bem como as do especialista em enfermagem nesta área. Essas intervenções abrangeriam um amplo domínio, não se restringindo aos diferentes tipos de serviços existentes à época, tendo as relações interpessoais desenvolvidas entre clientes, familiares e profissionais da área da saúde, como ponto crucial (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008).

As metas propostas por Peplau do processo interpessoal incluem educar o cliente e a família sobre promoção, manutenção e recuperação de comportamentos que contribuam para o seu funcionamento integrado. Contribuir para o aprimoramento das habilidades de enfrentamento e desafios à saúde mental, não deixando de considerar outras dimensões da pessoa. O cliente deve ser sempre compreendido como uma pessoa, família ou comunidade, com direitos e deveres em relação à sua saúde (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008).

Uma nova concepção de cuidados de enfermagem surgiu na área de psiquiatria, ela rompia com a prática de outrora, que se baseava na coesão. O difícil no Brasil foi conseguir que as antigas equipes de enfermagem se desligassem da concepção manicomial excludente a qual estavam acostumados. Este novo perfil esperado à enfermagem psiquiátrica não significava uma total mudança com a prática assistencial construída por décadas no país. Os aspectos repressivos passaram a ser exercidos de maneira mais sutil e com vistas ao tratamento dos doentes mentais (PERES; BARREIRA, 2008).

O discurso mais humanitário estabeleceu-se não somente ao ensino teórico-prático de enfermagem, mas também na organização da equipe de enfermagem com direito a vez e voz dentro das instituições psiquiátricas. As equipes de enfermagem abandonavam as concepções

asilares e cronicantes, a fim de adaptar-se aos novos discursos da nova psiquiatria da época (PERES; BARREIRA, 2008).

1.3 O adoecimento psíquico cronicado com a institucionalização.

Apresentamos algumas considerações referentes à assistência psiquiátrica/saúde mental no Brasil destinadas a clientes que se cronicaram em hospícios, a fim de destacar a importância da desconstrução dos grandes asilos psiquiátricos. Em um estudo publicado na década de 1980, Pedro Gabriel Delgado, escreveu algumas considerações sobre a psiquiatria pós-asilar e sobre a questão dos clientes em estágio crônico da doença. Naquela época, ele fez uma triste observação, porém, ainda contemporânea:

Seria temerário afirmar que o ciclo dos asilos e colônias tenha chegado ao fim. Entretanto, se tais instituições ainda constituem uma triste realidade em todos os Estados do país, o fato é que o modelo de atendimento centralizado no asilamento – em hospitais públicos ou privado – deixou de ser objeto da crítica solitária de alguns setores da psiquiatria brasileira, para tornar-se algo unanimemente condenado nos documentos oficiais sobre a matéria. A mudança do discurso oficial não representa por si qualquer modificação na realidade concreta das instituições psiquiátricas, mas já aponta uma tendência de reformulação dos modelos, uma vez que vem sendo acompanhadas de reais transformações do aparato institucional, nem sempre patrocinadas explicitamente pelo Estado (DELGADO et. al., 2000, p. 172).

Para Delgado et. al. (2000) os asilos seriam uma questão a qual a psiquiatria iria defrontar-se nos próximos anos, visto nas décadas anteriores, no país havia-se presenciado a expansão de leitos financiados pelo Governo, configurando uma situação de comercialização da doença mental. Um dos problemas a serem pensados nos próximos anos seria a ressocialização de pacientes cronicados e asilados. Nas palavras de Desviat (1999) em todos os lugares do planeta, nos quais realizaram reformas psiquiátricas, a desinstitucionalização sempre colocou em destaque a persistência da cronicidade e insuficiência ou a completa inadequação dos programas alternativos, sanitários e sociais.

A década de 1980 marcou-se por tentativas de mudanças assistenciais, tendo ainda como referência o hospital psiquiátrico. As mudanças mais radicais ocorreram no município do Rio de Janeiro, em seus dois grandes hospitais psiquiátricos públicos, numa tentativa de redemocratização interna. Havendo nas palavras de Delgado (2010) um verdadeiro paradoxo liderado por uma campanha antiasilar.

O perfil de pessoas internadas nos grandes asilos foi representado em parte por um segmento populacional alijado do processo produtivo, não contribuinte do sistema

previdenciário, condenadas aos asilos públicos, carentes de recursos. A outra parte constituía-se de trabalhadores rurais desadaptados da vida na cidade, empregados e desempregados dos setores de construção civil, indústria, bem como seus dependentes, a estes se destinava os asilos privados (DELGADO, 2000). “De qualquer sorte, constatava-se que o destino asilar, seja para o asilo público ou privado, era uma contingência da inserção social da clientela, antes que de sua patologia” (DELGADO, 2000, p. 179).

Essa clientela também foi alvo de interesse nos estudos de Desviat (1999), pois se constituía de pessoas necessitando de um teto e de cuidados sociais, alguns por toda a vida. São eles:

Os grandes deficientes, os inválidos físicos e psíquicos, os doentes neurológicos, os antigos epiléticos, os sífilíticos dementes, os débeis mentais, os esquizofrênicos residuais, os obsessivos lobotomizados etc., homogeneizados por longos anos de manicômio, com suas estereotipias e seu aspecto de deserdados sociais. É o grupo que resta depois dos processos de reabilitação, carente de um meio muito protegido de vida, que oscila entre um hospital de cuidados mínimos e uma residência assistida. Em todos os processos de reforma houve e ainda há a tentação de abandonar esses pacientes, deixando-os – mediante poucos recursos e junto ao pessoal mais cronicizado, desaparecer em uma deterioração progressiva nos restos dos manicômios. Eles não puderam ser auxiliados pela comunidade terapêutica, pela psicoterapia institucional ou pelas assembleias basaglianas, nem tampouco pelas atuações terapêuticas mais convencionais, desde a psicofarmacologia até a psicoterapia (DESVIAT, 1999, p. 88).

As mudanças no modelo psiquiátrico tradicional implicaram no início da desmontagem do aparato de internações, por anos, amplamente difundido por uma ampla rede institucional e sobre um conjunto de fatores sociais e administrativos, os quais eram favorecedores de segregação (DELGADO, 2000).

Acerca da importância das tentativas de ressocialização de pacientes crônicos institucionalizados, Delgado (2000, p. 189) escreveu:

Ao se pensar a transformação dos asilos, uma questão que não pode deixar de ser enfrentada é a reintegração social de sua população de pacientes ‘crônicos’. De nada adiantaria operar transformações cosméticas nessas velhas instituições, dotando-as de atendimento externo de cunho modernizante, se fechamos os olhos olímpicamente ao produto dos longos anos de segregação. Daí retornar à tona o problema da reabilitação dos doentes mentais, com sua versão específica para a população dos asilos, a ‘ressocialização’.

A institucionalização de pessoas com transtornos mentais representou a morte em vida, sugerindo a inutilidade de qualquer esforço terapêutico para essa clientela. Os asilos psiquiátricos tiveram grande poder de destruição, visto terem gerado a cronificação. O estatuto de ‘crônico’ instituiu algumas características nos sujeitos, tais como o embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos, dificuldade de realização de ações práticas e outras.

Todas essas características poderiam ser fruto de duas ações, a vida asilar e a perda gradual determinada pela patologia (DELGADO, 2000).

A cronificação pode ser decorrente das características das instituições totalitárias descritas por Goffmann (2001), as quais compreendem a perda do contato com a realidade externa; a ociosidade forçada; submissão a atitudes autoritárias de diferentes atores da instituição; perda de laços de amizade; excesso de medicamentos, principalmente os sedativos; a própria arquitetura institucional de enfermarias e pavilhões e a perda da perspectiva de vida fora dos muros institucionais. Atrelado a isto, soma-se a desqualificação da fala dos internos e a valorização ridicularizante de atitudes grotescas. Estes são dispositivos institucionais de cronificação (DELGADO, 2000).

Surge mais um indício, com base no que fora descrito anteriormente, de que havia uma perspectiva de palição do cuidado. Aos crônicos que restaram nos hospícios, restaram as tentativas iniciadas após a perda da onipotência médica, na qual houve a mudança do foco na cura para o cuidado, psicoeducação e o treinamento e a implementação de técnicas para o aumento de habilidades e autonomia, bem como a qualidade de vida dos clientes (DESVIAT, 1999).

De acordo com esse autor houve um erro nos primórdios da reforma psiquiátrica, causado por um otimismo ao supor que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício, com as transformações ocorridas no interior dele, ou mesmo com o fechamento de muitos, bem como através do tratamento comunitário.

Para ele a cronicidade e a incapacidade tornaram-se questões de credibilidade das reformas psiquiátricas. Não era possível retirar os doentes mentais dos manicômios, sem haver meios adequados na comunidade, sem existir serviços alternativos, nem tampouco, se podia deixá-los nessas instituições. Havia uma preocupação histórica, fruto de um passado assistencial malfadado da psiquiatria, bem como se tratava, principalmente, de uma questão de humanidade. “A sobrevivência do manicômio distorce qualquer organização de serviços alternativos” (DESVIAT, 1999, p. 89).

O manicômio, nas palavras desse autor, seria:

Um saco sem fundo, uma tentação permanente diante do incômodo ou da impotência técnica, uma lixeira para aquilo que ninguém quer, um recurso fácil na contra transferência das equipes profissionais ou na ignorância ou oportunismo. É um quarto escuro que perverte todas as reformas. Acredita-se que fornecer respostas adequadas para diferentes formas de cronicidade é uma pré-condição do atendimento psiquiátrico público. Deter-se por um momento na consideração desse tema é crucial para uma reordenação dos serviços, tanto em sua conceituação quanto nas formas de respostas que vêm sendo dadas nas atualidades (DESVIAT, 1999, p. 89).

Para ele, em psiquiatria a questão dos crônicos perpassa por especialidade(s) da saúde mental, desde sua gênese, interpelando seus fundamentos epistemológicos e estruturas assistenciais. Portanto, “As doenças mentais são, na medicina contemporânea, um paradigma da cronicidade, das formas marginalizadas de atendimento, o expoente máximo de uma assistência custodial na qual se confunde o social com o sanitário” (DESVIAT, 1999, p. 90).

“A cronicidade psiquiátrica remete à evolução de uma doença, à sua duração e persistência, mas também a uma situação social que estabelece as formas de atendimento” (DESVIAT, 1999, p. 91). Afirma o autor, que o paciente crônico da psiquiatria, não se assemelha a outras patologias crônicas pelo fato deste ser possuidor do signo da marginalização imposta pelos anos de assistência. O asilo equipara-se à cronicidade, ele fabrica um tipo de paciente crônico. A clínica diz que a evolução da cronicidade se assenta em alguns elementos particulares dos processos psicopatológicos, em especial às psicoses.

Atualmente, surge uma nova forma de cronificação, sem o chamado “duplo da marginalização”, sem os muros do manicômio. As novas instituições atendem o desejo de romper com outrora, quando pacientes crônico foram produzidos. Essa é uma afirmação ambígua e contestável, mas que expressa uma realidade histórica, a fatal cumplicidade entre a doença mental e a instituição, entre o atendimento e adaptação à instituição (DESVIAT, 1999).

Segundo Desviat (1999) as novas instituições não aboliram a cronicidade, mas apenas as formas de sedimentação asilar, as quais, também produzem suas formas de cronicidade, a saber:

Os pacientes situam-se numa relação de estreita dependência dos técnicos, geralmente utilizando os lugares e as pessoas de forma ritualizada, assim como, às vezes, na medida de seus delírios. Sua vida parece completamente condicionada pelas diferentes “instituições” do setor, cada qual detentora de um ‘potencial de cronicidade’ às vezes insuspeitado (PEDINIELLI apud DESVIAT, 1999, p. 92).

Dir-se-á que de uma forma ou de outra as instituições produzem suas formas de cronicidade, as quais, no entanto, lhes são específicas (DESVIAT, 1999). Há os novos crônicos que nunca passaram por um asilo, mas não saem de consultórios, de ambulatórios e de outros dispositivos assistenciais. “São novos padrões de cronicidade de grande ubiquidade, distantes do hospitalismo, conhecedores da ‘porta giratória’ e irreduzível ao leque dos serviços terapêuticos comunitários” (DESVIAT, 1999, p. 92).

A seguir, apresentamos as principais contribuições da reforma psiquiátrica brasileira para que as mudanças ocorressem na assistência em saúde mental.

1.4 Impactos da assistência hospitalocêntrica e as necessidades de mudanças assistenciais.

Nas últimas décadas, outras transformações têm sido operadas na assistência em saúde mental no Brasil, através da política oficial de desativação de leitos psiquiátricos do MS e consequente construção de uma rede substitutiva com base na atenção psicossocial. Por saúde mental entende-se:

Saúde mental é uma dessas expressões polissêmicas que denotam vários significados. Entendê-la como campo de saber e de práticas é uma forma de agregar seus múltiplos entendimentos considerando o diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico (SCARCELLI, 2011, p. 19).

Ao desconstruir o manicômio, a atenção volta-se para o cuidado baseado no território (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007). Entende-se por território:

Não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004, p. 11).

Neste sentido, a reabilitação psicossocial de clientes de longa permanência institucional perpassou por intervenções e interseções de vários campos. Extrapolando a desospitalização e a necessidade de moradia fora da instituição, para reconstruir vidas, redes sociais, vínculos empregatícios, necessidades de lazer, dentre tantas outras (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007).

Porém, impasses e dificuldades sempre fizeram parte de qualquer projeto de desinstitucionalização. A realidade depara-se com um quantitativo significativo de pessoas internadas em instituições psiquiátricas por período superior a de um ano. É necessário pensar em estratégias clínicas que considerem a demanda particular de cada sujeito. Estas compreendem a exclusão social gerada pela hospitalização, os efeitos da perda de autonomia e identidade. É necessário envidar esforços para desconstruir os grandes depósitos humanos ainda lamentavelmente existentes no país (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007).

É notório ao longo dos anos o declínio do quantitativo de pessoas internadas em instituições psiquiátricas, entretanto, os que lá ainda permanecem, constituem uma clientela

de longa permanência. Herança de décadas de uma política de saúde hospitalocêntrica “formada por uma massa de moradores de instituições psiquiátricas públicas e privada, marcada pela miséria e destituída, em sua maioria, de seu poder contratual” (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007, p. 14).

Historicamente, complexos hospitalares como os grandes asilos, os hospitais colônias, no início da reforma psiquiátrica, na década de 1980, funcionavam como um local para receber pacientes classificados como crônicos e sem perspectiva de recuperação ou melhora. Representavam estabelecimentos apenas com porta de entrada, mas sem a de saída (LOUGON, 2006). Nesses espaços, classificados como instituições totais, os indivíduos ficavam separados do convívio com a sociedade, levando uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2001).

Esse autor classificou as instituições totais em cinco tipos. Essa classificação de instituições totais não é clara ou exaustiva, nem tem uso analítico imediato, mas dá uma definição puramente denotativa da categoria como um ponto de partida concreto. A classificação compreende:

Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas, nesse caso estão às casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que é também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias de empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros (GOFFMAN, 2001, p. 16-7).

Com base nas suas concepções há nestas instituições uma divisão básica entre um grande grupo controlado, denominado de internados, e uma pequena equipe de supervisão. Os internados vivem na instituição e seu contato com o mundo externo é restrito. Nestes espaços ocorrem transformações negativas aos denominados internados, tais como:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu

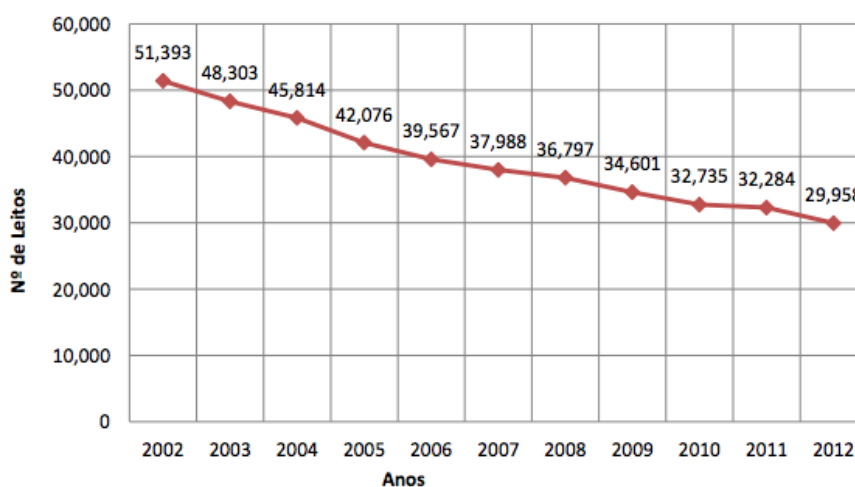
respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 2001, p. 24).

O indivíduo quando internado, descobre que perdeu alguns dos papéis em virtude de barreiras que o separa do mundo externo. Em algumas instituições totais o internado é obrigado a tomar medicamentos orais ou intravenosos, desejados ou não e a comer o alimento, por menos agradável que este seja, quando recusa a alimentar-se, pode haver a imposição da alimentação forçada (GOFFMAN, 2001).

Nestas instituições totais, de acordo com a literatura e as previsões do MS, 20 a 30% dos leitos estariam ocupados por pacientes com tempo de internação maior que um ano. Mesmo com a estruturação da rede de cuidados em saúde mental destacando a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seu consequente crescimento exponencial, ainda não foi possível reverter esse quadro em sua totalidade. É preciso reconhecer que, ao considerar o quantitativo de egressos de internações de longa permanência oficialmente inseridos nos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, ainda é reduzido, denotando que a política de desinstitucionalização demanda intervenções para além da implantação de CAPS, constituindo um grande desafio ao campo da saúde mental (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007).

De acordo com o MS (BRASIL, 2012, p. 11), “o processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Contudo, a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio”. O gráfico 1 confirma esse grande desafio, mesmo demonstrando o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos no país, desde o ano de 2002.

Gráfico 1 - Leitos psiquiátricos do SUS por ano (BRASIL, 2002 – jul/2012)



Fonte: Saúde Mental em Dados N-11.

Este gráfico expressa o processo decorrente da reversão planejada e articulada do modelo de atenção em consonância à expansão por uma rede de ações e serviços territoriais. De acordo com o MS (BRASIL, 2012), 18 hospitais psiquiátricos foram indicados para descredenciamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) até o ano de 2011. As ações ocorrem gradativamente com a parceria de Estados e Municípios. Destaca-se a continuidade da redução dos leitos em Hospital Psiquiátrico de forma longitudinal (BRASIL, 2012). Porém, 29.958 leitos psiquiátricos é ainda um dado assustador, para um tipo de assistência que há mais de três décadas vem sendo criticada neste país.

Tabela 4 - Leitos em hospitais psiquiátricos por Unidade Federativa.

REGIÃO	UF	População	Nº DE HOSPITAIS	Nº de leitos SUS (CNES)	Leitos por 1000 habitantes
NORTE	AC	732793	1	53	0,072
NORDESTE	AL	3120922	5	880	0,282
NORTE	AM	3480937	1	126	0,036
NORDESTE	BA	14021432	7	811	0,058
NORDESTE	CE	8448055	5	789	0,093
CENTRO OESTE	DF	2562963	1	83	0,032
SUDESTE	ES	3512672	3	620	0,177
CENTRO OESTE	GO	6004045	10	1171	0,195
NORDESTE	MA	6569683	3	663	0,101
SUDESTE	MG	19595309	17	2231	0,114
CENTRO OESTE	MS	2449341	2	200	0,082
CENTRO OESTE	MT	3033991	2	202	0,067
NORTE	PA	7588078	1	56	0,007
NORDESTE	PB	3766834	4	695	0,185
NORDESTE	PE	8796032	10	1359	0,155
NORDESTE	PI	3119015	1	160	0,051
SUL	PR	10439601	15	2480	0,238
SUDESTE	RJ	15993583	28	4931	0,308
NORDESTE	RN	3168133	3	472	0,149
SUL	RS	10695532	6	801	0,075
SUL	SC	6249682	3	582	0,093
NORDESTE	SE	2068031	2	280	0,135
SUDESTE	SP	41252160	54	10153	0,246
NORTE	TO	1383453	1	160	0,116
TOTAL		188052277			0,159
BRASIL		190732694	185	29958	0,157

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados N° 11.

Na tabela 4, verifica-se que os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, são os que ainda possuem maior número de leitos para internações psiquiátricas. Esses dados são alarmantes, pois o processo de reforma psiquiátrica sempre foi muito intenso nestes Estados. De acordo com o MS (BRASIL, 2013), Estados como Pará, Acre e Amazonas, por apresentarem um

único hospital em seus territórios, demandam maior incentivo à organização de redes de atenção psicossocial com especificidades geográficas, socioculturais e conseqüentemente o aumento da acessibilidade.

As mudanças ocorridas no perfil dos hospitais psiquiátricos principalmente influenciados pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares na área da Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH) são representadas na tabela 5.

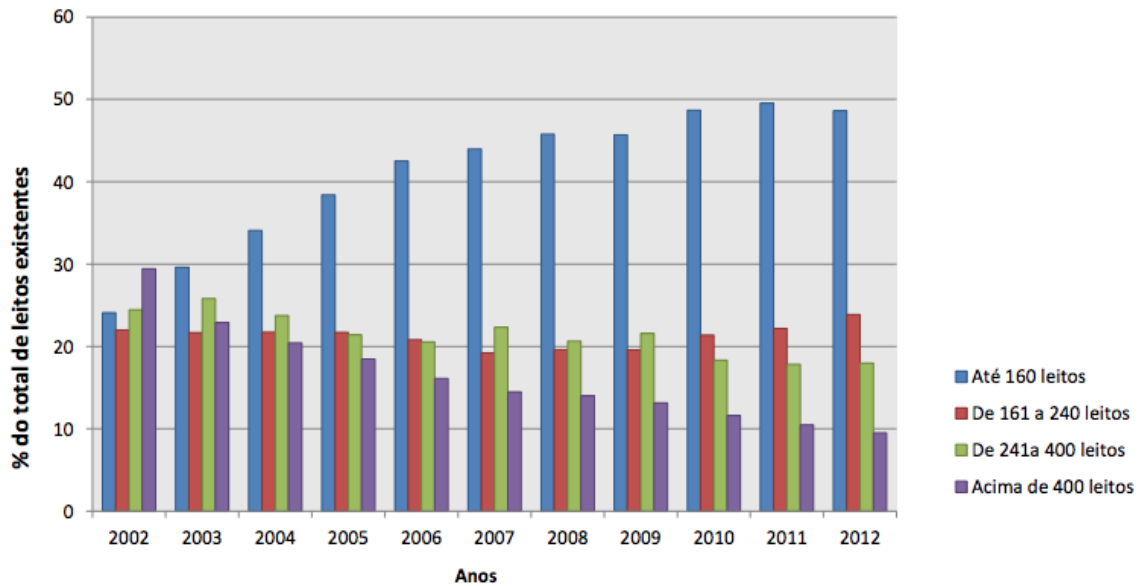
Tabela 5 - Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002 –jul/2012).

Faixas/Portes Hospitalares	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	14.301	29,61	15.616	34,09	16.155	38,39	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78	15.815	45,71	15.933	48,67	15.991	49,53	14.569	48,63
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	10.471	21,68	9.959	21,74	9.138	21,72	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6	6.766	19,55	7.003	21,39	7.157	22,17	7.155	23,88
De 241a 400 leitos	12.564	24,45	12.476	25,83	10.883	23,75	9.013	21,42	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63	7.471	21,59	6.001	18,33	5.752	17,82	5.388	17,99
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	11.055	22,89	9.356	20,42	7.770	18,47	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14	4.549	13,15	3.798	11,60	3.384	10,48	2.846	9,50
Total	51.393	100	48.303	100	45.814	100	42.076	100	39.567	100	37.988	100	36.797	100	34.601	100	32.735	100	32.284	100	29.958	100

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados Nº 11.

De acordo com o MS (BRASIL, 2012) tal cenário foi reforçada através da publicação da Portaria GM 2.644/09, de 28 de outubro de 2009, que vem induzindo o sistema, a partir do reagrupamento dos hospitais psiquiátricos em quatro classes, remunerando melhor os hospitais de menor porte. Assim, essa mudança estrutural contribuiria para a qualificação do atendimento, reduzindo os problemas presentes nos macro hospitais, a exemplo das Colônias, e se configurando como uma estratégia, em contextos mais difíceis, de fechamento processual de leitos.

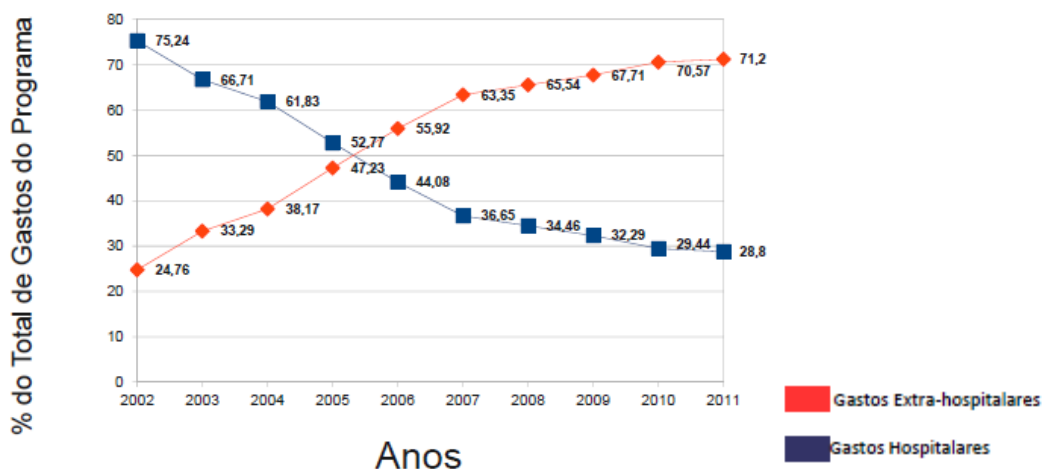
Gráfico 2 - Leitos psiquiátricos por porte hospitalar (BRASIL, 2002-jul/2012).



Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados N° 11.

Este gráfico ilustra a migração dos clientes dos hospitais de grande porte para os menores. Segundo o MS (BRASIL, 2013), a transferência dos pacientes não representou aumento no número de leitos ou novos hospitais psiquiátricos. Ele não aponta números exatos de leitos psiquiatria habilitados em hospitais gerais, distribuídos por todo país (BRASIL, 2013). “A Política Nacional de Saúde Mental preconiza que a internação, quando se fizer necessária, ocorra preferencialmente nos Hospitais Gerais, de forma articulada e como retaguarda aos serviços de acompanhamento longitudinal” (BRASIL, 2011, p. 20).

Gráfico 3 - Recursos do SUS em hospitais psiquiátricos e serviços extra hospitalares.



Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados N° 10.

Verifica-se através da análise do gráfico 3, que no ano de 2006 houve um marco na inversão dos gastos na rede de atenção psicossocial, expresso através do investimento na rede de serviços e ações extra-hospitalares superior aos gastos com a rede hospitalar (BRASIL, 2012).

Em relação aos dados do município do Rio de Janeiro, foi feita uma pesquisa no Sistema de Informações em Saúde Mental (SISME), que de acordo com a secretaria de saúde é alimentado em tempo real no momento de cada internação psiquiátrica no município do Rio de Janeiro. Considerou-se a primeira data que o sistema oferece para a realização de buscas 01/01/1931 até o dia 08/02/2013. O tempo de internação pesquisado compreendeu as ocorridas acima de dois anos em estabelecimentos públicos ou privados de saúde (RIO DE JANEIRO, 2013). A prefeitura do Rio de Janeiro desativou o acesso ao sistema, impossibilitando a atualização destes dados.

Tabela 6 - Recursos do SUS em hospitais psiquiátricos e serviços extra hospitalares.

Serviços de Saúde	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MORADOR DE RUA	NAO INFORMADO	Outros Estados	Outros municípios do	Total
IMAS Juliano Moreira	0	0	1	0	0	2	23	1	0	1	2	610	1	2	643
Clinica da Gávea	21	58	21	21	11	14	6	5	6	0	19	3	6	17	208
Instituto Nise da Silveira	6	4	2	6	136	15	3	4	3	1	0	5	2	4	191
Instituto Francisco Spinola	5	6	5	16	27	19	42	11	10	2	1	20	1	1	166
Clinica das Amendoeiras	5	2	5	13	4	6	70	4	2	3	0	4	4	23	145
Clinica Valencia	3	1	1	4	3	13	9	9	6	1	3	6	5	5	69
Sanatório Rio de Janeiro	4	0	3	12	3	11	1	4	1	0	4	12	1	5	61
Hospital Pedro de Alcântara	6	4	1	6	5	4	1	4	2	0	0	17	1	2	53
Clinica Santa Edwiges	1	0	0	5	1	6	3	4	7	6	3	8	2	4	50
Instituto de Psiquiatria	4	3	4	6	2	1	1	2	0	1	1	17	1	1	44
Instituto Philippe Pinel	1	6	1	0	0	1	1	0	1	0	0	3	1	2	17
Hospital Universitário Pedro Ernesto	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	5	0	0	11
Hospital Jurandyr Manfredini	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	57	85	45	90	192	93	163	49	38	15	33	710	25	66	1661

Fonte: Sistema de Informações em Saúde Mental (SISME), Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

O Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, a Clínica da Gávea e o Instituto Nise da Silveira são os que ainda possuíam, à época da pesquisa, um significativo número de clientes internados em período acima de dois anos. Porém, esses dados podem não ser exatos, pois, há ao final do relatório do SISME a informação que a última atualização de seu banco de dados ocorreu em 20/11/2010. Com base nos dados nacionais e com os do município do Rio de Janeiro, é possível estabelecer dados mais completos para compreender a

assistência ofertada aos sujeitos que ainda permanecem internados em instituições psiquiátricas, além de uma noção mais fidedigna do quantitativo de pacientes que podem ser os de longa permanência institucional.

Diante do exposto, algumas reflexões sobre as repercussões do processo de desinstitucionalização fazem-se necessárias. De acordo com Pinheiro, Guljor e Silva Junior (2007) haveria uma morosidade na redução do quantitativo de pacientes de longa permanência. Sobre isto, os autores afirmam “apesar da redução de leitos psiquiátricos, ainda é recorrente a dificuldade dos programas de saúde mental para efetivar a reinserção social dessa clientela” (PINHEIRO; GULJOR; SILVA JUNIOR, 2007, p. 18).

1.5 O cuidado em saúde mental como advento da reforma psiquiátrica brasileira

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfatizou-se a necessidade de se pensar na atenção integral à saúde da população. Seguindo esse princípio de integralidade, faz-se necessário pensar os cuidados na área de saúde mental. Conforme já descrito, este cuidado deve se direcionar a todo e qualquer indivíduo que tenha uma psicopatologia, ou sofrimento emocional. As doenças mentais são enfermidades que as ciências da saúde ainda não encontraram cura. Seu tratamento deve enfatizar a qualidade de vida, o bem-estar, e o auxílio para que esses sujeitos possam resgatar o curso de suas vidas.

A pessoa em sofrimento psíquico necessita de acesso ao melhor cuidado que os sistemas de saúde possam ofertar. Em um estudo de Pinheiro, Guljor e Silva Junior (2007) ao questionarem quais seriam as necessidades de cuidados? Como aferir esta necessidade? Pela construção coletiva de certa ‘noção do que é preciso’? Que automaticamente, perpassa necessariamente pelo olhar do outro. Como interpretar uma demanda, que ainda em muitas situações é influenciada pelo estigma da loucura que perdurou por tantos séculos, mantendo uma noção hegemônica de exclusão e incapacidade? Estas inquietações corroboram com o expresso no trecho a seguir:

Ao longo de toda a história cultural e social, nos mais diversos agrupamentos humanos, a ‘loucura’ ou as ‘manifestações insensatas’ foram sempre registradas na memória e nos imaginários coletivos por meio da veiculação oral, em registros documentais ou iconográficos nos diversos campos do conhecimento, nos âmbitos religiosos e das artes, secularmente. Nem por isso, deixou de ser assustadora, triste, melancólica diante dos olhos e da alma, pois está relacionada praticamente a todos os aspectos da vida social (DALMOLIN, 2006, p. 9).

Há uma urgência ética da reforma psiquiátrica para com os clientes que ainda se encontram internados em instituições asilares. Possivelmente, estes tenham sido classificados como não enquadráveis aos projetos substitutivos, ou não adaptados a tais propostas assistenciais, ou até mesmo os que se encontram em filas de espera por vagas em residências terapêuticas, ou quem sabe, tenham sido inseridos em um dispositivo de moradia externo ao hospital psiquiátrico. Porém, em função da idade e do cuidado ofertado à sua saúde, eles apresentam problemas clínicos e foi necessário regressar com os mesmos às enfermarias da instituição psiquiátrica de origem, sob a alegação de que o local de moradia não dispunha de aparatos que pudessem dar suporte ao caso.

Sobre isto, Robaina, Guljor e Pinheiro (2007, p. 115) pontuaram:

Podemos apontar uma gama de experiências de reinserção psicossocial por meio de dispositivos de moradia assistida, centros de atenção psicossocial e principalmente ao observarmos as intervenções voltadas para a desinstitucionalização da clientela de grandes hospitais psiquiátricos. Contudo, o monitoramento e avaliação na área de saúde mental ainda é um processo em aprimoramento. Faz-se necessário criar indicadores clínicos, epidemiológicos, sociais e de organização dos serviços nesta área para uma efetiva análise dos desdobramentos dos processos em curso.

De acordo com esses autores (2007) estudos revelaram que existe um grande quantitativo de hospitais psiquiátricos de grande porte, nos quais a clientela apresenta inúmeros quadros clínicos e perfis socioeconômicos diferenciados, tendo apenas em comum à longa permanência institucional. O próprio conceito de desinstitucionalização aponta para a desconstrução e reconstrução de saberes e práticas preconizadas por este, ou seja, para a necessidade de transformação ética da sociedade, subsidiando práticas solidárias destinadas à inclusão social.

Acerca do processo de desinstitucionalização, Amarante (2003, p. 75-6) afirma:

Esta trajetória [é] marcada pela noção de desinstitucionalização – tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. É o período marcado por eventos e acontecimentos importantes, onde se destacam a realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde e da 1^a Conferência Nacional de Saúde Mental, o 2^o Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o ‘Congresso de Bauru’, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do Primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do projeto de Lei 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, ou ‘Projeto Paulo Delgado’, como ficou conhecido, e a realização da 2^a Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para torna-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Conceito importante para a desinstitucionalização é o de cuidado, o qual poderia nortear esta necessidade de compreensão ética para transformações. Pinheiro, Guljor e Silva Junior (2007) fazem algumas considerações sobre o conceito de cuidado destinado a pacientes de longa permanência institucional, tais como:

Partimos do pressuposto de que o paciente de longa permanência opera um paradoxo no conceito de cuidado. Enquanto, por um lado, se entende a instituição/institucionalização como produtora de sujeitos passivos e excluídos do direito a escolhas sobre sua própria existência, sendo à saída da instituição de asilamento o primeiro passo do que denominamos ‘desinstitucionalização’, por outro buscamos, em sua reinserção no território, estabelecer novas redes que em última instância poderíamos denominar de ‘novas institucionalidades’. O termo foi adotado a partir da compreensão de que o universo das redes sociais se configura por instituições que permitem sua sustentabilidade. Ao mesmo tempo, o termo institucionalidade nos permite um afastamento da conotação de negatividade pressuposta no termo institucionalização (GULJOR; PINHEIRO, 2007, p. 66-7).

Souza, Lima e Pinheiro (2007) fazem uma comparação interessante em relação ao modelo asilar, expresso abaixo:

As relações produzidas no modo asilar podem ser comparadas à manutenção de imensos jardins de bonsais, onde todos compartilham um pacto de que ‘não se pode psiquiátricos pode ser comparada à dos bonsais: ‘A miséria relacional é a pouca terra; o ambiente controlado, mínimo, miserável concebido para o impedimento de desenvolvimento das raízes que compõem a identidade de cada um dos internados (VALENTINI, 2001, p. 12 apud SOUZA; LIMA; PINHEIRO, 2007, p. 91).

A reforma psiquiátrica e a sanitária, começam a organizar-se no país no período de ditadura militar. Porém, nos últimos anos, o campo da saúde mental tem debatido fortemente a psiquiátrica. De acordo com Amarante (1995) desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica, discute-se sobre reforma nesta área de conhecimento, o autor destaca:

No final dos anos 1970, [...] as denúncias contra a violência no interior dos hospitais psiquiátricos, em que eram constrangidos e torturados não apenas os ditos pacientes, mas também muitos dos presos políticos da ditadura militar, resultaram, aparentemente, no entendimento de que a questão da reforma psiquiátrica poderia ser reduzida à mera humanização da assistência no campo da Saúde Mental. De fato, muitas das mais expressivas experiências internacionais de reforma psiquiátrica reduziram-se ao âmbito das reorientações do modelo assistencial no sentido de aproximá-lo da boa prática psiquiátrica ou da humanização do cuidado, e mesmo da Declaração de Caracas que também pode ser incluída nesse projeto de *aggiornamento* (AMARANTE, 2011, p. 09).

Naquele período, inúmeros movimentos, militâncias, atores sociais e entidades envolveram-se na formulação de políticas de saúde mental no Brasil. O período compreendeu os anos de 1978 e 1980, e participaram dele o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em suas várias expressões, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades (AMARANTE, 2003).

O movimento de reforma nasce para criticar as instituições psiquiátricas tradicionais, o subsistema de saúde brasileiro da época, inserido dentro de um contexto maior, o de redemocratização do país, como descrito no trecho a seguir:

Mas o que denominamos de processo de reforma psiquiátrica brasileira pretendeu ir bem mais além, pois incluiu a produção do conhecimento como uma questão central; ou seja, para repensar e reformular as práticas assistenciais seria necessário entender como, no âmbito epistemológico, elas foram constituídas e autorizadas. Ao adentrar nesses estudos epistemológicos, percebemos o quanto as práticas sociais e políticas que atualmente tanto questionamos foram concebidas pela própria psiquiatria. Exemplo disto é o conceito de alienação mental, adotado por Philippe Pinel em seu clássico Tratado Médico-Filosófico, que sugere um distúrbio da razão e que implica imediato prejuízo da possibilidade de participação social, de cidadania e liberdade. Decorre daí a relação praticamente obrigatória entre loucura e periculosidade, argumento prioritário de rejeição e demanda por institucionalização dos loucos, requerida pela sociedade (AMARANTE, 2011, p. 09).

O conceito de reforma psiquiátrica de acordo com Amarante (2003) apresenta-se conceitualmente e politicamente problemático. A expressão ‘reforma’ indica um paradoxo, pois, foi sempre utilizada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às ‘verdadeiras’ transformações estruturais, radicais e de base. No entanto, o termo permanece para caracterizar em parte a necessidade de não criar maiores resistências a transformações, neutralizando oposições, construindo consenso e buscando por apoios políticos.

No Brasil, as contribuições geradas pela reforma psiquiátrica italiana, serviram de inspiração, tendo como mentor o médico e professor Franco Basaglia como um dos principais expoentes. Essa filiação possibilitou a ultrapassagem do campo estrito da assistência em saúde mental, para se tornar um dos mais expressivos processos sociais já vistos no cenário nacional contemporâneo (AMARANTE, 2003). Por este motivo, a reforma psiquiátrica brasileira é considerada um processo social complexo, envolvendo outras áreas da saúde; estabelecendo alianças com outros segmentos da sociedade e colocando em cena diversos atores sociais (YASUI, 2010).

A RPB, não se restringiu apenas ao tratamento mais adequado ao sujeito em sofrimento psíquico. Ela criou um novo espaço social para a loucura, ao questionar as práticas e saberes da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade. Assim:

Ao questionar o saber e as práticas da psiquiatria, a Reforma Psiquiátrica, no contexto contemporâneo das políticas de saúde mental, intervém no campo das relações da sociedade com a loucura, transformando as relações desta para com o transtorno mental. Isto se dá, por um lado, através de práticas contra a exclusão e, por outro, de estratégias de inclusão social dos sujeitos. Em outras palavras, trata-se de um processo que tem como princípios éticos a inclusão, a solidariedade e a cidadania (AMARANTE, 2003, p. 58).

Nesse sentido, a RPB demandou uma concepção e princípios de natureza mais abrangentes, ao considerar a necessidade de criar estratégias diversas. A reforma psiquiátrica compreendeu um processo plural, dinâmico, que se articula em quatro dimensões, a saber: Dimensão Teórico-conceitual; Dimensão Sociocultural; Dimensão Técnico-assistencial e Dimensão Jurídico-política (AMARANTE, 2003). Essas são sequencialmente apresentadas a seguir:

A Dimensão Teórico-conceitual, também é denominada de epistemológica, refere-se à produção dos saberes e à desconstrução dos fundamentos, dos conceitos e das noções fundantes da psiquiatria. “Não se trata apenas de negar, romper, mas também de produzir novas noções e conceitos, tecendo linhas que dialogam e articulam diferentes disciplinas, num esforço de construir um novo paradigma no campo da saúde mental” (YASUI, 2010, p. 106). Nesta tese já foram anteriormente abordadas questões relacionadas à formação em enfermagem, a qual se integra a esta dimensão.

Para Amarante (2003) a dimensão epistemológica da RPB é caracterizada por um conjunto de questões referentes à produção de saberes e que demandam a desconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria, tais como: doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade, dentre tantos outros. Esta dimensão suscita a reconstrução e a invenção de novos marcos teóricos e de operadores conceituais (YASUI, 2010).

A dimensão teórico-conceitual representa uma crítica ao paradigma científico e sua racionalidade. A Reforma Psiquiátrica possibilitou uma importante ruptura na forma de compreender essa experiência humana denominada de loucura (YASUI, 2010). Isto é um processo complexo, como descrito a seguir:

Trata-se não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto, mas de uma ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões do real e nos instiga a produzir conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas, construídas, tecidas. Produção de novos conceitos para novos problemas e objetos (YASUI, 2010, p. 77).

Propõe-se nesta dimensão uma reflexão profunda sobre o saber e as práticas psiquiátricas, orientando-as para novos projetos terapêuticos, os quais considerem o sujeito em sofrimento psíquico como um cidadão. Urge as revisões científicas sobre as definições relacionadas às doenças (AMARANTE, 2003).

A segunda dimensão abordada, a dimensão jurídico-política, compreende as revisões das legislações em saúde mental, principalmente no que se refere ao conceito de loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil. Ela visa à rediscussão

e redefinição das relações sociais e civis, visando à cidadania do sujeito em sofrimento psíquico (YASUI, 2010).

Nesta dimensão, destacam-se os conflitos e tensões decorrentes de ações da reforma psiquiátrica, as quais provocaram e interrogaram a relação entre Estado e sociedade. Compreendendo uma histórica luta política para transformações sociais, que desde a revolução francesa almeja mudanças (YASUI, 2010).

Na cidade de Santos, São Paulo, em 1989, ocorreu o início de um processo de intervenção, liderado pela Secretaria Municipal de Saúde em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção teve forte repercussão no país. Ela demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de RPB, pois, foi a primeira grande intervenção legal, geradora de grandes repercussões. Ela à época provava que essa reforma não se tratava apenas de uma retórica, mas era possível e exequível (BRASIL, 2005).

Ainda, no ano de 1989, foi protocolado no Congresso Nacional, um projeto de Lei, do então deputado federal Paulo Delgado. Ele propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios no Brasil. Era oficialmente o início das lutas do movimento da RPB nos campos legislativo e normativo em âmbito nacional (BRASIL, 2005).

Diversos movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, a partir do ano de 1992, conseguiram aprovar em vários estados da federação as primeiras leis de âmbito local e regional, as quais determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Balizadas nos princípios e diretrizes das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), que a partir deste período a política do MS para a saúde mental começou a ganhar contornos mais definidos, construindo, assim as diretrizes em favor da RPB (BRASIL, 2005).

Assim, de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde:

Embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

A respeito desses impasses e burocracias Yasui (2010, p.122) escreveu:

Para romper com as relações burocráticas, é necessário ousar, inventar, correr riscos. As produções de novas relações e as construções de projetos de vida autônoma não se dão em lugares com relações mediadas pelo medo, pela covardia, pelo comum, na mesmice, na mediocridade. Entenda-se medíocre aqui algo de qualidade média, modesto, sem expressão ou originalidade, pouco capaz, sem qualquer talento, que, de modo geral, fica aquém. Quer dizer, serviços absolutamente comuns, que reproduzem as mesmas práticas que podemos nomear de manicomial ou asilares.

Passados 12 anos, em abril de 2001, foi aprovado no Congresso Nacional, após inúmeros vetos, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, trazendo modificações importantes no texto normativo. A Lei Federal sob o número 10.216 redirecionou a assistência em saúde mental no país, ao privilegiar o oferecimento de tratamento em dispositivos de base comunitária, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Entretanto, não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216, impôs um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

A terceira dimensão, técnico-assistencial, é a constituinte de novos serviços, segundo Amarante (2005). São espaços de trocas, de sociabilidade e de subjetivação, criados a partir da desconstrução de conceitos balizadores da psiquiatria do passado e da construção de novos conceitos. No contexto das mudanças sociais e políticas que o Brasil vem passando nas últimas décadas, os protagonistas da reforma propuseram transformações no modelo assistencial em saúde mental, as quais extrapolaram a abrangência deste subsector da saúde.

Esse processo configurou-se pela construção de uma rede de cuidados e de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Rompendo drasticamente com o modelo psiquiátrico tradicional. Um dos principais instrumentos dessa proposta humanitária de cuidar são os CAPS. Entendidos como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza numa ampla e complexa rede de cuidados, não se esgotando a implementação de um serviço (YASUI, 2010). “O CAPS é meio, é caminho, não o fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores” (YASUI, 2010, p. 114).

O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi o primeiro do Brasil, inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, ficou conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação deste e de tantos outros pelo país, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, os quais buscavam melhorias nesta área de assistência, no Brasil e denunciaram a deplorável situação dos hospitais psiquiátricos, que na

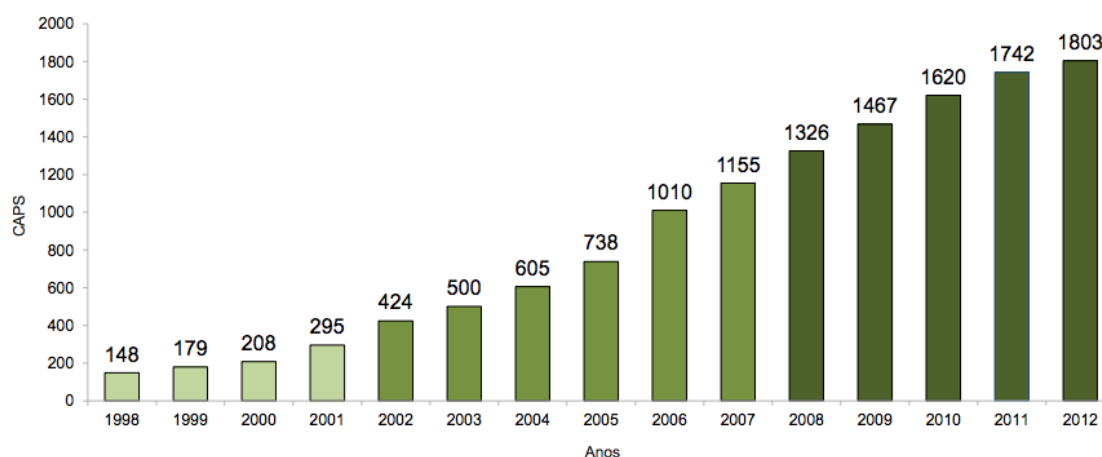
época eram o único recurso destinado aos sujeitos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Sobre a implementação dos CAPS, Yasui (2010, p. 121) escreveu:

A proposta de ruptura com a racionalidade médica, que deveria estar presente no cotidiano dos novos serviços, encontra ainda inúmeras dificuldades em se efetivar. Tenho acompanhado o trabalho de muitos CAPS, em diferentes regiões do país e, mais de perto, em muitos municípios no interior do Estado de São Paulo, que corroboram o alerta para reclamações burocráticas. Com mais frequência do que gostaria, encontro uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico. A utilização de outras estratégias não muda a lógica do modelo [...]. Encontro, também, o emprego de ferramentas conceituais das práticas hegemônicas: isolamento (ainda que em um serviço aparentemente aberto); discursos técnicos que calam o paciente (monólogo da razão sobre a loucura); a doença suplantando a complexidade da vida e a medicalização como estratégia terapêutica central.

De acordo com o MS (BRASIL, 2011) a rede dos CAPS expandiu-se, interiorizou-se, e ao final do ano de 2010, 40% destes serviços possuía esse perfil, isto é, estão em cidades de pequeno porte, compreendidas por elas com menos de 50.000 habitantes. Os municípios com menos de 100.000 habitantes possuem 58% dos CAPS do país. Já as cidades com mais de 100.000 habitantes, onde residem cerca de 55% da população brasileira, estão localizados 42% dos CAPS. Estes dados podem ser melhor compreendidos através de sua representação no gráfico 4.

Gráfico 4 - Implementação de CAPS ao longo dos anos. Brasil, 2013.



Fonte: Saúde mental em dados 11

Os CAPS são o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental. No cotidiano destes serviços, são pensados para cada indivíduo projetos terapêuticos

singulares, neles busca-se o cuidado mais adequado e considerando a complexidade de cada pessoa (YASUI, 2010). “Um CAPS é a articulação dos diferentes projetos com diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território” (YASUI, 2010, p. 115).

A portaria 336 estabeleceu que os CAPS pudessem ser constituídos em cinco modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (Álcool e Drogas) e CAPSi (Infanto-juvenil) definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Os parâmetros populacionais para a implantação desses serviços são definidos da seguinte forma: municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental; municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental, municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental, e municípios com mais de 200.000 habitantes- CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU). A composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros, bem como atendendo a realidade local de cuidados em saúde mental. A tabela 7 representa o quantitativo e tipo de CAPS implementados no Brasil.

Tabela 7 - Tipo, quantitativo de CAPS x Ano de implementação, Brasil, 2013.

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	848	438	66	158	281	12	1803

Fonte: Saúde mental em dados 11

Sobre a necessidade de produzir cuidados nos CAPS, Yasui (2010, p. 117) escreveu:

O cuidar é a essência de nosso trabalho cotidiano. Somos profissionais produtores de atos do cuidar. Porém, ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar, na psiquiatria, criou instituições e práticas que são mais bem definidas como produtoras de práticas da violência. Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. As diversas mortes de pacientes nos hospícios, que ainda hoje ocupam as páginas dos jornais e os relatórios de sindicância que habitam as gavetas dos burocratas de plantão, são exemplos que atestam essas afirmações. A desqualificação social do louco produz práticas sociais, mais ou menos legitimadas pela ciência, nas quais ele tem uma importância equivalente ao lixo que se recolhe das ruas. Uma proposta como a da Reforma Psiquiátrica, que representa uma ruptura com essa racionalidade médica, deve também se apresentar como a construção de um cuidar que se distancie dos crimes da paz cometidos em nome da razão.

Os CAPS têm por objetivo ofertar atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos sujeitos, através de ações que privilegiem o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2013)

Em síntese, compreende-se as mudanças ocorridas no país no trecho a seguir:

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005, p. 10).

Outro dispositivo assistencial preconizado pela Reforma Psiquiátrica são as residências terapêuticas. Segundo o MS (BRASIL, 2011) uma das principais preocupações do processo de desinstitucionalização de clientes de longa permanência nos últimos anos, foi a implementação de Residências Terapêuticas – Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Através da maior otimização de recursos, assegurados repasse fundo a fundo e o custeio das Residências Terapêuticas, através da realocação dos valores pagos pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) dos leitos de psiquiatria de longa permanência, que outrora, eram destinados a esses estabelecimentos, passaram para o Programa de Saúde Mental.

Entretanto de acordo com o Ministério da Saúde (2011) esta forma de financiamento revelou-se insuficiente. Visto a cobertura das Residências no país ainda ser insuficiente para a atual demanda, como expressas na tabela 8.

Tabela 8 - Número de Residências Terapêuticas por UF (jul/2012). Brasil, 2013.

UF	SRTs NO BRASIL – 2011			
	MÓDULOS		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
Total	625	154	779	3470

Fonte: Saúde mental em dados. Brasil, 2011

Um dos maiores obstáculos para a expansão das SRTs nos últimos anos, tem sido o mecanismo de custeio mensal, denominado de contrapartida federal. Estes impasses são melhores explanados no trecho abaixo:

A realocação das AIHs dos leitos descredenciados do SUS para a manutenção dos moradores na Residência Terapêutica, não sendo automática, dependeu sempre de pactuações entre os gestores municipais e estaduais, para garantir que o recurso que permanecia no fundo municipal ou estadual fosse, de fato, utilizado para o custeio dos moradores nas SRTs. Em vários estados ou regiões tal pactuação foi efetiva, porém em diversos municípios com número importante de leitos a pactuação não se realizou a contento. A demanda crescente de implantação de módulos para egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que, regra geral, não possui leitos SUS, e para a população em situação de rua portadora de transtorno mental, também gerou impasses no financiamento das SRTs. Nos dois casos, não havendo o financiamento a partir da AIH desativada, compete ao gestor local encontrar outros recursos no teto municipal ou estadual para a manutenção desses módulos (BRASIL, 2011, p. 25).

Corroborando para isto, existem alegados pelo MS, expressos a seguir outros fatores:

Entre os fatores que dificultam a expansão das residências estão às dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização, as questões socioculturais emergentes na resistência das comunidades ao processo de reintegração de pacientes de longa permanência e a baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos estados (BRASIL, 2011, p. 25).

Para garantir assistência adequada às pessoas com transtornos mentais e grave dependência institucional, possuidoras de um grande comprometimento em sua autonomia, decorrente de comorbidades e/ou questões decorrentes de patologias ou comprometimentos comuns em clientes de idade avançada, tais como, cuidados restritos ao leito, ou situações clínicas crônicas que demandem cuidados mais intensivos. O Ministério da Saúde em parceria

com as secretarias de saúde de Estados e Municípios, deverá investir na implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos de Cuidados Intensivos, às denominadas SRT II (BRASIL, 2011).

A quarta dimensão apresentada é a sociocultural, que compreende a tentativa de transformação no imaginário social relacionado à loucura, doença mental e anormalidade. Ela tenta alterar as relações entre a sociedade e a loucura, doença mental e anormalidade. Para materializar esses desejos de transformações, desde 1988, o dia 18 de maio é um marco para a saúde mental, pois compreende o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Neste dia, usuários, familiares, profissionais, estudantes, docentes, simpatizantes e outros diversos atores sociais, reúnem-se em um movimento, que ocupa diferentes espaços públicos das cidades. Lá desenvolvem performances de canto, dança, teatro e tantas outras formas de manifestação artística, para todos aqueles passarem por esses espaços possam assistir (YASUI, 2010).

Por uma radical transformação nas relações entre a sociedade, o dito louco e a loucura, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) envida esforços há décadas. Porém, o grande desafio a ser enfrentado consiste em incorporar aquelas que pelo simples fato de serem diferentes da maioria dos demais sujeitos da sociedade, é destituído da condição de sujeito. “Incorporar, no entanto, não significa sujeitar, silenciar e pôr ordem na suposta desordem” (SANTOS, 2009, p.1180). Mas respeitar a subjetividade inerente a cada ser humano.

Através destas ações, abre-se a possibilidade de outro olhar sobre esse outro, que outrora foi e lamentavelmente em algumas situações é classificado de louco, de insano, de esquizofrênico, e tantos outros signos que a sociedade o conferiu ao longo de séculos. “Olhar e reconhecer”. É esse reconhecimento do outro como diferente que possibilita a emergência de um diálogo (YASUI, 2010, p. 165).

A arte tem sido há muitos anos através das oficinas terapêuticas, uma maneira de produzir cuidados. Acerca disto, Yasui (2010, p. 166) escreveu:

As oficinas terapêuticas [são um] instrumento de produção de cuidado que têm sido amplamente adotada nos novos serviços substitutivos. Nesses espaços se desenvolvem atividades, artísticas e artesanais, que podem privilegiar tanto a expressão, quanto o aprendizado de alguma habilidade (marcenaria, papel reciclado, etc.) ou privilegiar a possibilidade de uma articulação social [...] Embora a utilização de atividades esteja marcada historicamente com o asilo e com as estratégias de tratamento moral, na Reforma Psiquiátrica, no interior dos serviços substitutivos, ganhará uma dimensão radicalmente distinta de sua origem como ocupação do tempo ocioso.

A arte é um recurso muito antigo, utilizada desde o século XII, nos hospitais árabes especializados para “curar” os ditos loucos. Na época, a dança e os espetáculos eram utilizados para intervir no comportamento psicopatológico. Durante o período renascentista,

na Europa, ao surgirem os primeiros hospitais psiquiátricos, a arte também era utilizada como ferramenta terapêutica. Acreditava-se na época que ela atuaria sob a integralidade dos sujeitos, penetrando o corpo e a alma (ARAÚJO; CÂMARA; XIMENES, 2012).

Uma importante figura na área de saúde mental a utilizar arte como recurso terapêutico foi a psiquiatra Nise da Silveira, morta no ano de 1999. Durante quase seis décadas ela dirigiu a seção de terapêutica ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II. Ela afirmava que através de atividades de desenho, pintura, modelagem, dentre outras técnicas realizadas livremente, é possível emanar conteúdos inconscientes da psique humana (SILVEIRA, 2015).

Nas oficinas, não são produzidos apenas objetos, há dimensões subjetivas importantes, nelas produz-se vida, relações entre indivíduos e mundos. “Nesta dimensão, constroem-se as ações práticas mais audaciosas e pretensiosas e, por isso mesmo, estão em consonância com outros campos que também almejam profundas mudanças” (YASUI, 2010, p. 171).

Outro dos sujeitos, além de construir para a elevação da autoestima e autoconfiança, exemplo importante da utilização de recursos artísticos e culturais foi o projeto TAMTAM. Nele ofertava-se cuidados em saúde mental, condizentes aos preceitos da reforma psiquiátrica (ARAÚJO; CÂMARA; XIMENES, 2012). O desenvolvimento de oficinas terapêuticas possibilita a projeção de conflitos internos e externos por meio de atividades artísticas. Valoriza-se o potencial criativo, imaginativo e expressivo a miscigenação dos saberes e a expressão da subjetividade. Consideram terapêuticas as oficinas nas quais os clientes podem expressar livremente sua fala, seus sentimentos, seus desejos, angústias e medos (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Nas propostas assistências consonantes aos preceitos da reforma psiquiátrica, as oficinas terapêuticas constituem um dispositivo de acolhimento, de convivência, de mediações do diálogo e de acompanhamento. O MS as caracteriza como atividades grupais destinadas ao favorecimento da socialização e principalmente o exercício da cidadania. As oficinas são entendidas como espaços de produção do manejo de subjetividade (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

Nos CAPS cotidianamente a arte é utilizada com finalidades terapêuticas no processo de cuidar. Engendram-se novas possibilidades existenciais. A arte é compreendida como recurso para humanização dos cuidados em saúde mental (TAVARES, SOBRAL, 2005). Cataliza afetos, engendra territórios, neste contexto inclusive a dimensão sociocultural é exercida através de ações que possibilitem a expressão e a integração social de sujeitos em sofrimento psíquico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O de como os fenômenos inter-relacionam-se, servindo para tornar os resultados da pesquisa interpretáveis. Ela constitui-se de conceitos e conjuntos de proposições, os quais formam um sistema dedutivo logicamente interrelacionado. Servindo para a elaboração de novas afirmações a partir de proposições originais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2012). termo teoria designa uma generalização abstrata que apresenta uma explicação sistemática.

Na enfermagem, depois de Nightingale propor sua teoria, quase um século se passou para que os estudiosos desenvolvessem trabalhos filosóficos e teóricos, a fim de descrever, definir e orientar a sua prática. A enfermagem passou por cinco estágios no desenvolvimento de sua teoria e filosofia, compreendidos por: conhecimento silencioso; conhecimento recebido; conhecimento subjetivo; conhecimento de procedimentos e por fim, conhecimento construído (MCEWEN, 2009).

Na década de 1940, essa profissão centrou suas ações nas tarefas e procedimentos, pouco valorizando o conhecimento e a construção intelectual. No entanto, na década seguinte, este panorama mudou, e ela então passou a buscar embasamento científico em outras áreas do conhecimento, a fim de concretizar a dimensão intelectual do seu trabalho (DIAS et. al., 2011).

De acordo com esses autores a observação prática e as reflexões levaram ao consenso de que os fenômenos e conceitos centrais da enfermagem são os seres humanos, o ambiente, a saúde e a própria enfermagem. A partir desses conceitos as teorias de enfermagem são constituídas.

Assim, nesta tese que além de propor uma tecnologia de cuidar, pretende também identificar o tipo de cuidado ofertado a clientes com sofrimento psíquico, hospitalizados em instituição pública do Rio de Janeiro; e para tanto foram utilizados os conceitos centrais do *Tidal Model*, proposto por Phil Barker. Alerta-se que tais conceitos, princípios, pressupostos e necessidades foram aplicados vinculando-os aos princípios filosóficos e fundamentos teóricos propostos por Jacques Gauthier, criador da Sociopoética, que tem como um dos seus pilares-o paradigma estético.

2.1 Para entender Phil Barker e a teoria *Tidal Model**

* Artigo no prelo.

Este modelo foi proposto pelo enfermeiro escocês Phil Barker, que por morar durante muitos anos, próximo ao mar, tal fato gerou nele um grande interesse pela água, fator vital à vida. Ele atribuiu a seu pai e a seu avô o seu lema - “calor da educação e disciplina dos limites”. Tal lema o ajudou a compreender que a vida era uma pergunta dependente de respostas, e isto o fez se interessar por compreender as relações do dia a dia, e é nisto que o modelo das marés se funda*. Esse teórico formou-se, na década de 60, em pintor e escultor, e ganhou um prêmio chamado *Pernod*, destinado a jovens pintores, em 1974. Naquela época ele já era enfermeiro psiquiátrico. Continuou a pintar em linguagem metafórica, alegando que através da arte lhe seria possível compreender a realidade, inclusive o seu fascínio pela filosofia oriental. Iniciou-se, ainda, na Escola de Artes, quando tomou conhecimento do conceito de crise chinês, o qual representa uma oportunidade para transformação. Essas concepções influenciam a sua visão acerca da enfermagem, que para ele seria uma arte de cuidar.

Ele tornou-se o primeiro catedrático em enfermagem psiquiátrica pela *Universidad of Newcastle*, no Reino Unido. Sendo enfermeiro, Barker questionou-se sobre o objetivo da enfermagem psiquiátrica, e o papel de seu cuidado, de sua compaixão, de sua compreensão e seu respaldo para ajudar as pessoas que passam por situações extremas de perdas e por crises espirituais. Barker tem uma implicação com a produção de conhecimento acadêmico, tendo escrito desde 1978 aproximadamente 14 livros, mais de 50 capítulos em outros, além de mais de 150 artigos científicos. Ocupou por uma década o cargo de editor chefe do *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Foi o quarto enfermeiro psiquiátrico a ser agraciado com a nomeação para membro *Royal College of Nursing*, em 1995 no Reino Unido. No ano 2000 recebeu um prêmio destinado a professores pela Universidade de Tóquio. Em 2001, recebeu o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Oxford Brookes, tendo seu nome afixado em uma sala de aula da Universidade de Cambridge, além de receber o título de catedrático pelas Universidades de Sidney, Barcelona e Tóquio. Foi professor visitante da Trinity Colledge

* A descrição do texto sobre Phil Barker e a construção do *Tidal Model* foi extraída de: Brookes N. Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. In: Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona (España): Elsevier, 2001, p. 673-705. Tradução livre.

Dublín. Em 2006 recebeu um prêmio por suas realizações em vida do *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Sua atuação como enfermeiro, foi influenciada por estudos e práticas de várias teorias psicoterápicas, principalmente pelas de família e de conduta cognitiva. Porém, seus questionamentos eram maiores, interessando-se por compreender como as pessoas trabalham as capacidades de adaptação e de recuperação da integridade. A partir destas tentativas ele se fez alguns questionamentos: O que é ser uma pessoa? Qual o objetivo da enfermagem? Para quem serve a enfermagem⁽¹⁾?

A visão desse modelo não é fechada, ela permite a incorporação de outras perspectivas e pontos de vista. O modelo da maré fundamenta-se nos processos centrais de cuidados em enfermagem utilizados universalmente, constituindo-se como um guia prático para os enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental. A teoria é radical em sua reconceitualização dos problemas em saúde mental e sobre as necessidades humanas, acima das psicológicas sociais e físicas. O *Tidal Model* destaca a importância central de desenvolver o conhecimento das necessidades das pessoas através de um trabalho colaborativo, desenvolvendo uma relação terapêutica através de diferentes métodos que valorizem uma atuação ativa da enfermagem como elemento educativo no centro de uma investigação interdisciplinar buscando a resolução de problemas e da promoção da saúde mental através de métodos narrativos⁽¹⁾.

O *Tidal Model* possui um grupo de princípios que servem para orientar os profissionais durante a aplicação deste modelo. Tais princípios orientam os profissionais de enfermagem no desenvolvimento de respostas esperadas para o atendimento das necessidades individuais e coletivas dos clientes. As experiências do sofrimento psíquico (SP) sempre são descritas através de metáforas universais e culturais associadas ao poder da água e do mar para representar aspectos relacionados ao sofrimento humano. A água é a metáfora central da experiência vivida pela pessoa e ao mesmo tempo representa o sistema de autocuidados favorecido pela atuação da enfermagem junto à pessoa.

Barker demonstra um grande interesse por estudar o sofrimento psíquico e a experiência humana ante a este tipo de sofrimento. A natureza do ser humano pode ser expressa através dos planos físicos, emocionais, intelectuais, sociais e espirituais. No *Tidal Model* estes planos ganham ênfase através da experiência vivida pelas pessoas, suas histórias (repletas de metáforas) e seus discursos. Cabendo aos profissionais de enfermagem o papel de conhecer e realizar intervenções cuidadosas num espaço sagrado⁽¹⁾.

As bases teóricas do *Tidal Model* são: o principal objetivo terapêutico no cuidado na saúde mental está na comunidade. A vida natural de uma pessoa é um “oceano de experiências”. Metaforicamente, a crise psiquiátrica é só uma entre muitas coisas que ameaçam “afundar” o indivíduo. O objetivo ao final do cuidado na saúde mental para este modelo é possibilitar o desenvolvimento pessoal no oceano de experiências, para que a pessoa possa continuar sua vida, compreendendo as mudanças como um processo constante e contínuo. Um dos principais objetivos abordados e utilizados no *Tidal Model* é ajudar as pessoas a desenvolver uma conscientização das mudanças que terão grande efeito em suas vidas. A delegação do poder está no centro do processo do cuidado. Para que as pessoas possam utilizar seu próprio poder pessoal utilizam-se maneiras construtivas. A enfermagem e as pessoas estão unidas de maneira transitória. Quando o cuidado de enfermagem é eficaz, encontram-se formas genuínas de cuidar.

O *Tidal Model* se baseia em pressuposições, diante das necessidades que indivíduos em sofrimento psíquico apresentem. A enfermagem de certa forma poderia suprir essa necessidade facilitando o afloramento das soluções. Os principais assuntos que o modelo aborda é a mudança como única constante, pois as pessoas mudam constantemente. O valor de ajudar as pessoas a serem mais conscientes e de como produzir mudanças. As pessoas possuem suas histórias e não existe nada mais e nada menos que complete a história e a experiência vivida. A história é marcada primeiro nela mesma e a história de como viveram para estar aqui experimentando os problemas da vida contém material para a busca das soluções.

O *Tidal Model* supõe analogicamente que quando as pessoas são presas em sua forma psíquica de loucura, tem o risco de afogar-se em seu desconforto ou colidirem contra as rochas, ou como se fossem abordadas por piratas e estes tivessem roubado algo de sua identidade humana; ou também como tivessem desembarcado em uma praia deserta, longe de casa e de tudo que conhecem⁽¹⁾.

A enfermagem ciência e ação de cuidar estão constantemente em evolução, respeitando as necessidades e as mudanças nas estruturas sociais. A natureza da relação de Baker com os usuários dos serviços confirmam a valorização da enfermagem como uma construção social, mais que profissional. Se algo define a enfermagem globalmente é a construção social do papel dos enfermeiros. A função educadora da enfermagem existe só quando encontram-se condições necessárias para potencializar o crescimento e o desenvolvimento. É uma atividade interpessoal humana duradoura; comporta o centro dos

cuidados na promoção do crescimento e do desenvolvimento em direção do presente e do futuro⁽¹⁾.

Esse modelo interessa-se pela visão fenomenológica da experiência vivida por uma pessoa e o correlacionamento com sua história. Para ele, as pessoas são filósofas naturais e fabricantes de significado e valor de sua experiência, construindo modelos explicativos do mundo e de onde é seu lugar. Os profissionais de enfermagem podem apreciar o mundo desde a perspectiva da pessoa e compartilhar com ela. O modelo afirma que as pessoas são suas histórias. O sentido da pessoa no mundo é sua experiência, intrinsecamente unida pela história de suas vidas e os diversos significados que são gerados⁽¹⁾.

As pessoas, assim como as marés encontram - se em estado constante de fluxo, com grande capacidade de mudança. A vida é uma viagem do desenvolvimento e as pessoas viajam por seu oceano de experiência. Esta viagem de descobrimento e exploração pode ser arriscada e as pessoas têm uma necessidade fundamental de segurança e capacidade para se adaptar as circunstâncias de mudança. A viagem através do nosso oceano de experiência depende do nosso corpo físico, sobre o qual entendemos a história de nossas vidas⁽¹⁾.

O *Tidal Model* tem algumas suposições sobre o curso adequado da vida de uma pessoa. As pessoas se definem por relações, como por exemplo, mãe, pai, filho, irmão, irmã, o amigo de alguém. Também estão relacionadas com as enfermeiras⁽¹⁾.

Barker aborda a definição de saúde como resultado de uma reação autônoma, onde é modelada culturalmente a uma realidade criada socialmente. A saúde engloba uma tarefa pessoal, onde o êxito é em grande parte, o resultado do autoconhecimento, da autoconfiança, da autodisciplina e dos recursos internos quando a pessoa é regulada por seus próprios ritmos e ações diárias, dieta e sexualidade.

Os enfermeiros se comunicam com as pessoas para conhecer suas histórias e a situação atual de sua vida e entende-las, incluindo sua relação com a saúde e a enfermidade, mas de acordo com suas visões. O estado de enfermidade é um problema humano com relação social, psicológica que provocam crises vitais. No modelo de maré a enfermagem está centrada na possibilidade de orientar sobre a saúde⁽¹⁾.

O ambiente é uma grande medida social, os problemas humanos podem derivar de interações ambiente-humano. As pessoas vivem em um mundo social e material onde seu interesse com o ambiente inclui as outras pessoas, grupos e relações que integram o ambiente. Dentro do ambiente encontram-se áreas vitais da vida como habitação, economia, ocupação,

lazer, filiação. As enfermeiras organizam o tipo de condições que ajudam aliviar o desconforto e começar um processo de recuperação a longo prazo ⁽¹⁾.

Para maior entendimento sobre o *Tidal Modal*, elaboramos um artigo, no qual delineamos uma perspectiva de cuidar em enfermagem fundamentada nos valores essenciais propostos por Phil Barker e pela perspectiva estética e sociopoética.*

2.2 Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar de pessoas com sofrimento psíquico: apropriação da teoria *Tidal Model*

Aesthetic/sociopoetic perspective of caring for people with psychological distress: the Tidal Model Theory appropriation

Perspectiva estética y socio-poética de personas con sufrimiento psicológico: apropiación del modelo de las mareas

Título abreviado: Perspectiva estética/sociopoética ao cuidar

Iraci dos Santos. Leandro Andrade da Silva. Alexandre Vicente Nascimento. Araci Carmen Clos.

*Artigo publicado na Rev enferm UERJ. 2014; 22(6):815-20.

RESUMO: Questiona-se como construir uma perspectiva estética/sociopoética do cuidar de pessoas com sofrimento psíquico, considerando o *Tidal Model*. Objetivou-se delinear uma perspectiva de cuidar em enfermagem fundamentada nos valores essenciais propostos por Phil Barker nessa teoria. Buscou-se, sem sucesso, em bases de dados, produção sobre essa teoria, no idioma português, trabalho completo de enfermagem disponível *online*. Utilizou-se o livro *Modelos y teorías en enfermería*, publicado em 2011, em inglês e espanhol. Os conceitos e ideias do autor dessa teoria possibilitaram vincular o princípio da Sociopoética à compreensão dos valores essenciais desse modelo, que remete às ações próprias da equipe de cuidados qualificados. Respondeu-se à questão inicial, com alcance do objetivo formulado, mediante a proposição de uma perspectiva estética/sociopoética do cuidar, fundamentada nos 10 compromissos dessa teoria. Compete aos profissionais de enfermagem promover uma interação cuidadosa e sensível com as pessoas, num espaço onde o cuidar é algo sagrado.

Palavras-Chave: Enfermagem; teoria de enfermagem; saúde mental; perspectiva estética.

ABSTRACT: Question to build an aesthetic/sociopoetic perspective of caring for people with mental disorder, since the Tidal Model Theory. It was proposed a perspective of caring grounded in the core values proposed by Phil Barker in the Tidal Model Theory in nursing. Was sought unsuccessfully, in databases publications on this theory, in Portuguese, complete nursing abstracts available online. Based on the book *Modelos y teorías en enfermería*, published in 2011 in English and Spanish. The concepts and ideas of the author of this theory possible link the principles of Sociopoetic with the understanding of the essence of the value of this model, which refers to actions enforceable by a team of skilled care. Thus answered the initial question, the goal was reached presenting a proposal of aesthetic/sociopoetic perspective based on the 10 commitments of the theory. Incumbent upon nurses perform a careful and sensitive interaction with people, in a place where caring is something sacred.

Keywords: Nursing; nursing theory; mental health; aesthetic perspective.

RESUMEN: Se indaga acerca de la construcción de una perspectiva estética/sociopoética del cuidar de personas con trastorno mental, considerando El *Tidal Model*. Se objetivó delinear una perspectiva del cuidar en enfermería fundamentada en los valores esenciales propuestos por Phil Barker en esa teoría. Se buscó, sin suceso, en bases de datos, producción sobre esa teoría, en portugués, trabajo completo de enfermería disponible *online*. Se utilizó el libro *Modelos y teorías en enfermería*, publicado en 2011, en inglés y español. Los conceptos y ideas del autor de esa teoría posibilitaron vincular los principios de la sociopoética a la comprensión de los valores esenciales de ese modelo, que remete a las acciones propias del equipo de cuidados calificados. Se respondió a la pregunta inicial, con alcance del objetivo formulado, a través de una proposición de la perspectiva estética/sociopoética del cuidar, fundamentada en los 10 compromisos de esa teoría. Compete a los profesionales de enfermería promover una interacción cuidadosa y sensible con las personas, en un espacio donde el cuidar es algo sagrado.

Palabras-Clave: Enfermería; teoría de enfermería; salud mental; perspectiva estética.

INTRODUÇÃO

A produção científica em enfermagem requer inovações e tecnologias adequadas para desenvolver ações indispensáveis ao bem-estar das pessoas nas diversas situações de

sobrevivência neste mundo, consigo e com os outros. Os profissionais de enfermagem convivem com desafios oriundos da complexidade, vulnerabilidade, fragilidade e/ou potencialidade do viver do indivíduo que enfrenta dificuldades, ansiedades, e estresses inerentes do mundo contemporâneo.

Tais desafios conduzem aos questionamentos sobre a aplicação dessa produção, a exemplo das teorias que propõem modelos conceituais, e ressignificam paradigmas de cuidar de séculos passados, porém vigentes neste milênio, a exemplo da área de psiquiatria e saúde mental (SM)¹.

O cuidar qualificado remonta ao autoconhecimento do profissional e ao reconhecimento dos clientes, respeitando sua dignidade e necessidades humanas na integralidade de suas dimensões corporais física, mental e espiritual². Pois a enfermidade, em si, não se restringe apenas ao corpo físico e social. Na complexidade existencial, vivemos situações que nos permitem chorar de alegria, enlouquecer de felicidade, mentir para ser feliz, maltratar a quem se ama, ocultar a revolta, a solidão, a tristeza, a infelicidade e trabalhar sem descanso, usando a capa da reconhecida loucura.

Pesquisadores se preocupam com essas situações, tal qual Phil Barker³⁻⁵, que em sua curiosidade, se questionava sobre aspectos relacionados ao trabalho que desenvolvia com pessoas com transtornos mentais (TM): o que é ser uma pessoa? Qual é o objetivo do trabalho da enfermagem com pessoas em sofrimento psíquico (SP)? Para que servem as ações de enfermagem? Partindo desses questionamentos, ele investiu sua intelectualidade na construção de um modelo de cuidados de enfermagem em SM.

Pensando nesse modelo, reflete-se sobre um objeto de estudo contribuinte para a qualificação de enfermeiros atuantes na enfermagem psiquiátrica e SM, visando ações de cuidados específicos junto aos clientes internados em instituição dessa área. Justifica-se o objeto de estudo a Perspectiva estética/sociopoética⁶ ao cuidar de pessoas com transtornos mentais: apropriação da Teoria *Tidal Model*³⁻⁴, que recomenda relação interpessoal com enfoque na expressão da história de vida e do adoecimento pelo próprio cliente. Para esse teórico, um objetivo do cuidar em enfermagem é o autoconhecimento do profissional e o conhecer a pessoa/ cliente para juntos realizarem o cuidado em SM²⁻⁵.

Na primeira etapa do desenvolvimento de tese sobre esse assunto, constatou-se a dificuldade dos alunos da disciplina de psiquiatria e SM em delinear um perfil imaginário do indivíduo com SP. Sem conhecer seu futuro cliente como o estudante e/ou o profissional pode cuidar dele?

Justifica-se a inserção da sociopoética na perspectiva estética⁶, visto a semelhança dos princípios filosóficos, conceitos e definições e compartilhamento do poder/saber⁵⁻⁷, de ambas as teorias, que valorizam a pessoa a partir de sua fala e seus direitos para viver e conviver, considerando sua dignidade humana.

Assim, questiona-se: como construir uma perspectiva estética/sociopoética de cuidar de pessoas com transtorno mental, a partir da Teoria *Tidal Model*?

Teve-se como objetivo deste artigo propor uma perspectiva de cuidar em enfermagem fundamentada nos valores essenciais propostos por Phil Barker na *Tidal Model*.

Pressupõe-se que a apropriação dessa teoria seja necessária para a construção dessa perspectiva que, na nossa ótica, se aproxima da sociopoética como prática de cuidar/educar^{2, 5-7}, pois apresenta princípios de cuidados de enfermagem, serve de guia para a atuação profissional, tem aplicação universal, e se fundamenta nas necessidades da pessoa com SP^{2, 5}.

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O criador do *Tidal Model* refletiu sobre a necessidade de os profissionais de enfermagem delegarem poderes aos clientes sob seus cuidados, ao valorizarem suas histórias de vida e a experiência da loucura, em busca da recuperação da SM, considerando aspectos pessoais e espirituais.

A filosofia oriental domina seus estudos, visto sua crença na capacidade de viver e de crescer mediante crises vivenciadas ao longo da existência. Refletindo sobre as águas do mar, ele afirmou ser necessário ajudar criativamente as pessoas a cruzarem as águas turbulentas, comparáveis ao SP, ressaltando a importância de os enfermeiros se relacionarem diretamente com elas^{3,4}.

Esse modelo extrai sua metáfora filosófica central da Teoria do Caos, na qual a imprevisibilidade da natureza assemelha-se a vida humana, comparando-a ao fluxo de poder da água, pois as marés realizam um movimento de ir e vir^{3,4}. Nesse, as forças da água se misturam sem padrões repetitivos, porém, com padrões delimitados^{3,4}.

Possibilitando a relação terapêutica através do trabalho colaborativo entre a pessoa e o profissional de saúde; desenvolve métodos de delegação ativa de poder, no qual os enfermeiros atuam como um educador, no centro de intervenção interdisciplinar, buscando a resolução de problemas e a promoção da SM, mediante valorização da narrativa do cliente^{3,4}.

É uma filosofia para a recuperação da SM, diferenciada do modelo vigente de atendimento ou tratamento do TM. Uma visão específica de mundo, que auxilia o enfermeiro a compreender o que é SM na perspectiva do cliente e como ajudá-lo na sua recuperação, compreendendo a vida humana nas dimensões físicas, emocionais, intelectuais, sociais e espirituais²⁻⁵.

Tais aspectos fenomenológicos permeiam o *Tidal Model*, enfocando a vivência do indivíduo, assim como as suas singulares histórias de vida, repletas de metáforas e intervenções narrativas³⁻⁵.

Seu criador utiliza o conceito de uso terapêutico do eu, proposto por Travelbee (Modelo de relações entre seres humanos)⁸, que auxilia o alcance do objetivo da enfermagem, e três teorias que sustentam o *Tidal Model*—Relações interpessoais de Peplau⁹; Enfermagem psiquiátrica e saúde mental; Delegação de poder nas relações interpessoais^{3,4}.

Metodologia

Por situar-se no século 21, buscou-se em bases de dados vinculadas ao portal de periódicos da CAPES, publicações sobre o *Tidal Model*, considerando: período de 2001 a outubro de 2014, idioma português, trabalho completo de enfermagem disponível online. A escolha desse idioma visou descobrir se esse modelo era conhecido na área de enfermagem brasileira. Não foram encontradas publicações atendendo aos critérios selecionados. Então, foram utilizados os livros Modelos y teorías en enfermeira³, sétima edição e o *Nursing theorist and their work*⁴, oitava edição. Percebeu-se que essa teoria só foi nele publicada na edição de 2011, nos idiomas inglês e espanhol.

Para compreender a apropriação desse modelo na construção teórica da perspectiva estética/sociopoética do cuidar em enfermagem em saúde mental, descreve-se as reflexões, ideias e concepções de Phil Barker.

Conceitos pilares para a construção do *Tidal Model*

Enfermagem - Profissão que realiza trocas constantes com outras profissões e áreas do conhecimento. Construtor social e não somente uma profissão. O que define a enfermagem mundialmente é a construção social e o papel da enfermeira^{3, 4}. Desenvolve um trabalho educativo, constituindo-se como atividade interpessoal, humana e duradoura, centrada no crescimento pessoal através de trocas.

Barker amplia as concepções de Peplau⁹, definindo o objetivo da enfermagem com a palavra de derivação grega *thephotaxis*, que significa promover o crescimento e desenvolvimento pessoal. Propôs uma distinção de enfermagem psiquiátrica (EP) para a enfermagem em SM: na EP, o trabalho do profissional desta área visa remediar e reduzir a sintomatologia apresentada pelo cliente; na SM, o trabalho do enfermeiro auxilia a pessoa a desenvolver maneiras de crescer e desenvolver-se, indo além do que vive atualmente, conseguindo compreender e superar seus atuais problemas psíquicos^{3,4}.

Pessoa—Caracteriza a visão fenomenológica da experiência a partir das narrativas de suas história de vida. Elas são filósofas de suas vidas, pois o viver produz significados e valores significativos acerca do mundo e de sua relação com ele. Os profissionais de enfermagem devem ser capazes de apreciar o mundo desde sua perspectiva até a do outro. As pessoas são a sua história, o sentido do eu, sua relação com o mundo de experiências. Estão intrinsecamente interligadas nas histórias de suas vidas^{3,4}.

Saúde - Capacidade de adaptar-se ao meio e as trocas. Englobaria o futuro, incluindo os recursos internos para viver com ela. Resulta do autoconhecimento, da autodisciplina e dos recursos internos como cada pessoa controla seus ritmos, desde a alimentação até aspectos sexuais. A personalidade humana e suas fragilidades resultam das experiências de dor, enfermidades e de mortes, como parte integral da vida^{3,4}.

A saúde é um todo e resultante da vivência do indivíduo, inclusive contextos culturais, sociais, econômicos e espirituais ao longo da vida. Desde uma concepção holística, as pessoas atribuem significados individuais de saúde e enfermidade. Cabe aos enfermeiros conhecer seus clientes desde esses diferentes aspectos, para utilizá-los como recurso de tratamento^{3,4}.

Entorno—Meio social onde as pessoas viajam por seu oceano de experiências e o enfermeiro cria espaços para o crescimento e desenvolvimento pessoal. As relações terapêuticas buscam a relação do indivíduo com o seu entorno. Conforme os problemas humanos, podem se derivar de complexas interações da pessoa com esses onde o caos pode se instalar no cotidiano. No entorno estão as áreas vitais do cotidiano, tais como a ocupação, o ócio, o sentido de lugar e o pertencimento^{3,4}.

Conceitos principais e definições do *Tidal Model*

. O objetivo terapêutico do cuidado está na comunidade. A vida cotidiana da pessoa é um oceano de experiências e as crises psiquiátricas encontram-se entre coisas que podem afundá-

la. O objetivo do cuidado em SM é devolver às pessoas esse oceano de experiências possibilitando-lhes continuar sua recuperação^{3,4}.

As trocas são um processo contínuo e as pessoas trocam constantemente. Isso pode ocorrer para além de sua consciência. Um dos principais objetivos é ajuda-las a desenvolver uma consciência das pequenas trocas, as quais têm um grande efeito sobre as suas vidas^{3,4}.

.O retorno ao convívio sócio faz parte do processo de cuidar, contudo os indivíduos têm seus próprios desejos e tempos. Deve-se auxiliá-los para obter o controle de suas vidas de maneira construtiva^{3,4}.

.O profissional e o cliente estão unidos como membros de um corpo de Ballet. Isso significa que nos encontros genuínos devem se cuidar juntos e não o cuidar pela pessoa^{3,4}.

Os três domínios do *Tidal Model* – O modelo voltado para a pessoa

O modelo está representado: eu, os outros e o mundo. O domínio é uma esfera na qual o indivíduo vivencia aspectos da vida privada e pública. Lugar onde ele vive, sua casa^{3,4}.

. *Domínio do eu* -Lugar privado, neste se guardam os pensamentos, crenças, valores, ideias e somente o vivente o conhece. Nele se sofre o primeiro mal estar, chamado de doença mental. Muitas pessoas mantêm em segredo boa parte de seu mundo privado revelando apenas o que desejam. Esse é o motivo que as tornam um mistério para os outros^{3,4}.

Nesse domínio, o enfermeiro auxilia a pessoa a sentir-se mais segura, a enfrentar os seus medos e o que a faz sofrer. Seu principal objetivo é possibilitar, junto com o sujeito, criar o que foi denominado plano de segurança pessoal^{3,4}. Um trabalho base para desenvolver um programa de autoajuda.

. *Domínio do mundo* - Onde a pessoa compartilha experiências do *domínio do eu* com outras pessoas em seu meio social. Quando se compartilha pensamentos, anseios, visões de mundo. Caracteriza o centro dos esforços do profissional para compreender o cliente e seus problemas. Torna-se possível mediante uma concepção holística. Tenta-se ajudá-lo a identificar problemas específicos que atrapalham sua vida diária e nestes casos utilizam-se sessões individuais^{3,4}.

. *Domínio dos outros* – Neste se encontram os cuidados profissionais e demais maneiras de apoio. Focaliza-se prioritariamente grupos de atendimentos; neles é possível compartilhar informações e buscar soluções. Participando de grupos a pessoa desenvolve uma consciência

de valor do apoio social que pode dar e receber dos demais. Essa é a base da compreensão da pessoa do valor do apoio mútuo que estará acessível na vida diária^{3,4}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descreve-se a proposta para o desenvolvimento de uma perspectiva estética e sociopoética do cuidar em enfermagem a partir da apropriação da teoria *Tidal Model*.

A leitura atenta e reflexiva dessa possibilitou o vínculo dos princípios filosóficos da sociopoética à compreensão dos 10 compromissos reveladores da essência do valor do referido modelo, que remete à ações passíveis de execução por equipe que desenvolve cuidados qualificados. Assim, responde-se à questão inicial, e demonstra-se o alcance do objetivo formulado, com uma proposta da perspectiva estética e sociopoética fundamentada nos 10 compromissos dessa teoria, descritos a seguir.

. *As ações de ajuda* à pessoa com sofrimento psíquico se iniciam com a valorização de sua fala, na descrição de sua história de vida, incluindo o relato do sofrimento, expectativas e esperanças que demarcam o início e o fim de todo este processo de cuidado. Desse modo, na prática de cuidar/educar sociopoética, os sujeitos se sentem livres, empoderados para pronunciar a sua vida no mundo⁷⁻¹⁰.

Alerta - se sobre os relatos na terceira pessoa, relatos profissionais, que podem não expressar exatamente a história do sujeito, mas sim a percepção dos profissionais. Por isso, os relatos do cliente sobre a sua história e a percepção dos membros da equipe de saúde são analisadas conjuntamente, visando à fidelidade destes relatos, tal qual acontece no método sociopoético¹¹.

. *Respeitar a linguagem*. As pessoas descrevem suas histórias de vida de forma única, relatam fatos que somente elas conhecem. A compreensão dessa forma peculiar de expressão é o meio que ilumina o caminho de recuperação. Incentiva-se que elas falem, utilizando suas próprias palavras, peculiares a sua maneira de se expressar perante ao mundo. Um princípio da Sociopoética é respeitar a linguagem do sujeito, é considerar seus valores, crenças e saberes, pois eles são iguais em direito, quer sejam orais, gestuais e/ou através de práticas artísticas^{10,11}.

Comumente os profissionais registram as falas dos clientes através de termos técnicos, utilizados pela psiquiatria. O *Tidal Model* propõe que se respeite a linguagem natural da pessoa, sendo esta uma maneira de respeitá-la. Similarmente, no educar/cuidar, a Sociopoética

valoriza as formas de expressão das pessoas considerando suas cultura, tradições e ancestralidade^{2,6,10,11}.

. *Desenvolver uma curiosidade original.* O cliente escreve sua história, tal como um livro fechado. É impossível conhecer a experiência de outra pessoa. Cabe aos enfermeiros e demais profissionais de SM, demonstrar verdadeiro interesse pelas histórias dos clientes. Assim, é possível entendê-los melhor¹².

Geralmente os profissionais se interessam apenas pelo o que faz o indivíduo sofrer, realizando avaliações que buscam sinais e sintomas. Quando se revela uma curiosidade genuína, demonstra-se um interesse pela pessoa e sua experiência única. Deve-se perceber características que podem ser comuns a outros sujeitos em SP. Entretanto, importa perceber e compreender o que é singular. No cuidar sociopoético, prioriza-se o reconhecimento da dignidade humana do cliente considerando sua integralidade e singularidade^{2,6,10}.

. *Tornar-se aprendiz.* O indivíduo é o especialista mundial de sua história de vida. Os profissionais podem se apropriar dessas histórias de maneira respeitosa, visando possibilitar um aprendizado único com cada pessoa e suas histórias. É o cliente quem indicará o caminho do que deve ser feito¹². Assim como acontece na revelação de saberes ocultos, sentimentos recalcados que são desvendados quando se dá vez e voz aos sujeitos nas oficinas sociopoéticas^{13,14}.

Ninguém é capaz de conhecer a real experiência de um indivíduo. Os profissionais frequentemente acham que sabem muito mais sobre uma pessoa do que ela própria. Barker faz uma observação ao questionar como se pode saber mais sobre uma pessoa que pouco se conhece, do que o próprio indivíduo que conhece a si próprio. Leva-se tempo para perceber que as pessoas jamais serão capazes de conhecer o outro em plenitude¹².

. *Usar ferramentas disponíveis.* A história da pessoa revela estratégias que funcionaram no passado e que podem funcionar no futuro. É a principal ferramenta para desbloquear ou criar a história de recuperação. As ferramentas utilizadas pelos profissionais são expressas habitualmente através de idéias como a prática baseada em dados científicos. Descrever o que funciona em outras pessoas, potencialmente, pode ser útil, desde que o conjunto de ferramentas esteja disponível¹².

. *Trabalhar um passo adiante.* O profissional que cuida e a pessoa cuidada trabalham juntos em prol da recuperação da SM. Eles decidem sobre o próximo passo a ser dado. Fazer isso é crucial e revela o poder de troca, apontando o objetivo final da recuperação. Afirma-se que toda viagem de milhares de quilômetros começa com um primeiro passo. Qualquer viagem se

inicia pela imaginação. Depende-se disso para prever o que será realizado. Trabalhar um passo à frente junto com a pessoa; planejar juntos o passo de agora e pensar qual será o próximo^{3,4,12}.

. *Dar tempo ao tempo*. Nada é mais valioso do que o tempo que a pessoa e o cuidador passam juntos. Frequentemente o profissional se queixa de não ter tempo para trabalhar de maneira construtiva com as pessoas. Ele precisa notar que o tempo é dele e de outra pessoa, sendo destinado à relação interpessoal construtiva, valioso para ambas as partes^{3,4,12}.

. *Revelar a sabedoria pessoal*. Somente a pessoa se autoconhece. Escrevendo sua história ela revela maior repertório de sabedoria. Comumente não encontra palavras para expressar plenamente sua multiplicidade, inefabilidade e complexidade. Evocar metáforas pessoais para transmitir suas experiências é importante. Atividade fundamental do profissional é auxiliá-la a revelar, obter, valorizar a sua própria sabedoria; algo com possibilidade para apoiá-la durante sua recuperação^{3,4}.

. *Compreender que as trocas são constantes, inevitáveis*. Compõem a história comum de todos; seu crescimento é opcional. Necessita-se tomar decisões e eleger o que levará a pessoa ao crescimento. A tarefa do profissional é reconhecer que esta possibilidade de trocas e de apoio, na tomada de decisões, importam para a pessoa superar o mal estar em direção a sua recuperação^{3,4}.

. *Ser transparente*. Se o profissional e a pessoa em sofrimento formam uma equipe, devem baixar suas defesas e se abrirem para possíveis trocas. Ao escrever a história, a caneta do profissional pode tornar-se uma arma; corre o risco de inibir, restringir e delimitar as escolhas vitais do indivíduo. Os profissionais têm posição privilegiada; devem conquistar a confiança e ser transparentes, possibilitando que a pessoa entenda o que está acontecendo e por que está ali. Valorizar a linguagem e construir planos de cuidados junto aos sujeitos^{3,4,12}.

CONCLUSÃO

Vê-se que *Tidal Model* orienta o profissional na busca de respostas, tentando satisfazer as necessidades individuais e contextuais da pessoa, que está sob sua orientação. Nele, o sofrimento psíquico é descrito com termos metafóricos. O criador emprega metáforas universais e culturalmente significativas associadas ao poder das águas do mar, para representar aspectos conhecidos do sofrimento humano. A água é a metáfora central vivida pelas pessoas, e os cuidados de enfermagem as modelam.

Barker evidencia um grande interesse pela experiência humana de sofrimento psíquico. Compete aos profissionais de enfermagem, realizar uma interação cuidadosa e sensível com as pessoas em um espaço onde o cuidar é algo sagrado. Para ele, o que caracteriza as práticas de enfermagem é a utilização de possibilidades de relações colaborativas com usuários de serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Silva LA, Gomes AMT, Oliveira DC, Souza MGG. Social representations of aging in institutionalized psychiatric patients. *Esc. Anna Nery Rev enferm* [site da Internet]. 2011 [citado em 02 nov 2014]. 15 (1): 124-131. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-1452011000100018&lng=en.
2. Santos I dos, Caldas CP, Gauthier J, Erdmann AL, Figueiredo NMA. Caring for the whole person: the contributions of aesthetics/sociopoetics perspectives to the field of nursing. *Rev. enferm. UERJ* [site da Internet] 2013 [citado em 02 nov 2014]. 21 (1): 4-9. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/3967/27503>.
3. Brookes N. Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. 7 ed. In: Tomey AM, Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona (Es): Elsevier; 2011.
4. Brookes N. The Tidal Model in the mental health recuperation. 8 ed. In: Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their works*. New York (EUA): Elsevier; 2014.
5. Barker PJ. The Tidal Model: developing a person – centred approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in psychiatric care*. [site da Internet] 2001 [citado em 22 out 2014] 37(3): 79-87. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15521295>
6. Santos I dos et. al. Perspectiva estética: filosofia e apropriação para o cuidado de enfermagem. In: Figueiredo NMA; Machado WCA. *Tratado de cuidados de enfermagem médico-cirúrgico*. São Paulo: Roca, 2012, p. 93-103.
7. Gauthier J. *O oco do vento-metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais*. Curitiba (PA): Editora CRV. 2012.
8. Hobbles WH, Lansinger T, Magers JA, Mckee NJ. In: *The tidal model*. Tomey AM, Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 6 ed. Barcelona (Es) Elsevier; 2005. P 355-365.
9. Pokorny ME. Teorias en enfermería de importancia histórica. In: Tomey AM, Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 7 ed. Barcelona (Es) Elsevier; 2011. P.54-55.

10. Santos I dos, Silva LA, Gauthier J, Guerra RGM. Contributions of social poetics on the scientific production regarding nursing care: an integrative literature review. *Rev. Eletr. Enf.* [site da Internet]. 2013 [citado em 03 nov 2014] jan/mar;15(1):243-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.20888>.
11. Santos I dos, Gauthier J, Petit SH, Figueiredo NMA. *Prática da pesquisa em ciências humanas e sociais – abordagem sociopoética*. São Paulo: Atheneu; 2005.
12. Barker P, Buchanan-Barker. *The tidal model. A guide for mental health professionals*. New York(EUA): Brunner-Routledge: 2005.
13. Salgado APA , Santos I dos, Progianti, JM. Disclosing actives archetype on the woman existence on the hospital delivery: sociopoetic study. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)*[site da Internet] 2013 [citado em 14 nov 2014].v. 5, p. 3332-3335, Disponível em: [file:///Users/leandroandrade/Downloads/1930-13778-1-PB%20\(1\).pdf](file:///Users/leandroandrade/Downloads/1930-13778-1-PB%20(1).pdf)
14. Santos I dos, Jesus PBR, Brandão ES, Oliveira EB, Nascimento AV. Repercussões do acometimento cutâneo na vida das pessoas: sociopoetizando a autoimagem e a autoestima. *Rev enferm Uerj.* [site da Internet] 2014 [citado em 01 nov. 2014] 22 (2): 157-62. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a02.pdf>

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Apresentam-se os referenciais teóricos metodológicos utilizados para a fundamentação desta tese. Ao realizarmos um estudo fundamentado na perspectiva estética sociopoética, consideramos a sua vinculação ao *Tidal Model*, pois ambos consideram a construção singular do cuidar em parceria com os sujeitos, respeitando a historicidade dos participantes.

3.1 A perspectiva estética e sociopoética

A abordagem do conhecimento do homem como ser político e social, denominada de sociopoética (SANTOS et. al., 2012), surgiu no primeiro livro publicado sobre essa temática por Jacques Gauthier e Iraci dos Santos no ano de 1996, no prefácio por eles denominado “Nossa Viagem” escreveram:

Está se formando um caminho para a produção do conhecimento. Ele vai surgindo assim como que construindo práticas diferenciadas de pesquisa. Pode ser visto, por um dentre nós, como o vislumbrar de veredas formadas pelo desejo de unicidade, autenticidade, de afirmação do ser pesquisador consigo mesmo, integrado à natureza, ao mundo e ao tempo em que vive; sem esquecer suas raízes, sua cultura, sua própria condição humana em nome da suposta objetividade da ciência. [...] Aqui apresentamos a sócio-poética. Não queremos deixar a possibilidade da redução da sócio-poética a uma mera técnica, que qualquer poder poderia utilizar. Assim afirmamos fortemente: a sócio-poética vem de nosso compromisso com os oprimidos, explorados, excluídos e marginalizados das sociedades capitalistas atuais. São eles que nos deram a força de viver, e de falar (GAUTHIER; SANTOS, 1996, p. 8-9).

Esses autores classificaram de sociopoética toda prática social de produção de conhecimento que afirma a importância do corpo na construção do imaginário, sendo a base para as abstrações; a importância das culturas dominadas, de suas categorias e dos conceitos por elas produzidos; o papel da criatividade artística na construção do conhecimento; a importância dos sujeitos como corresponsáveis pelos conhecimentos produzidos e a importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos do saber.

Afirma Fleuri (2005) que a Sociopoética é uma proposta metodológica inovadora, que potencializa o conhecimento que o grupo pode produzir, tornando-os copesquisadores. Ela defende que o corpo é uma fonte de conhecimentos, explora o potencial cognitivo das sensações, das emoções e de toda gestualidade, ultrapassando a imaginação, a intuição e a

razão. É compreendida como uma ciência sensível, pois promove a criatividade artística no aprender, no pesquisar e no cuidar humano.

Afirma, ainda, ser possível que a pesquisa acadêmica torne-se um acontecimento poético, palavra de derivação grega, *poiesis* qual significa criação (GAUTHIER et. al., 2005). Para Gauthier (2012) criador da abordagem sociopoética, ela também pode ser classificada como um método. Tal afirmativa é expressa através da passagem a seguir:

É uma prática e uma teoria da pesquisa e do ensino/aprendizagem que pretende analisar criticamente a realidade social, ao desvelar o inconsciente de classe, de grupo, de gênero, de cultura e sub-cultura, de faixa etária, que atravessa as pessoas e os grupos (GAUTHIER, 1999, p. 13).

Essa abordagem no conhecimento do homem como ser político e social, postula como pressuposto básico, que todos os saberes são iguais em direito. Porém, alertam Petit, Gauthier, Santos et. al. (2005, p. 01) “tomar essas bases como orientações para pesquisar, ou ainda, ensinar ou cuidar, não é uma tarefa sem consequências éticas e epistemológicas”. A sociopoética seria uma forma de resistência na área da produção do conhecimento, pois os grupos pesquisadores se instituem de maneira autogerida no processo de pesquisa, são como “senhores do mundo, porque seu desejo e seu trabalho o regeneram continuamente” (PETIT et. al., 2005, p. 01.).

O método sociopoético enfrenta os perigos que rondam os denominados grupos autônomos, envolvidos num dever ético no qual emergem além das responsabilidades éticas, as criativas no plano das potencialidades do desejo e do saber. Embora, os autores citados afirmem que a palavra não deva ser compreendida em seu aspecto convencional, mas sim, vislumbrada como um caminho a ser percorrido.

De acordo com Santos et. al. (2012) em uma conferência proferida pela Professora Emérita da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Eloita Pereira Neves, no Rio de Janeiro, ela os surpreendeu ao afirmar que a Iraci dos Santos e Nébia Figueiredo eram teoristas de enfermagem, idealizadoras de uma perspectiva estética do cuidar em enfermagem e saúde. Assim, essa perspectiva surge da sensibilidade diante dos desafios para o desenvolvimento de um paradigma do cuidar, acrescido de fundamentação filosófica, teórica e tecnológica específica da enfermagem, fruto dos anos de experiência assistencial e acadêmica dessas então denominadas teoristas.

A perspectiva estética e sociopoética, obrigatoriamente, defende o cuidado, visando à qualidade de vida (QV) das pessoas e o educar junto com as pessoas e não educar as pessoas (SANTOS et. al., 2012).

O conceito de estética vincula-se a especificidade da arte/ofício, do fazer em enfermagem e a natureza do ser humano. Envolve a relação entre o profissional e o cliente, “ambos dotados de subjetividades, crenças, valores, dons, saberes e culturas próprias de sua humanidade na qual o cuidado faz-se presente” (SANTOS et. al., 2012, p. 94). A estética distingue-se com características próprias advindas da ética subjetiva interior dos seus profissionais, exteriorizada no ofício de sua práxis, ressaltado por seu produto – o cuidado estético.

Para compreender o paradigma estético no cuidar, é preciso analisar o significado semântico da palavra estética, a qual se derivaria do grego *aisthesis*, compreendida como a faculdade de sentir, compreensão pelos sentidos, percepção totalizada (SANTOS et. al., 2012). “Considerando a arte de enfermagem, ao enfermeiro torna-se imprescindível o conhecimento estético que expressa sua subjetividade ao lidar com a humanidade das pessoas e se torna visível na ação do cuidar” (SANTOS et. al., 2012, p. 95).

Eagleton (1993, p. 8) faz algumas considerações sobre a noção moderna de estética, como expresso a seguir:

A construção moderna do estético é assim inseparável da construção das formas ideológicas dominantes da sociedade de classes modernas, e na verdade, de todo um novo formato da subjetividade apropriado a esta ordem social. É em função disso, e não de um súbito despertar de homens e mulheres para o valor superior da poesia e da pintura, que a estética assumiu esse papel tão importuno na herança intelectual do presente. Porém minha tese é também a de que a estética, entendida num sentido determinado, coloca igualmente um desafio e uma alternativa poderosos a estas mesmas formas ideológicas dominantes.

Assim sendo, a perspectiva estética pode ser compreendida, como um cuidado que respeita a dignidade humana de um cliente vivo, seja ele autônomo ou dependente saudável ou acometido por alguma moléstia, seja física ou psíquica. Portanto, o cuidar respeita o indivíduo em suas mais polimorfos dimensões, constituintes de um “eu” (SANTOS et. al., 2012).

O cuidar na perspectiva estética e sociopoética apresenta algumas limitações, tais como, a responsabilidade ética do enfermeiro no ato de cuidar. Esta dependerá de sua inserção política na enfermagem - compreende-se o termo político no sentido oblativo da palavra – este profissional, deve compreender que seu ofício/profissão possui uma práxis, o qual não é um ato mecanicista, pautado no modelo biomédico. Além disto, deve haver uma parceria entre cliente/profissional, visto o cuidado não ser unidirecional e sim, uma ação conjunta, não se cuida de pessoas, se cuida junto com as pessoas (SANTOS et. al., 2012).

3.2 Gênese da Sociopoética

Entre os anos de 1993 a 1995, compreendidos pela primeira estada de Jacques Gauthier no Brasil, até a finalização da pesquisa *princeps* de sociopoética desenvolvida no Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca – CEFET - do Rio de Janeiro, Jacques Gauthier, autor desta abordagem possuía alguns anseios, como pode ser visto no trecho a seguir:

Eu queria que confluíssem na mesma corrente criadora o rigor científico herdado das minhas raízes europeias, a imaginação poética e artística e a atenção às energias do corpo e da natureza, particularmente presente nos povos que foram colonizados, seja no Pacífico, seja no Oriente, seja na África ou nas Américas. Não aceitava ruptura alguma entre as sabedorias populares, tradicionais, ancestrais ou adquiridas nas lutas cotidianas contra o imperialismo, e a ciência. Diferenças sim, rupturas, não. Assim, tentei dar forma a uma nova abordagem de pesquisa (que ampliou à pedagogia e ao cuidado), que chamei de sociopoética, consiste do desafio epistemológico que estava enfrentando: complexidade, inter e transdisciplinaridade, além da inter e transculturalidade (GAUTHIER, 2012, p. 73).

O método sociopoético surgiu a partir das vivências do filósofo e pedagogo francês Jacques Gauthier, no movimento sindical de luta dos Kanak, um povo indígena situado na Kanaky, também denominada Nova Caledônia, no Pacífico, os quais através da luta por sua independência contra o colonialismo francês. Este povo inseriu em suas escolas uma pedagogia própria, na qual a criança transformou-se em ser ativo, integrando saberes ancestrais aos conhecimentos científicos na busca do eco desenvolvimento sustentáveis (GAUTHIER et. al., 2005).

Em 1997, Santos e Gauthier publicaram o primeiro livro sobre esta temática, fruto do doutoramento de Iraci dos Santos. Nessa obra, eles definiram a sociopoética como toda prática social de produção do conhecimento.

“A sociopoética é como um desenvolvimento da Pedagogia do Oprimido de autoria do educador Paulo Freire, ou melhor, uma continuação do amadurecimento da mesma, que o próprio Paulo Freire desenvolveu durante a sua vida” (PETIT et. al., 2005, p. 05). A sociopoética entrecruza-se metodologicamente e teoricamente com outras abordagens que marcaram as décadas de 1960 e 1970 e continuam na contemporaneidade a inspirar novas pesquisas. Nas suas raízes, encontram-se contribuições da análise institucional, da pesquisa ação e também da participante, dos grupos operativos, da arte-educação, dentre tantas outras (GAUTHIER, 2012).

Numa tentativa de ir além das abordagens tradicionais de pesquisa, por diversas vezes limitadas à coleta das falas dos entrevistados, que acaba impossibilitando a emersão do que

está recalcado, ou seja, o que se encontra em nível inconsciente. Para as pesquisas sociopoéticas a noção de inconsciente é fundamental, cabe destacar que as diferentes concepções de inconsciente derivadas das mais diversas teorias psicodinâmicas e sociológicas, são aceitas por esta abordagem (GAUTHIER, 2012).

Através da prática da pesquisa, Gauthier (2012) revela que aprendeu através das técnicas de análise de discurso que almejam revelar o não dito, oculto entre as palavras, que o corpo possui uma linguagem mais acessível aos conteúdos do inconsciente. Essa linguagem corporal pode ter seu acesso facilitado através da utilização de técnicas artísticas. O Grupo-Pesquisador (GP) tem a possibilidade de acessar o inconsciente de cada membro, assim como assevera Gauthier (2012, p.76):

Além do nosso próprio inconsciente acadêmico, abrimos portas e janelas para que cada um e cada uma dessas copesquisadoras percebam e estudem de maneira crítica e distanciada o que era inconsciente antes do início da pesquisa e até, resolva agir diferentemente, de agora por diante.

A Sociopoética revela uma preocupação epistemológica e metodológica com a mobilização do inconsciente, fundamental a uma fiel produção de dados. Um exemplo disto é a preocupação sempre presente nos estudos sociopoéticos de possibilitar que os oprimidos e marginalizados tenham direito a voz e vez, não somente como meros fornecedores de dados, mas “como atores e atrizes na aventura científica” (GAUTHIER, 2012, p. 75). Este é um dos desafios do GP, no qual os ditos sem voz constroem coletivamente o conhecimento científico, participam da problematização filosófica, bem como criam conceitos pertinentes para que se entendam melhor os problemas vivenciados (GAUTHIER, 2012).

Todos os saberes são iguais em direitos, esta é uma das premissas sociopoéticas. Participam de maneira igual, dos facilitadores até qualquer outro membro do GP. Porém, cabe uma observação importante, o significado de igualdade não é semelhante a todos os membros, a exemplo disto, os facilitadores, não produzem dados, eles trazem uma contribuição própria na leitura dos dados, dialogicamente confrontado à leitura do grupo (PETIT et. al., 2005).

A pesquisa sociopoética é diferente da pesquisa participante, pois ela não apresenta intencionalidade conscientizadora, não se predomina o público-alvo em termos socioeconômicos; não busca a resolução de problemas; não realiza o diagnóstico de realidade do grupo-alvo; não está centrada como a pesquisa participante. Essa modalidade configura-se como uma outra leitura da pedagogia de Paulo Freire, acompanhada de outras inspirações como a Análise Institucional, a Esquizo-análise, o Teatro do Oprimido e a Escuta Mitopoética

de René Barbier, sendo gerada em meio a uma encruzilhada de saberes (PETIT et. al., 2005; GAUTHIER, 1999).

Gauthier e Santos (1996) afirmaram que a pesquisa seminal desenvolvida por eles possuía uma dívida para com a Análise Institucional e com a Esquizo-análise, segundo eles abriram novas formas de existência da paixão revolucionária.

Afirmam esses autores que:

Temos uma dívida especial com René Barbier, que explorou uns caminhos em favor da nossa geração, graças a seu conceito de “escuta mito-poética”; podemos confiar assim na potência cognitiva de uma razão encantada, vibrante e, às vezes, como o leitor, a leitora o verá, menstruada (GAUTHIER; SANTOS, 1996, p. 13).

Afirmam também possuir uma outra dívida com Boaventura de Souza Santos, que enfatizou a necessidade de uma dupla ruptura epistemológica, a primeira do conhecimento científico com suas representações espontâneas e não críticas, e do conhecimento científico com sua própria tradição instituída, que reproduz a alienação característica da nossa sociedade, ao impedir o demasiado questionamento crítico sobre o sentido social da prática de pesquisa (GAUTHIER; SANTOS, 1996).

A sociopoética nasce também da necessidade na época de desenvolvimento de abordagens do conhecimento que fossem capazes de se adaptarem às características sociais e humanísticas da enfermagem. A observação apurada dos autores salienta que naquela época se valorizava mais o referencial teórico-metodológico ao invés dos objetivos de estudo, bem como o assunto da enfermagem (GAUTHIER; SANTOS, 1996).

Da obra de Paulo Freire a sociopoética herda o coração, através do GP oriundo da pedagogia do oprimido. Sob essa contribuição Gauthier (1999, p. 12) afirma:

Da mesma maneira que o grande educador brasileiro supõe que as pessoas do povo têm uma cultura rica e confia nos seus desejos de transformação do mundo, pensamos que os grupos objetos da pesquisa (ou de qualquer processo educativo) podem e devem se tornar sujeitos da pesquisa, autores da pesquisa, da sua aprendizagem. [...] Eles produzem os conhecimentos dos quais o pesquisador acadêmico precisa para adiantar sua pesquisa. Eles têm o direito de não ser explorados e participar do processo de criação de conhecimentos novos até o final.

Toda pesquisa sociopoética inicia-se com a negociação entre os sujeitos, para a construção do grupo- pesquisador e com a definição do tema gerador. Essa construção de um GP rompe com a postura autoritária de algumas pesquisas acadêmicas, ao tornar os participantes coautores do estudo (GAUTHIER et. al., 2005). A este respeito Gauthier (1999, p. 12) afirma:

Desenvolvemos, na sociopoética, a utopia concreta de um mundo no qual a antiga divisão do trabalho em manual intelectual, fonte de opressões milenares, seria eliminada. Esta utopia é concreta, pois em cada processo de pesquisa a aprendizagem que nos esforçamos em quebrar essa divisão, tornando todos os

participantes da pesquisa, tanto os intelectuais confirmados pela academia como as pessoas do povo, cidadãos no pesquisar, co-pesquisadores, membros iguais em direitos e deveres do grupo-pesquisador.

O GP para a sociopoética é como um grupo sujeito, seus membros são co-pesquisadores responsáveis por todas as etapas desta abordagem (SILVA; SANTOS, 2005). No grupo o diálogo é de suma importância, a este respeito Freire (2011, p.109) afirma que “o diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”. O diálogo possibilita a construção de um caminho reflexivo pelo qual os homens significam-se enquanto homens (FREIRE, 2011).

Conforme Silva e Santos (2005) o GP é um dispositivo que favorece o desenvolvimento de uma ação reflexiva perante os sujeitos envolvidos na pesquisa, a qual possui um viés pedagógico, por possibilitar que o conhecimento seja difundido de maneira natural à medida que os sujeitos tomam consciência sobre o tema investigado, ampliando seu conhecimento sobre o fenômeno ou até mesmo construindo outro imaginário sobre o objeto de estudo proposto.

No GP a postura autossuficiente do pesquisador, presente em algumas abordagens de pesquisa não existe. No dizer de Freire (2011, p. 112):

Os homens que não têm humildade ou a perdem não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

Torna-se uma tarefa complexa para aqueles pesquisadores habituados com a imposição de seus saberes, admitir que aprendem muito através do contato com seus sujeitos, pois ocorre uma troca de saberes advindo da realidade da experiência do grupo-pesquisador (SILVA; SANTOS, 2005).

A utilização do GP em pesquisas sociopoéticas inicia-se a partir do estudo proposto por Santos e Gauthier no ano de 1995, intitulado “Pesquisando novos caminhos na produção do conhecimento”. Aquele estudo se baseava nas proposições de Barbier sobre as transformações do grupo-objeto em grupo-sujeito, não se limitando apenas as ações sociais, mas também, às ações necessárias a cientificidade. Para este autor, a pesquisa-ação em instituições deveria ser uma prática concreta de análise sociológica orientada para grupos tornarem-se sujeitos ao invés de objetos da ação social (SILVA; SANTOS, 2005).

Ao aplicar esse tipo de metodologia em sua tese de doutoramento, Iraci dos Santos junto de seu orientador Jacques Gauthier, propuseram um novo caminhar nos estudos

acadêmicos. Na tentativa de operacionalizar e cientificar essa abordagem, seus mentores sugeriram passos a serem seguidos, inicialmente num total de seis (GAUTHIER; SANTOS, 1995) posteriormente em oito (SILVA; SANTOS, 2005) necessários à produção de dados.

Inicialmente foram seis etapas, na primeira, escolhia-se o tema orientador; na segunda, delimitava-se a demanda do saber do grupo; na terceira, após o momento de análise e de confronto, nasciam novas perguntas derivadas da produção do GP; na quarta etapa iniciava-se um processo de transformação do grupo. A quinta etapa era o da avaliação do processo de pesquisa pelo grupo, e a sexta e última etapa era a divulgação, publicação da pesquisa. Com o passar dos anos e com a construção de outros estudos, estas etapas foram modificadas e ampliadas (SILVA; SANTOS, 2005).

Atualmente, os estudos sociopoéticos compreendem oito fases. Na primeira fase realiza-se a demanda de formação para o grupo, por exemplo, no estudo de Silva e Santos (2005) ao se interessarem pelo imaginário de familiares de alunos ingressantes no curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública estadual do Rio de Janeiro, realizaram a partir de uma variável sociocultural, constante no questionário preenchido no ato da inscrição para o vestibular daquela universidade, a identificação do perfil dos vestibulandos para aquele ano, e em seguida foram selecionados alunos, cujos pais viriam a *posteriori* participar do grupo (SILVA; SANTOS, 2005).

A segunda fase compreendeu a delimitação do grupo-alvo/sujeito da pesquisa, ou seja, o GP que naquela pesquisa, fora composto pelos familiares dos alunos do curso de graduação em enfermagem daquela universidade. Na terceira fase, expôs-se ao grupo a situação problemática ou também denominada de tema orientador da pesquisa. Estes temas derivam-se das “implicações histórico-existenciais, psicoafetivas e estruturais profissionais [...] da pesquisadora/facilitadora” (SILVA; SANTOS, 2005, p. 21). Nesta etapa propõem-se perguntas para a reflexão do grupo, que podem ao longo de sua operacionalização ser alteradas durante o processo de produção de dados, dependentes da implicação dos participantes do GP (SILVA; SANTOS, 2005).

A quarta fase é dependente da anterior, pois nela são reintroduzidas novas questões ou temas orientadores no grupo. Nela, delimita-se uma nova demanda de saber por parte dos sujeitos do estudo, que pode não ser obrigatoriamente a mesma do facilitador do estudo. No caso do estudo de Silva e Santos (2005) foi necessário um ajustamento nos interesses do grupo e da facilitadora. Estes novos temas orientadores “referem-se à necessidade de liberar o

poder de sonhar que as pessoas possuem [...] assim, a demanda de saber estará eivada, também, dos sonhos e idealizações do grupo-pesquisador” (SILVA; SANTOS, 2005, p. 21).

Na quinta fase são realizadas proposições de técnicas de pesquisa para a produção de dados, este é um momento de dialógico, onde é aceita a pluralidade de vozes, a polifonia semântica e conceptual, a qual permite a obtenção dos dados individuais e coletivos, derivados da interação entre pesquisador com o grupo. Nesta etapa, espera-se uma “humildade” que deveria ser característica do pesquisador ao partilhar os prazeres, as angústias daqueles com que ele desenvolve a pesquisa. A respeito disto Silva e Santos (2005, p. 21) concordam com a afirmação de que “o pesquisador deve afirmar forças de vida, de respeito, de alegria, de imaginação, de solidariedade, de libertação: as forças dos humildes, contra todas as opressões, inclusive as mais secretas e internalizadas. Esta exigência ética justifica a vontade e o prazer do conhecer”.

O GP apresenta uma dimensão ética importante nas pesquisas com seres humanos, justamente por considerar os informantes como grupo-sujeito e não objeto da pesquisa, ao compartilharem dos saberes sobre o objeto do estudo com o pesquisador. Considera-se o GP como um espaço de “educar mutual”. Para a operacionalização da produção de dados devem-se recorrer às contribuições de Lapassade, descritas na obra de Barbier e citadas no artigo de Silva e Santos (2005) sobre a observação conjunta entre o pesquisador e sujeitos da pesquisa, a qual se caracteriza como um dispositivo de pesquisa que subentende tipos de implicações, entre os quais, o da participação ativa, desempenhada pelo pesquisador/facilitador que tenta através desta postura adquirir um *status* no interior do grupo ou instituição pesquisada. Estando paralelamente dentro e fora do contexto de pesquisa.

Estrategicamente foram utilizadas algumas técnicas propostas por Barbier, para o seu desenvolvimento. Destaca-se a denominada técnica da possibilidade da aceitação do grupo, nela o pesquisador deve declarar-se desde o início como um observador, a fim de ser aceito pelo grupo, despindo-se de seus *status* de pesquisador, tornando-se facilitador, o qual deve desempenhar seu papel junto aos membros do grupo, favorecendo o surgimento do grupo pesquisador. No grupo, o pesquisador/facilitador deve participar das atividades de convívio inerentes a aquela cultura, espera que com isto ele possa ser acolhido pelo grupo (SILVA; SANTOS, 2005).

Além das etapas citadas, a sociopoética imbuí-se de outras formas de análise para compreender a produção dos dados dos sujeitos. Como é o caso da análise institucional, a sociopoética “pega” emprestado os conceitos de noção de dispositivo e de analisador. “O

analisador é uma pessoa, um acontecimento ou fenômeno que revela algum traço fundamental da face oculta da instituição, que traz à tona a coisa não dita, rechaçada como não significativa ou inexistente” (PETIT et. al., 2005, p. 6). Um exemplo de analisadores é a utilização de técnicas artísticas no quadro do dispositivo do GP (BAREMBLITT, 1998).

A análise institucional sugere que o pesquisador analise o lugar social de onde fala, assim, percebe que este tipo de abordagem não comungue dos ideais de neutralidade do pesquisador acadêmico. Ela sugere que o pesquisador considere as intervenções de seus diversos pertencimentos sociais gera a investigação. Tal processo reflexivo denomina-se análise das implicações, muito utilizada nas pesquisas de abordagem sociopoéticas, nas quais propõe-se aos membros do GP que expressem seus sentimentos, motivações, bem como suas reflexões em um diário chamado de itinerante, disposto aos membros do grupo durante a realização das oficinas e/ou mediante os conflitos e interferências enfrentados pelo grupo, incluindo-se, aí também, caso o queiram, também os facilitadores do estudo (PETIT et. al., 2005).

3.3 Metodologia

Esta tese constitui um processo de investigação científica referente à compreensão do cuidado de enfermagem prestado junto com os clientes com sofrimento psíquico. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas metodológicas, utilizando instrumentos e abordagens qualitativas e quantitativas, ou seja, trata-se de uma pesquisa mista. “No método misto, o pesquisador baseia a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados garanta um entendimento melhor do problema pesquisado” (CRESWELL, 2007, p. 34-35). Neste estudo realizou-se as seguintes ações:

1) Pesquisa qualitativa através do método sociopoético, descritivo que trabalha com o imaginário;

2) Pesquisa quantitativa através do método descritivo, visando: a identificação de características sociodemográficas dos alunos de graduação em enfermagem e também dos profissionais avaliadores (ver apêndice E) do protocolo/tecnologia de enfermagem, elaborado pelo pesquisador. Validação do protocolo citado.

Destaca-se que o fato de construir uma tecnologia/protocolo não tem por objetivo ser algo que normatize o cuidar em saúde mental. Ao contrário, pretende-se contribuir construindo com base em estudos anteriores sobre o *Tidal Model* algo que seja exequível e aplicável. Capaz de contribuir instrumentalizando o cuidado em enfermagem, e que em pesquisas futuras possa auxiliar na implementação da sistematização do cuidado em enfermagem.

Para construção do protocolo de cuidados em saúde mental, utilizamos um modelo disponível na *home-page* administrada pelo Dr. Phil Barker. O mesmo nos autorizou formalmente a fazermos as adaptações necessárias, conforme descrito no quadro 3.

Quadro 1 – Autorização do Dr. Barker para utilização do *Tidal Model*, Escócia, 2014.

From: **Phil Barker** <phil.j.barker@btinternet.com>
Date: 2014-06-04 14:47 GMT-03:00
Subject: Re: Contact
To: Leandro Andrade <proflandrade@gmail.com>

Dear Leandro
Many thanks for your message. Your English is very good!
We give you FORMAL permission to translate these two instruments for your doctoral study.
Good luck!!
Please let us know if we can be of any more help.
We hope that you enjoy the World Cup in Brazil.
Yours in friendship

Poppy Buchanan-Barker and Dr Phil Barker

Deste contato surgiram outras possibilidades. No ano de 2015 os Barkers sabedores que esta tese estava sendo desenvolvida, em parte, com alunos de graduação e que se ofertaria um curso sobre o *Tidal Model* durante as oficinas sociopoética, nos convidaram a participar de um estudo desenvolvido na *Mälardalen University*, Suécia, para reformulação curricular de seu curso de enfermagem, conforme se observa no quadro 4.

Quadro 2 – Convite para participação na pesquisa desenvolvida na *Mälardalen University*, Escócia, 2015.

From: **Phil Barker** <phil.j.barker@btinternet.com>
 Date: 2015-06-16 14:03 GMT-03:00
 Subject: Permission to make pass on your email address
 To: Prof P J Barker <phil.j.barker@btinternet.com>

Dear Colleagues

Two of our colleagues in Sweden – **Dr Lena Wiklund Gustin** and **Dr Oona Lassenius** from Mälardalen University – wish to make contact with other scholars or practitioners who have an interest in the Tidal Model. We were working with their colleagues recently in Sweden and we promised to write to ask for your permission to pass on your email addresses to Dr Wiklund Gustin and Dr Lassenius.

Please let us know if you would be happy for us to pass on this information.
 We look forward to hearing from you.
 Yours in Friendship

Poppy Buchanan-Barker and Professor Phil Barker
www.tidal-model.com

3.3.1 Estratégias de pesquisa

Em relação à pesquisa qualitativa, o aporte teórico metodológico foi a Sociopoética, já descrita inicialmente. A escolha por esse tipo de pesquisa justifica-se pela possibilidade de construção coletiva de conhecimentos indispensáveis ao desenvolvimento do objeto de estudo, através do dispositivo analítico grupo-pesquisador (GP) em suas seis ou mais etapas na dependência das técnicas artísticas aplicadas.

Nesse sentido, o pesquisador sai do local hegemônico de saber, por diversas ocasiões ocupado na academia, para junto dos participantes de pesquisa e dos facilitadores convidados, na Sociopoética, para “tecer” um estudo que expressa o desejo da *polis* (GAUTHIER, 2012).

Nessa abordagem, os elementos do desenho do estudo evoluem durante o processo de pesquisa. Decisões como o tema de pesquisa, melhor maneira (técnicas artísticas de pesquisa) de produzir dados, foram efetivamente utilizadas. A programação da produção, e sua duração, dentre outros, foram realizadas pelo pesquisador e facilitadores, e os membros do GP. Tudo isso, caracteriza um delineamento emergente, tendo em visto o pesquisador e os

copesquisadores tomarem suas decisões a partir de sua compreensão dos princípios filosóficos e fundamentos teóricos da Sociopoética.

Essa compreensão é reforçada por Polit, Beck e Hungler (2011) ao alertar sobre a necessidade de valorizar o tipo de interação entre o pesquisador e o participante no contexto de uma pesquisa social que sofre a influência das variáveis culturais, imaginárias e religiosas, dentre outras. Isso porque tal interação permite que os elementos do delineamento do estudo evoluam durante o curso do projeto, sendo, neste caso, considerados emergentes à medida que o pesquisador toma decisões constantes que refletem o que já foi apreendido. Também podem ser utilizadas em situações que exijam um estudo mais exploratório para um conhecimento mais profundo do problema ou do objeto da pesquisa.

Essas autoras afirmam que as abordagens qualitativas têm sido orientadas por diversas disciplinas e que em cada uma delas desenvolveram-se métodos mais adequados às abordagens de questões de interesse particulares.

Quanto à abordagem quantitativa, o delineamento do estudo apresenta estratégias adotadas para desenvolver informações precisas e interpretáveis. Tratou-se, predominantemente, de levantamento de informações (variáveis) referente às características individuais, sociodemográficas (faixa etária, sexo, etnia/cor autodeclarada, crença religiosa, união consensual, profissão, formação acadêmica); socioeconômicas e profissionais (faixa salarial, quantidade de vínculos empregatícios, tipo de moradia, local de residência, existência de constelação familiar, filhos, se a família possui dependência financeira do participante (ver apêndice A).

Tais levantamentos foram realizados mediante um instrumento estruturado (ver apêndice A) com os estudantes e profissionais de saúde atuantes na área de Psiquiatria e Saúde Mental.

As técnicas de pesquisa incluíram a análise documental / observação indireta. Para os participantes (profissionais de saúde e graduandos de enfermagem) de pesquisa foi aplicado o formulário (ver apêndice A), de entrevista estruturada, visando delinear o perfil sociodemográfico e institucional.

Destaca-se a elaboração e validação do instrumento por um estudo piloto sobre a Tecnologia/Protocolo para Cuidados de Enfermagem Específicos às Pessoas com Sofrimento Psíquico (TPCEEPSP). Esse protocolo foi construído a partir de conceitos-chave oriundos da teoria de enfermagem *Tidal Model* em função da perspectiva estética e sociopoética, considerando seus princípios filosóficos e fundamentos teóricos, que já foram descritos

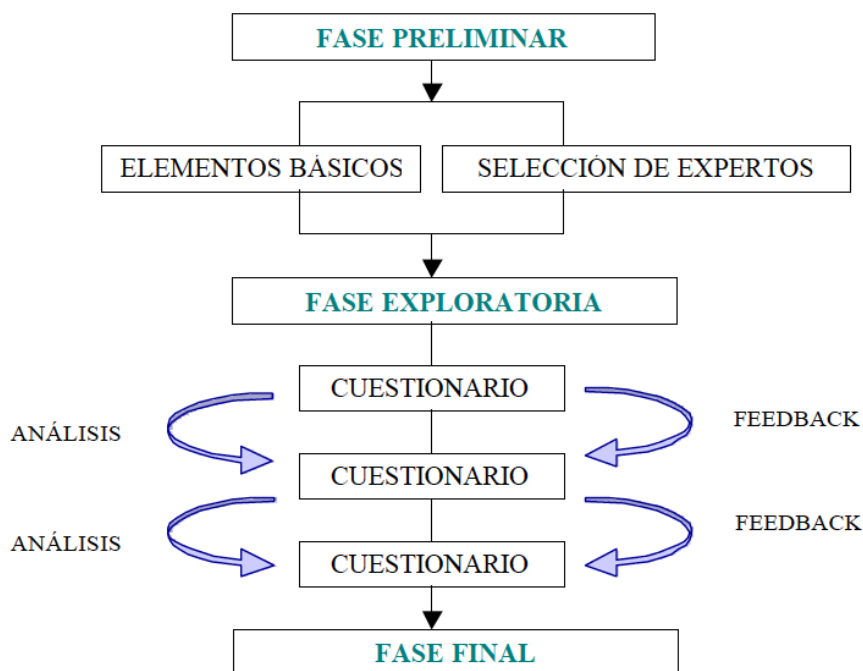
anteriormente. Releva-se que o protocolo foi validado por especialistas (profissionais e pesquisadores) da área de saúde mental e da área da perspectiva estética e sociopoética, utilizando-se a técnica Delphi.

Essa técnica destina-se à dedução e refinamento de opiniões de *especialistas* ou indivíduos especialmente instruídos. Ela objetiva o consenso de opiniões por meio de uma série de questões, contemplando *feedback* controlado das opiniões. Estudos baseados nesta técnica possuem algumas características, tais como: o anonimato dos participantes, a retroalimentação das respostas, a análise estatística em cada fase de desenvolvimento do estudo (SCARPARO et. al., 2012).

De acordo com Estévez e Gallastegui (2012) após uma extensa pesquisa de estudos baseados na metodologia Delphi, chegaram a conclusão que existem três etapas. Na primeira, denominada de preliminar, são delimitados o contexto, os objetivos, o desenho do estudo, os conteúdos básicos do trabalho, bem como a seleção dos especialistas. Na segunda, fase exploratória, com base nas sugestões mais comuns dos especialistas estruturam-se as questões. E a terceira, chamada de final, constitui-se na análise estatística dos dados e a apresentação das informações.

Segue um fluxograma elaborado por Estévez e Gallastegui (2012, p. 2).

Figura 1 - Esquema de desenvolvimento do Método Delphi



Fonte: Estévez; Gallastegui (2012)

Na fase exploratória foi aplicado um questionário constituído por 19 questões, nas quais foram solicitadas respostas em escala categórica (coerente, adequado, exequível, inexecuível) e posteriormente convertido para a escala ordinal, atribuindo a menor hierarquização para inexecuível e respectivamente a maior para exequível, resultando em uma tabela de contingência associando as categorias (variáveis) e os juízes. Nessa etapa desejava-se saber da coerência, adequação e da exequibilidade das ações descritas no protocolo.

Afirmam Estévez e Gallastegui (2012), que se deve calcular o coeficiente de concordância de Kendall (K), para calcular o grau de concordância entre os especialistas. Logo após, realiza-se a prova de significância adotando-se a hipótese nula da não existência de acordo de preferência entre os especialistas.

Em seguida, os mesmos questionamentos foram endereçados aos mesmos juízes, porém, objetivava-se a aplicabilidade do protocolo junto aos clientes com sofrimento psíquico. Nesse caso foi utilizada a escala de *Likert* e a avaliação da concordância dos juízes foi realizada mediante o coeficiente de *Kendall* (K), inclusive aferindo a significância desta estatística.

De acordo com Estévez e Gallastegui (2012); e Brandão, Santos e Lanzillotti (2013) a técnica Delphi, técnica de consenso de grupo, utiliza-se de questionários, em uma segunda fase, reelaborados a partir da análise das respostas anteriores dos juízes, buscando aproximar-se do consenso. “O produto [...] é a obtenção da opinião convergente de vários juízes, sua própria razão de ser” (FARO, 1997, p.263).

Para operacionalizar essa técnica são necessários dois grupos, a saber: o executor é composto por pesquisadores, que contatam os respondentes, elaboram o questionário inicial e analisa os dados. O grupo respondente é formado por juízes, os quais também são denominados de profissionais avaliadores, e posicionam-se diante das questões. Orienta-se que sejam de sete a 12 juízes. (BRANDÃO; SANTOS; LANZILLOTTI, 2013). Nesse estudo participaram 14 juízes/profissionais avaliadores

Um esforço além da avaliação qualitativa do conteúdo proposto pela técnica Delphi, foi a utilização de medidas quantitativas para a complementação da validade de conteúdo, composta pelo índice de validade do conteúdo e da taxa de concordância. Destaca-se uma apreciação da coerência na avaliação entre os juízes para a obtenção do coeficiente de correlação ordinal de Spearman, utilizadas nas duas fases da validação (BRANDÃO; SANTOS; LANZILLOTTI, 2013).

O coeficiente de Spearman mede a intensidade das relações entre variáveis ordinais, utilizando em vez do valor observado, apenas a ordem das observações. Variando entre -1 e 1, quanto mais próximos destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O valor negativo da correlação significa que estas variam em sentido contrário, ou seja, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável (MALVA, 2015).

3.3.2 CrITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa qualitativa desenvolvida nas oficinas sociopoéticas durante a exposição do curso sobre a teoria *Tidal Model*, os graduandos de enfermagem inscritos na disciplina de Psiquiatria e Saúde mental, ministrada em uma universidade pública de Niterói - Rio de Janeiro, Brasil, no período de abril a julho de 2014 e sem contato anterior com pessoas com sofrimento psíquico (SP), inclusive no estágio curricular.

Foram excluídos do estudo profissionais e alunos que não se enquadraram na categoria já descrita, bem como aqueles que desempenhavam funções administrativas e desligados do atendimento direto a clientela citada.

Para construir o protocolo proposto por este estudo, respeitou-se as cinco etapas preconizadas pela técnica Delphi (FARO, 1997). Na primeira etapa, composição dos juízes/profissionais avaliadores, com base em um banco de contatos pessoais do autor desta tese, foram enviados e-mails individuais para diversos profissionais de saúde mental e pesquisadores. No entanto, apenas quatorze concordaram em participar. A segunda etapa compreendeu a elaboração e o encaminhamento do protocolo aos juízes que receberam um e-mail com quatro arquivos: termo de consentimento livre (ver apêndice I) e esclarecido; formulário contendo as variáveis sociodemográfica e profissionais dos participantes e os instrumentos de produção de dados – IPD-1 (ver apêndice F), IPD-2 (ver apêndice G) – para análise.

Caso algum juiz tivesse dúvidas, recebiam maiores esclarecimentos sobre o estudo e método escolhido. Todas as sugestões referentes a cada aspecto foram registradas por eles em espaços específicos, inclusive sobre a manutenção ou não de cada aspecto. Solicitou-se a

devolução dos arquivos em 15 dias, permitindo-se a renovação por igual prazo. Nenhum dos juízes deixou de nos enviar suas considerações.

A terceira etapa, constituiu-se a análise das respostas dos juízes após a devolução dos questionários. Alguns conteúdos foram modificados quando considerados procedentes. Cada contribuição dos juízes foi observada na primeira e segunda fase, sendo organizadas considerando todas as partes do instrumento, incluindo a tomada de decisão em relação à aceitação ou não dos pesquisadores (BRANDÃO; SANTOS; LANZILLOTTI, 2013; FARO, 1997).

Os juízes que constituíram a apreciação dos IPDs foram como já descrito, formados por um grupo de enfermeiros da área de saúde mental e de pesquisadores.

3.3.3 Campo e participantes da pesquisa

Esta pesquisa se desenvolveu em uma universidade pública localizada na região fluminense do município do Rio de Janeiro. Tal escolha se deu pelo intercâmbio entre a UERJ e a universidade citada. Formaram o grupo-pesquisador (GP) 28 discentes do campo da pesquisa que atenderam os critérios de inclusão descritos, no entanto nem todos participaram de todas as etapas propostas, a exemplo da validação dos dados. O outro grupo estudado foi composto por 14 profissionais e pesquisadores da área de enfermagem psiquiátrica.

3.4 **Etapas do método sociopoético**

A teoria Sociopoética possibilita a produção dos dados através do dispositivo analítico GP e do paradigma estético, pois ambos orientam as seis ou mais etapas do método escolhido. Todas etapas têm igual importância, mas a chave que condiciona os devires é a instituição do GP (GAUTHIER et. al., 2005)

Os fundamentos teóricos e os princípios filosóficos da sociopoética foram aplicados. Recentemente, Santos et. al. (2012) utilizaram os seguintes princípios filosóficos da sociopoética, considerando a perspectiva estética: Considerar os clientes/usuários do sistema

de saúde parceiros na construção do cuidado estético; A importância das culturas dominadas e de resistência, das categorias e dos conceitos que elas produzem; Importância do sentido espiritual e humano, das formas e dos conteúdos no processo de construção de saberes para o cuidar em enfermagem e o autocuidado; A importância do corpo como fonte de conhecimento para o cuidar/educar/pesquisar; O papel da criatividade do tipo artístico na aprendizagem, na produção do conhecimento e no cuidar.

Cabe destacar que todos os cinco princípios sociopoéticos possuem a mesma importância, porém, há uma chave que condiciona os devires do grupo-pesquisador. As etapas do método são descritas a seguir (GAUTHIER et. al., 2005).

3.4.1 Primeira etapa - Instituição do Grupo Pesquisador - dispositivo analítico da sociopoética

Nesta etapa, ocorreu a negociação entre os parceiros/participantes do campo da pesquisa, local onde o conhecimento é produzido coletiva e cooperativamente. Para Gauthier et. al. (2005), o GP pode ser considerado a alma da sociopoética, nele os cinco princípios são expostos. Cabe destacar um cuidado ao classificar a pesquisa como sociopoética, compreendido pela não imposição de poder, clássica forma de produção de conhecimento do pesquisador acadêmico.

Nos estudos sociopoéticos, concebe-se que todo grupo pode constituir saberes, sendo compreendidos como coautores e atores da pesquisa, do conhecimento. O 'poder' do processo de pesquisa reside no grupo. Chama-se de facilitadores, os pesquisadores acadêmicos, pois estes atuam como catalizadores, mediadores, interceptadores no processo de pesquisa. São eles que utilizam seus conhecimentos adquiridos na academia para fazer a leitura dos dados produzidos através do GP, compreendendo as estruturas implícitas do pensamento dos membros do GP (GAUTHIER et. al., 2005).

As pesquisas sociopoéticas propiciam o resgate das marcas do passado, mesmo quando estas são tão íntimas, ou tão presentes em uma atividade que os sujeitos não mais as percebiam. Ela favorece a compreensão das energias impressas nos corpos destes participantes, seus afetos, suas crenças e seus saberes.

Acerca da instituição do GP, Gauthier (2012) destaca que cada participante da pesquisa está ativo em todas etapas desde a produção dos dados, leituras analíticas e

transversais dos dados, a socialização do conhecimento, podendo intervir no devir da pesquisa. Para a instituição do GP e da investigação temática os copesquisadores foram convidados a participar do estudo sociopoético durante o *pescurso* (Pesquisa + Curso). Nesse momento, foram definidos os dias e horários que as oficinas ocorreram.

Para operacionalizar essa etapa, e alcançar o segundo objetivo desta tese, divulgou-se para os estudantes um curso sobre o *Tidal Model*, também chamado de *Pescurso*, que é uma maneira de despertar o interesse pela temática aos participantes do estudo. Foi explicitada a importância da participação deles, na qual os facilitadores promoveram a incentivação do imaginário utilizando técnicas de relaxamento, dinâmicas de sensibilidade e as técnicas artísticas de produção de dados, respeitando o cronograma estabelecido, junto ao GP, para realização das oficinas sociopoéticas. Ressalta-se, que todas as produções de dados foram analisadas junto ao GP. As análises do pesquisador em sociopoética foram colocadas em diálogo (contra análise) com as análises dos membros do GP.

Solicitou-se aos membros do GP que participassem da reunião semanal durante o mês de abril/2014, para a realização do curso, bem como assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver apêndice I) para apreciação quanto aos objetivos, vantagens e desvantagens da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4.2 Segunda etapa - Delimitação do Grupo/Sujeito da Pesquisa

Houve o favorecimento da participação das culturas de resistência e das culturas dominadas na leitura dos dados da pesquisa. Para isto, se lançou mão do recurso do GP. Constituindo um “jeito radical de instituir o diálogo entre culturas hegemônicas, que têm definições divergentes do saber legítimo e até ‘entram’ no saber por caminhos divergentes, racionais, intuitivos, sensíveis e outros” (PETIT et. al., 2005, p. 03). As demarcações culturais ou teóricas são desterritorializadas na integração do GP, elas misturam-se, criando uma interferencialidade emergente.

Nas interações entre os membros do grupo-pesquisador desterritorializam-se os marcadores culturais ou teóricos hegemônicos, que se miscigenam de maneira imprevisível, criando uma interferencialidade emergente. Já aconteceram pesquisas sociopoéticas nas quais os próprios dados foram interculturalmente produzidos, o que favoreceu a expressão de afetos raros. É o momento de expor o melhor é que as pesquisas contem com dois ou duas facilitadores(as) no mínimo, devido à

dificuldade de perceber sozinho tudo o que acontece e controlar sua implicação no processo de pesquisa (PETIT et. al., 2005, p. 04).

Neste estudo a delimitação se deu com os alunos que cursavam a disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

3.4.3 Terceira etapa - Investigação temática

O terceiro princípio sociopoético compreendeu o corpo inteiro, em seus diferentes aspectos. Como portador de marcas históricas é como uma fonte latente de conhecimentos. É importante salientar que a sociopoética respeita o desejo dos sujeitos de retirarem-se do estudo, bem como o contrário também, ou seja, o desejo de novos sujeitos ingressarem desde que o GP os aceite. Sugere-se que diferentes técnicas de produção de dados sejam utilizadas para compreender os sujeitos em sua complexidade (PETIT et. al., 2005, p. 4).

Em relação a esta etapa, cabe uma observação:

Tocamos aqui o lugar da identidade do sujeito e este pode fechar-se na sua couraça. Logo, o dispositivo deve ser instituído de maneira sensível e ética. Temos de respeitar o direito de alguns de fugir da pesquisa, como de outros, de entrar no decorrer do processo se o grupo concordar. De fato, geralmente as pessoas participam da pesquisa com muito prazer, pois se abrem às suas identidades múltiplas e provisória, ao serem considerados, pelo dispositivo, como únicas fontes da(s) sua(s) identidade(s), sem imposição alheia, com direito a contradições, hesitações, sofrimentos, dúvidas, e, sobretudo, criatividade, diferença, originalidade. Como a pedagogia de Paulo Freire, a sociopoética luta contra a imposição cultural e em favor da colaboração, da cooperação (PETIT et. al., 2005, p. 04).

Nesta etapa, foram realizados relaxamentos, afim de possibilitar o rebaixamento de pressões normativas, para que os integrantes do GP pudessem expressar-se livremente. Horn (1996) afirma que as técnicas de relaxamento são ferramentas terapêuticas muito utilizadas e bem sucedidas, mas sua metodologia, extensões e limites ainda não foram estabelecidos. As diferentes técnicas tem por objetivo comum a utilização do relaxamento muscular, afim de facilitar o “aquietamento fisiológico”. Representam um método para controlar e/ou condicionar uma parte da atividade do sistema nervoso autônomo.

O primeiro passo para a utilização das técnicas de relaxamento é explicar aos participantes do GP o que será feito, propiciando um ambiente calmo e silencioso. O GP iniciou com a técnica de relaxamento muscular. Afirma Horn (1996), que para realizar essa técnica solicita-se que os participantes contraíam lentamente os dedos dos pés, os movimentos seguem uma sequência de baixo para cima, até chegar a cabeça e músculos da face.

A técnica de aquietamento cognitivo também foi utilizada em outro encontro com o GP, nela, solicitou-se aos participantes para utilizarem imagens mentais sugeridas pelos facilitadores. Segundo o autor citado, os participantes podem utilizar a imaginação livre para promover o relaxamento.

Também foram utilizadas na pesquisa, técnicas silenciosas de relaxamento, a exemplo das orientais e outras mais simples relacionadas à percepção consciente da respiração, do sopro, de cada parte do corpo, com a pessoa na horizontal. É importante que a produção de dados ocorra imediatamente, quando os copesquisadores estão no melhor estado de relaxamento. Evitou-se tudo que pudesse gerar indução na produção de dados, a exemplo da utilização de músicas, conforme a recomendação de Gauthier (2012).

Em cada sessão de produção de dados, seja no início, bem como no fim, o relaxamento foi utilizado. Sugeriu-se aos participantes do GP para não realizarem julgamentos críticos e valorativo no grupo. Comentários são permitidos, desde que sejam para que ocorra o crescimento do conhecimento coletivo, conforme recomenda Gauthier (2012). “Comentam-se dados e não atitudes ou intenções pressupostas. É a ética de qualquer grupo” (GAUTHIER, 2012, p. 82).

As intenções e razões de Gauthier (2012) ao propor um momento de relaxamento antes das oficinas sociopoética possuem raízes nas proposições teóricas de Freud e Marx, ambos interessados na liberação do inconsciente, o primeiro a nível individual, o segundo em nível coletivo. De acordo com Gauthier (2012), Freud realizava uma forma de relaxamento com seus pacientes, afim de enfraquecer censuras e possibilitar a fluidez dos conteúdos pré-conscientes e inconscientes, chegando a um estado de relaxamento próximo ao sono, e é justamente próximo a este estágio que o relaxamento sociopoético tenta aproximar-se.

Já a análise do inconsciente do tipo social ou ideológico, da qual Marx foi o precursor, ocorre no coletivo, a exemplo dos GP, dos dados produzidos, na contra análise, da análise do pensamento do grupo, tais como trazidos pelos facilitadores. Outra forma de desvelamento do inconsciente social ou ideológico é a Socioanálise e a Análise Institucional, ambas já consolidadas nas ciências sociais (GAUTHIER, 2012).

Gauthier vai buscar também nas disciplinas orientais, a fundamentação para o relaxamento sociopoético, a este respeito ele diz:

Como muitos de minha geração, também me interessei pelas disciplinas orientais e pratiquei durante anos uma forma de Vajra Ioga. Experimentei que, ao tornarem as energias corporais mais fluídas, os movimentos flexibilizavam igualmente o pensamento. Favoreciam a integração do ser, ao relacionarem emoção e razão, sensações e intuição. A partir dessas duas raízes imaginei um relaxamento dinâmico, procurando a fluidez em cada corpo e a expressão sem barreiras de cada um. Assim

poderia o grupo se tornar um continente “suficientemente bom”, segundo a expressão de Melanie Klein e Donald Winnicott, para acolher emoções individuais pesadas, conteúdos íntimos, violências durante muito tempo reprimidas etc. Com o tempo, percebi que, ao seguirmos uma lógica oriental, procurávamos mais um estado espiritual de desperto da consciência que o estado psicológico de acesso a inconsciente (GAUTHIER, 2012, p. 80-1).

Alerta esse autor, que existem barreiras psicológicas e espirituais que impedem que os indivíduos tenham conhecimento de si e a sociopoética tenta desvendá-las. O relaxamento favorece que não se trabalhe somente o lado racional. “O importante está aqui: que as pessoas parem de racionalizar tudo, se entreguem totalmente à pesquisa e deixem surgir os conteúdos sem censura, sem ter tempo para refletir, avaliar, “melhorar” o que vai surgindo” (GAUTHIER, 2012, p. 81-2).

Também foi utilizado um “diário de itinerância”, nele os participantes podem livremente escrever, colar, desenhar, expressando tudo que desejarem, a qualquer momento das sessões. Alerta Gauthier (2012) para a importância de insistir pacientemente para que os participantes utilizem esse instrumento. Nele façam críticas, não direcionadas a um membro, mas ao GP, ao andamento da pesquisa, ao trabalho coletivo. Quando bem aceito e utilizado pelo grupo, esse diário torna-se um importante analisador da pesquisa, contribuindo para a geração de novos conhecimentos.

Salienta esse autor ser possível também a utilização de um diário pessoal, mais íntimo, que pode ser ou não socializado. Porém, “o diário de itinerância é realmente um instrumento valioso, pois [...] ele condensa os desejos e as críticas” (GAUTHIER, 2012, p. 84).

Conforme afirma Gauthier (2009, p. 13) “escrevo “produzidos” e, sobretudo, não escrevo “coletados”, pois em nenhuma pesquisa acontece coleta de dados. Com efeito, qualquer que seja a técnica utilizada induz os dados possíveis de serem encontrados”. Independente da técnica utilizada induz-se os dados que são passíveis de serem analisados. Em sociopoética, geralmente os facilitadores gostam de utilizar mais de uma técnica de inspiração artística, que podem de acordo com Gauthier (2012) serem complementadas com entrevistas individuais.

Os participantes preencheram também um formulário com algumas questões relacionadas aos cuidados destinados aos sujeitos em sofrimento psíquico. Estas questões tiveram a finalidade de obter respostas que possam subsidiar a negociação de um provável assunto/tema a ser discutido na etapa da investigação temática. Portanto, as respostas dos membros do GP foram gravadas de acordo com sua concordância, mantendo-se seu anonimato.

Acerca das entrevistas realizadas após a criação coletiva de dados, através de técnicas artísticas, Gauthier (2012, p. 84) diz:

A riqueza de entrevistas que acontecem após a produção e o estudo coletivo de dados “artísticos” é muito grande, já que tais entrevistas permitem a cada pesquisador(a) dar precisões relacionadas a uma questão sobre a qual sua criação trouxe elementos importantes ou originais, e entender melhor sua contribuição própria na construção coletiva da problemática em redor do tema gerador da pesquisa. Ele mesmo, ela mesma, está mexendo com coisas desconhecidas dele, dela, que apareceram na criação dos dados artísticos. É dizer a importância dessas entrevistas “pós-produção de dados” que, infelizmente, não aparecem sempre nas pesquisas sociopoéticas.

3.4.4 Quarta etapa - Oficinas sociopoéticas para produção de dados

O quarto princípio consiste em favorecer, através de técnicas artísticas de produção de dados, que emergjam pulsões, saberes inconscientes, desconhecidos, inesperados, capazes de expressar questões de foro íntimo, perto do caótico. O sensível também tem destaque nesta etapa, assim como as emoções, a intuição, modos de compreender o universo e as energias vitais, que alguns teóricos de enfermagem denominam de “ciência sensível” (PETIT et. al., 2005).

Através de arte, o artista expressa suas emoções e gera outras no expectador. Essas sensações são despertadas por um conjunto de elementos que incluem a imaginação do artista, a composição, a cor, a textura. A forma, a harmonia e a qualidade da ideia. As obras de arte expressam pensamentos, visões de mundo, provocam inquietações no observador e no artista, ou uma sensação especial sem uma explicação aparente ou consciente. O conjunto de sensações, na arte, denomina-se experiência estética. Nem sempre a experiência estética está ligada unicamente ao prazer, às vezes a ela deriva-se da inquietação, da tristeza das angústias (OLIVEIRA; GARCEZ, 2001).

A arte é uma forma de interpretação do mundo. O artista ao produzir uma obra, ele coloca sua própria visão do que é ser humano e de qual é o significado de nossa existência. A este respeito Oliveira e Garcez (2001, p. 20) afirmam:

A experiência estética que a arte proporciona é uma forma de felicidade muito especial porque é transformadora. Ela nos modifica pela emoção que proporciona. Para interagir e apreciar a arte, usam-se as experiências anteriores; a percepção; as habilidades comunicativas, visuais e espaciais; informações; sensibilidade; imaginação. Assim, quanto mais desenvolvidas essas capacidades forem, mais competências e habilidades também serão.

Os estudos sociopoéticos recomendam a utilização de variadas técnicas para produção de dados, essa complexidade possibilita o acesso à complexidade da vida. Durante a realização do estudo sociopoético, são produzidas as oficinas de produção de dados, nelas o facilitador pode, até solicitar o auxílio de profissionais detentores do conhecimento em tal arte. Também é possível que no próprio GP algum membro possa implantar alguma técnica, neste caso a pessoa torna-se facilitadora. Isto ocorre, pois é impossível, ao mesmo tempo, participar de uma dinâmica mexendo com o inconsciente e animar a dinâmica (PETIT et. al., 2005).

Cabe destacar que em todas pesquisas sociopoéticas, a produção de dados deve ser explicada e apreciada pelos membros do GP. Todas as técnicas utilizadas para produzir dados em sociopoética devem privilegiar as práticas artísticas e/ou dinâmicas de grupo, as quais precedem uma etapa de relaxamento, afim de promoverem a sensibilização das pessoas envolvidas na pesquisa e a incentivação do seu imaginário (SANTOS, 2005).

Através do percurso, foram utilizadas a Dinâmica do Corpo como Território Mínimo (DCTM) e a Vivência de Lugares Geométricos (ver apêndice D).

3.4.4.1 Dinâmica do Corpo como Território Mínimo

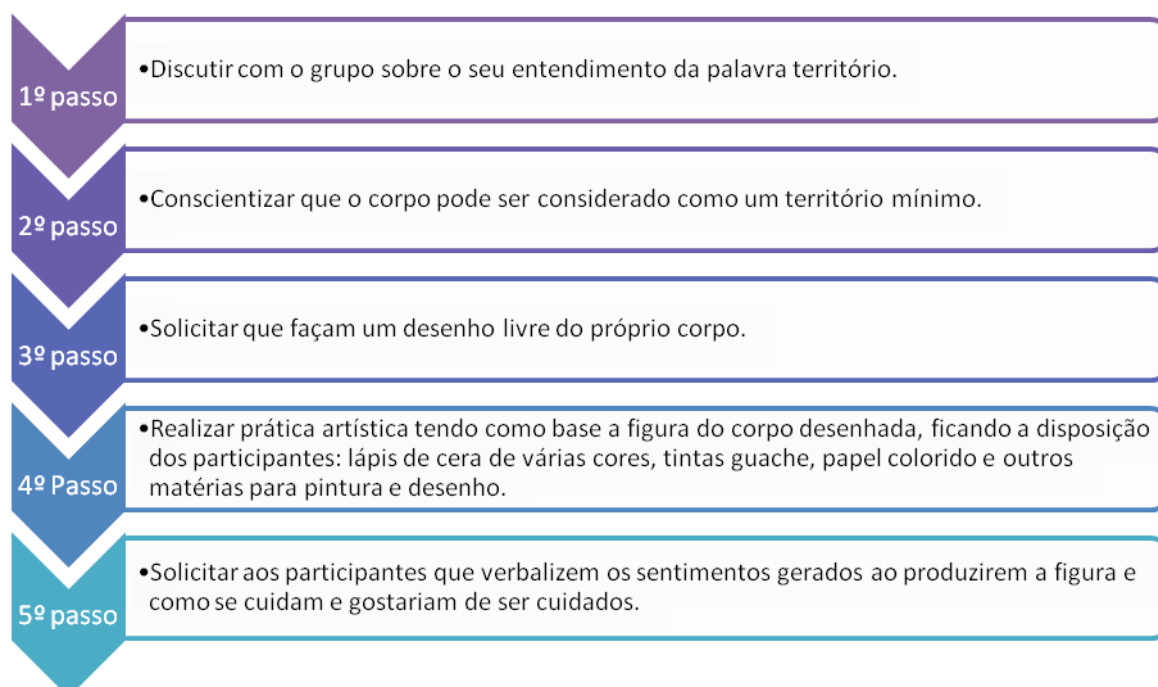
Em estudos anteriores realizados por Santos, Gauthier, Hirata (2001) e Brandão (2002), fundamentaram a utilização desta técnica nos estudos de Paulo Freire, mas especificamente na Teoria da Ação Dialógica, a qual aborda a “união para a libertação que prediz a unificação do EU; a desmistificação da realidade; a não-divisão entre conhecimento, afeto e agir; a solidariedade de classe e a descoberta de si como sujeito singular” (SANTOS, 2005, p. 198).

Utiliza-se a autoestima como fundamento necessário a um fenômeno espiritual, que transcende ao ser humano. Parte-se do pressuposto que o homem é conduzido por sua consciência na escolha de opções e tomada de decisões para que ocorram a transformação de si e do que o circunda. Ativando mecanismos necessários a sua autoestima, favorecendo o autoconhecimento, o autocrescimento capazes de mobilizar forças subjetivas e sociais transformadora do ser e de seu destino. Bem como a cidadania também é utilizada como fundamento, indissociável da democracia (SANTOS, 2005).

Esta dinâmica consistiu no desenho do corpo humano utilizada com o objetivo de levar os participantes a expressarem sua autoimagem, tendo a perspectiva de unificar-se como Eu e oportunizar discussões sobre seu autoconceito como descoberta singular. Essa dinâmica considera o corpo como um território, potencializa o cuidar de si, aspecto relacionado à autoestima (GAUTHIER; HIRATA, 2002).

A partir do tema orientador: como você percebe o corpo do cliente sob seus cuidados? Solicitou-se que os participantes seguissem os passos para o desenvolvimento desta dinâmica descritos na figura 2.

Figura 2 - Etapas da dinâmica do corpo como território mínimo



Fonte: Santos (2005).

Em seguida, elaborou-se um quadro demonstrativo contendo as categorias teóricas escolhidas para a análise, com base em questões orientadoras. Posteriormente, fez-se a correlação com as verbalizações do grupo sobre estes temas, as quais representam as experiências vividas pelo grupo. Daí foram delineados os temas predominantes advindos do grupo, considerados como categorias empíricas, pois, são provenientes da experiências dos co-pesquisadores (SANTOS, 2005).

3.4.4.2 Vivência de Lugares Geomíticos

A vivência dos lugares geomíticos (VLG) possibilita a construção coletiva de confetos. Ela surgiu da confluência entre a intervenção de Michel Serres no Seminário sobre A Identidade, organizado por Claude Lévi-Strauss no ano de 1983, este referia-se a um antigo jogo europeu chamado *Jeu de l'Oie* (jogo de ganso), nele haviam lugares singulares como o poço, a ponte, o labirinto, o hotel, a prisão, e outros. No entanto, os lugares geomíticos surgiram a partir das vivencias de Jacques Gauthier junto aos Kanak, na Nova Caledônia, lugar no qual haviam lugares considerados sagrados (GAUTHIER, 2012).

De acordo com Gauthier (2012) na intervenção de Michel Serres, os lugares presentes no *Jeu de l'Oir* estariam presentes na composição da identidade cultural, como um sistema dinâmico, não definindo as relações complexas. No entanto, na sociopoética, cada facilitador pode idealizar lugares geomíticos que lhe sejam pertinentes. Aos sujeitos são feitas perguntas atreladas ao tema-gerador - cuidado para o bem-estar do cliente com sofrimento psíquico, tais como: se o tema-gerador fosse uma Ponte, como seria essa ponte, imagine os detalhes. Assim, sucede com as perguntas referentes a todos os outros lugares, conforme ilustrado na figura 3.

Figura 3 - Lugares geomíticos.



Fonte: Santos e Gauthier (1999).

Para operacionalização desta dinâmica foram seguidos os seguintes passos: identificação numérica de cada participante do grupo; registro das respostas dos participantes em formulário (ver apêndice D) próprio sobre cada lugar geomítico; levantamento das palavras-chave, a fim de compreender o imaginário individual para a delimitação do tema a ser analisado; levantamento dos temas predominantes em cada lugar geomítico (considerando a realização dos estudos sociopoéticos: viril/classificatório, infantil/surrealista); levantamento dos temas que se contrapõem nos mesmos lugares; levantamento dos temas isolados ou diferenciados presentes em lugares diferentes (PETIT et. al., 2005).

Para esta pesquisa, foram selecionados os seguintes lugares por serem mais utilizados em estudos sociopoéticos: terra, poço, falha, caminho, arco íris e gruta. Cabe destacar que se durante a realização da produção de dados os membros do GP desejassem utilizar outros lugares isto era possível, desde que o grupo aceitasse tais sugestões.

3.4.5 Quinta etapa - Análise / apresentação dos dados produzidos / contra análise

O quinto princípio sociopoético compreendeu a interrogação pelo GP do sentido político, ético e espiritual. Numa pesquisa existem aspectos políticos e éticos, participando do contexto das relações de poder e saber entre a comunidade envolvida e a sociedade, bem como dentro da própria comunidade. Nestes momentos coletivos de avaliação, devem ser abordadas as questões da relação entre o GP e o “mundo de fora” social e comunitário e das relações existentes no interior do grupo.

Acerca da utilização dos cinco princípios, Gauthier (2012, p. 100) afirma:

É difícil seguir simultaneamente os cinco eixos da sociopoética num percurso, já que dispomos de um tempo muito mais limitado que numa tese ou dissertação! Trata-se, essencialmente, de fazer com que os participantes, membros do grupo-pesquisador, entendam, por vivenciarem-na no seu corpo inteiro, mesmo que fragmentada, o que é uma pesquisa sociopoética.

Toda pesquisa sociopoética é uma construção coletiva de saberes, ocorrendo á medida que os envolvidos na pesquisa se despem de vaidades e admitem humildemente a contribuição dos saberes propostos (SILVA; SANTOS, 2005; SILVA; SANTOS; BERARDINELLI, 2010). Assim, considera-se que está metodologia é a mais adequada para a consecução deste estudo, por possibilitar uma ação reflexiva junto aos sujeitos que desta participaram. Cabe

salientar, que este processo, também é compreendido como pedagógico, visto a difusão natural e reflexiva, que os participantes vivenciaram.

Para a operacionalização desta investigação, respeitou-se as etapas que foram propostas por Santos (1997) em sua tese de doutoramento, conforme já citada anteriormente. Naquele estudo, evidenciou-se o caráter dinâmico do pesquisador para com os sujeitos de pesquisa, permitindo uma descoberta constante de caminhos ao longo do desenrolar da pesquisa (SILVA; SANTOS, 2005).

A quinta fase do GP caracterizou-se pela constante dialogicidade e pela aceitação da pluralidade de vozes, com suas polifonias semânticas e conceptuais, que são favorecedoras da obtenção dos dados individuais e coletivos, gerados na interação entre pesquisador e o grupo-pesquisador. Cabe a esse a afirmação à forças de vida, de respeito, de alegria, de imaginação, de solidariedade, de libertação. Tais exigências são éticas e justificam a vontade e o prazer de conhecer (SILVA; SANTOS, 2005).

Esta maneira de pesquisar além de inovadora, ela evidencia e atende a dimensão ética necessária às pesquisas acadêmicas, ao possibilitar que os participantes sejam considerados como sujeitos e não como objeto da pesquisa por compartilharem dos saberes sobre o objeto do estudo com o pesquisador. Silva e Santos (2005) afirmam que desta maneira o pesquisador através de uma participação ativa, tenta adquirir um *status* no interior do grupo ou da instituição que estuda. Estando simultaneamente dentro e fora do grupo.

Esta é uma das etapas do estudo sociopoético mais delicada e difícil de ser operacionalizada, segundo Gauthier (2012, p. 92) “se a sociopoética é prazerosa e lúdica, ela também exige muito, pois a diversidade e complexidade dos dados criados geralmente superam muito aquilo que se encontra com técnicas mais convencionais”. Cabe salientar que os facilitadores não produzem dados, mas fazem “um estudo atento, rigoroso e preciso, na solidão” (GAUTHIER, 2012, p. 92).

3.4.5.1 O estudo dos dados pelos facilitadores em sociopoética

Existem quatro maneiras de realizar a análise dos estudos sociopoéticos, são elas: por categorização, estudos transversais, o filosófico e por disseminação ou surrealista. Segundo Gauthier (2012) este é um dos pontos mais delicados e difíceis. Ao passo que os estudos

sociopoéticos são prazerosos e lúdicos, também são complexos e diversos, em função deles superarem o que se encontra através da utilização de técnicas convencionais.

No primeiro momento realiza-se a análise por categorização, que consistem em considerar todos os dados obtidos através de uma técnica, organizados a partir de semelhanças e oposições, confluências e divergências, esses contextos relacionam-se entre si. Há um aspecto subjetivo na classificação, variando de acordo com o facilitador. Gauthier (2012) sugere que não se pode temer o uso da intuição no momento de cada um decidir quais são as oposições pertinentes.

Percebe-se que o facilitador constrói uma “máquina” de pensar ou um modelo inconsciente a partir das oposições e semelhanças do pensamento do GP, cuja finalidade é favorecer um entendimento melhor do que se está em jogo e não se mostra diretamente, pois fica-se oculto ou mascarado dentro das formas e estruturas (GAUTHIER, 2012).

Estudos transversais, são uma outra maneira de leitura dos dados de pesquisa que objetivam a conclusão hipotética, outrora denominados de estudo mulheril. Gauthier (2012, p. 95) faz um pedido em relação a este tipo de estudo:

Aos colegas sociopoetas, peço agora um pequeno cuidado com a linguagem: é obviamente impossível chamar o estudo transversal de “análise transversal”, pois o que é desenvolvido é o contrário de análise – o contrário da decomposição do complexo em seus elementos simples [...] Insisto nisto, pois percebi que muitas vezes em estudos sociopoéticos, as pessoas daqui, do Brasil, não ficam bem à vontade com o momento analítico, mas conseguem muito bem realizar maravilhas com o momento transversal.

Segundo Gauthier (2012) em pesquisas sociopoética geralmente acrescentam-se mais outros dois tipos de estudos dos dados. O filosófico, conhecido por qualquer pesquisador, pois, consiste em colocar todos os dados em diálogos com teóricos, os quais possuem obras de grande relevância intelectual. E o outro que ele denominou de “infantil”, “por disseminação” ou “surrealista”, momento em que os facilitadores, após terem estudado e compreendido as diferenças de cada copesquisador(a), os propõe criar uma composição original, na qual enfatiza-se esse diferença descoberta.

3.4.5.2 Contra análise

Nas sessões de contra-análise devolveram-se ao GP as considerações feitas pelos facilitadores para que pudessem ser avaliá-las. Esse é um momento essencial do trabalho

coletivo e cooperativo do GP. É preciso que os facilitadores reflitam bastante sobre possíveis perguntas ao grupo, para que haja a elaboração de problemas e a produção de “confetos”. Nesta etapa, pode-se imprimir os principais resultados e distribuir em pequenos grupos, para que façam sugestões, críticas, desdobramentos, ampliações, contestações, dentre outras (GAUTHIER, 2012).

O momento de contra-análise é rico para o estudo sociopoético, ela pode tornar-se uma discussão, ou pode ser mediada por novas produções do tipo artístico. Gauthier (2012) assevera que em certos casos, o facilitador pode intervir na contra-análise para fazer inquietações frente a eventuais consensos fáceis e favorecer a análise de aspectos escondidos ou recalcados. A razão principal da contra-análise é a elaboração coletiva de problemas, “confetos” e personagens conceituais inovadores.

Nas sessões de contra-análise o facilitador devolve o seu trabalho solitário ao GP, que consiste em um estudo rigoroso, atento, de como se organizam os dados da pesquisa, para que o grupo possa avaliá-los. Cabe ainda ao facilitador criar as denominadas “conclusões hipotéticas”, que são hipóteses sobre possíveis conteúdos do pensamento escondidos, não conscientes, do GP e trazê-los para a discussão. As conclusões hipotéticas orientam-se pela busca da elaboração coletiva de problemas inovadores e pela criação de conflitos desconhecidos. Essas hipóteses carecem da apreciação do grupo. “Ao tomarmos nossas conclusões como hipóteses, mantemos a ética da sociopoética, que quer impedir os jogos instituídos de poder no seio do GP – sendo o jogo dos facilitadores, diplomados da academia, o mais óbvio” (GAUTHIER, 2012, p. 94).

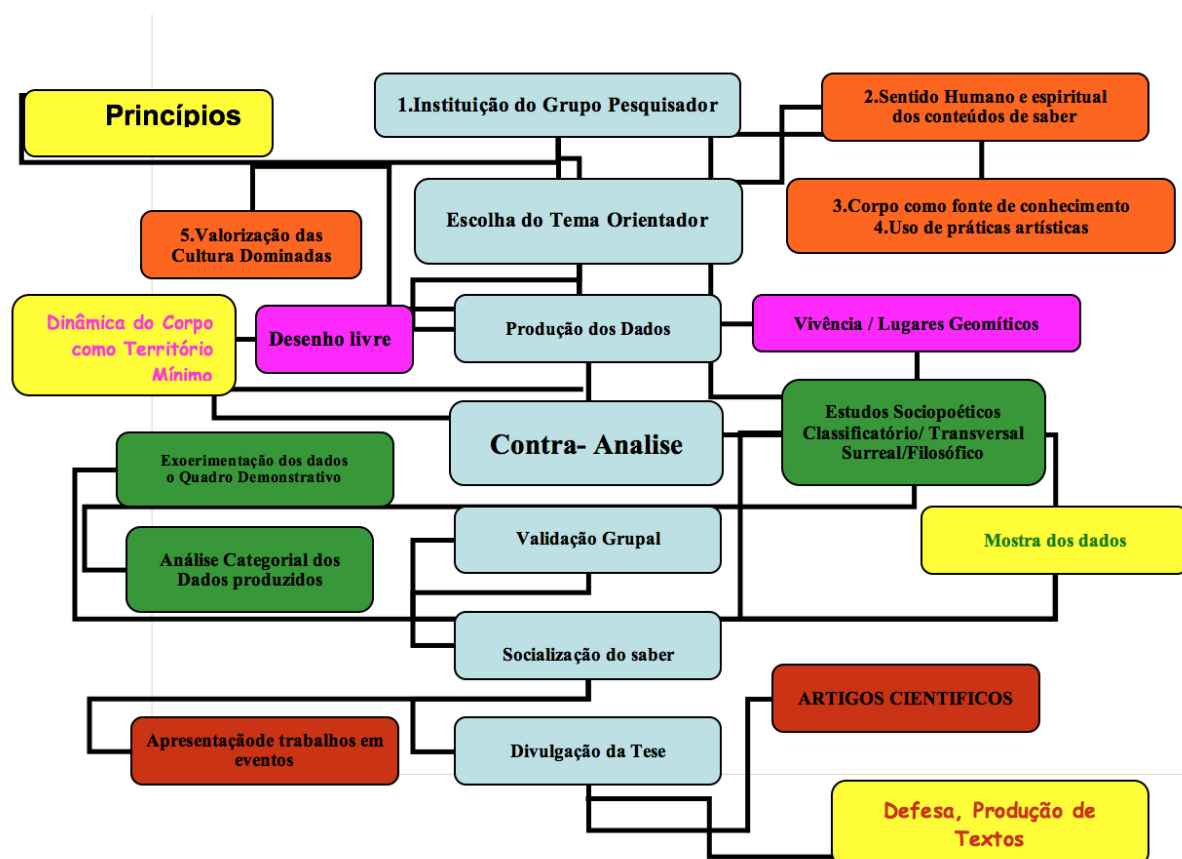
Essa etapa foi realizada através do envio de e-mails aos membros do GP para que pudessem posicionar-se diante das considerações feitas pelo co-pesquisador. Esta medida foi necessária em função da impossibilidade emocional do facilitador de regressar ao campo de pesquisa.

3.4.6 Sexta etapa - Validação dos conhecimentos produzidos pelos copesquisadores

Como já descrito, para a validação do conhecimento produzido há o processo de contra análise. Onde o facilitador restituiu ao GP a análise, explicando como ela foi realizada, para que ele avaliasse as interpretações do pesquisador, tudo no processo dialógico. Neste

momento o pesquisador institucional retificou, reexaminou e tornou mais precisas suas reflexões. Nesta fase, o pesquisador trouxe suas análises de forma mais sintética e comunicativa. De forma sintetizada e esquemática, segue o desenho da pesquisa sociopoética (ver figura 3) para melhor compreensão do desenvolvimento desta:

Figura 4 - Desenho da Pesquisa Sócio-poética.



Fonte: SANTANA, SANTOS 2005.

3.4.7 Tratamento dos dados produzidos

Os dados qualitativos produzidos pelo GP foram experienciados/tratados através da análise categorial temática, cujos resultados foram descritos mediante o estudo sociopoético global.

Quanto aos dados quantitativos foram criados bancos de dados a partir de planilhas, caracterizando cada sujeito de pesquisa quanto às variáveis do estudo. Os dados obtidos foram tratados por estatística descritiva simples.

Os IPDs foram análises dos através de aplicativos estatísticos, sendo contratado os serviços da equipe da Profa. Dra. Regina Lenzillotti, do IME/UERJ.

3.4.8 Instrumentos de produção de dados

Com intuito de atender as normas que legitimam a construção e utilização de Instrumentos de Produção de Dados (IPD) no âmbito da pesquisa, na Pós-Graduação, convidamos profissionais de enfermagem, atuantes na área de saúde mental para compor, na qualidade de membros do júri, a Comissão Examinadora para validação dos IPD-1 e 2 (ver apêndices F e G). Tal escolha se deu em função de serem profissionais atuantes na área e pesquisadores de enfermagem em saúde mental. Foram enviados aproximadamente 80 convites, no entanto somente 14 profissionais aceitaram participar e responderam aos instrumentos enviados por e-mail.

Além das etapas, conforme já descritas na figura 1, solicitou-se que os profissionais avaliadores preenchessem um questionário, afim de possibilitar a caracterização dos sujeitos sociodemograficamente e profissionalmente. Investigação necessária para comprovar a competência dos convidados para a validação de IPD, segundo a técnica Delphi.

Aos profissionais avaliadores, através dos IPDs, solicitou-se que verificassem e avaliassem a pertinência da aplicação do *Tidal Model* na realidade brasileira do cuidar de enfermagem junto com as pessoas com sofrimento psíquico.

Na sequência, solicitou-se à avaliação do conteúdo dos IPDs, como já descrito, o júri foi composto por enfermeiros da área de saúde mental e de pesquisadores desta área. Buscou-se a adequação aos princípios do *Tidal Model* e da perspectiva estética sociopoética às ações de enfermagem destinadas ao cuidar de pessoas em sofrimento psíquico. Depois de elaborado o formulário foi submetido à apreciação dos membros do júri. Seguindo seus pareceres/avaliações salguas sugestões destes, foram reestruturadas nos IPDs.

3.5 Aspectos éticos

Nesta pesquisa seguiram-se todos os preceitos e diretrizes definidas pelas Resoluções Nº 466/2012 publicada no D.O.U. de 12/06/2013 e Nº 196/96, que norteia, no país as pesquisas que envolvam seres humanos, em qualquer área do conhecimento. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Sendo aprovado com o Parecer de Nº 526.891 (ver anexo), em 31/01/2014. Também, foi solicitado um Termo de confiabilidade e sigilo à direção da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, unidade integrante da Universidade Federal Fluminense, o qual se encontra no apêndice H.

Conforme já descrito, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nele os sujeitos expressaram sua decisão, de maneira autônoma e voluntária, de participar da pesquisa (ver apêndice I).

Alguns procedimentos de proteção e de direitos humanos básicos foram observados, tais como o consentimento informado, que é o princípio legal no qual o sujeito aceita ou recusa a participar da pesquisa, bem como a linguagem utilizada será compreensível a esses atores sociais. Garantimos o anonimato e a confidencialidade comunicada por escrito aos sujeitos da pesquisa (ver apêndice H). O TCLE foi assinado, datado e uma cópia foi fornecida ao participante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicia-se, descrevendo sob a forma de artigo original, o alcance do primeiro objetivo específico - Analisar a dimensão imaginativa de graduandos de enfermagem frequentando a disciplina de Psiquiatria e Saúde mental sobre a pessoa com sofrimento psíquico, bem como identificar suas características individuais.

4.1 Imaginário de graduandos de enfermagem sobre a pessoa com sofrimento psíquico: estudo sociopoético*

Nursing students' imaginary on the person with psychological distress: sociopoetic study

Imaginación de los estudiantes de enfermería sobre la persona con sufrimiento psicológico: estudio socio-poético

Título abreviado: Imaginário sobre pessoa com sofrimento psíquico

Leandro Andrade da Silva^I; Iraci dos Santos^{II}; Claudia Mara de Mello Tavares^{III}

*Artigo aceito para publicação na Rev. Enferm. UERJ. 2015; 23 (4)

^IEnfermeiro. Doutorando do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor da Universidade Castelo Branco.

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora Visitante do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem.

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

RESUMO: Ministrando a disciplina de saúde mental torna-se necessário compreender o imaginário dos discentes sobre pessoas com sofrimento psíquico. Tiveram-se como objetivos:

delinear o perfil de graduandos de enfermagem cursando a disciplina de psiquiatria e saúde mental. Analisar a dimensão imaginativa de graduandos de enfermagem sobre pessoas com sofrimento psíquico. Utilizou-se o método sociopoético, em 2014, em universidade do Rio de Janeiro-Brasil, junto a 24 estudantes. Aplicou-se a vivência de lugares geomíticos (ver apêndice D), análise categorial e o estudo transversal. Constatou-se que 92%, 88%, 71%, dos alunos são, respectivamente, mulheres, de etnia branca, de 20 a 29 anos. Quanto ao imaginário, os dados produzidos pelo grupo-pesquisador, possibilitaram a delimitação das seguintes categorias temáticas: Múltiplas direções na vida. Dificil acesso na solidão. Metamorfose deambulante. Aridez em vida. Concluiu-se que a compreensão da dimensão imaginativa dos graduandos revelou uma ancoragem no imaginário social referente à loucura ao perceber as pessoas com aparência estigmatizada e aterradora.

Palavras - Chave: Enfermagem; psiquiatria e saúde mental; sofrimento psíquico.

ABSTRACT: Lecturing a mental health discipline becomes necessary to understand the students' imaginary about people with psychological distress. It had as objectives: to outline the profile of nursing students enrolled in the discipline of psychiatry and mental health; Analyzing the imaginative dimension of nursing students about people with psychological distress. The sociopoetic method was used in 2014 at a University of Rio de Janeiro, Brazil, close to 24 students. The experience of geomythical places, categorical analysis and cross-sectional study was applied. It was found that 92%, 88%, 71% of the students are, respectively, women, Caucasians, 20-29 years. As for the imaginary, the data produced by the researcher group, made possible the delimitation of the following thematic categories: Multiple directions in life. Difficult access in solitude. Deambulante Metamorphosis. Aridity in life. It was concluded that understanding the imaginative dimension of the students showed an anchorage in the social imaginary regarding craziness to see people with stigmatized and terrifying appearance.

Keywords: Nursing; psychiatry and mental health; psychological distress.

RESUMEN: Ministrando la disciplina de la salud mental hace necesario comprender las mentes de los estudiantes acerca de las personas con trastornos psicológicos. Tuvo como objetivos: describir el perfil de los estudiantes de enfermería matriculados en la disciplina de la psiquiatría y la salud mental. Analizar la dimensión imaginativa de los estudiantes de enfermería sobre las personas con trastornos psicológicos. Se utilizó el método socio-poético

en 2014 en la Universidad del Río de Janeiro, Brasil, con cerca de 24 estudiantes. Se aplicó la experiencia de lugares geomíticos, el análisis categórico y transversal. Se encontró que el 92%, 88%, 71% de los estudiantes son, respectivamente, las mujeres, los caucásicos, 20 a 29 años. En cuanto el imaginario, los datos producidos por el grupo investigador, hicieron posible la delimitación de las siguientes categorías temáticas: múltiples direcciones en la vida. De difícil acceso en la soledad. Metamorfosis ambulante. La aridez de la vida. Se concluyó que la comprensión de la dimensión imaginativa de los estudiantes mostró un anclaje en el imaginario social respecto loco, ver a la gente con apariencia estigmatizada y aterradora.

Palabras-Clave: Enfermería; la psiquiatría y la salud mental; Trastorno psicológico.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, profundas transformações ocorreram na área da saúde e na formação dos profissionais de saúde mental (SM) no Brasil, através da política oficial de desativação de leitos psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS) e a consequente construção de rede substitutiva baseada na atenção psicossocial¹.

Entretanto, na história da psiquiatria o imaginário social sobre a loucura sempre foi carregado de signos relacionados à periculosidade. Num estudo desenvolvido com profissionais de SM, a representação social do sujeito em sofrimento psíquico (SP), ancorava em aspectos negativos, provando que após inúmeras transformações sociais e culturais ocorridas no atendimento em SM, estas foram incapazes de alterar o imaginário dos participantes do estudo².

Ao longo da história da humanidade a loucura assombrou o imaginário das pessoas devido ao medo do: desconhecido, descontrolado, insensato e diferente. Como consequência, as construções sociais e a organização humana fizeram com que a pessoa com sofrimento psíquico (PCSP) fosse vítima das piores atrocidades que as pessoas pudessem fazer a seu semelhante, sem a intenção de perversidade. Práticas assistenciais que parecem absurdas se compreendidas no contexto atual, no passado eram concebidas como modernas. A busca pela cura de uma doença que é impossível retirar do corpo através de meios cirúrgicos, sem visualização em exames de imagem, mas gerando, se mal realizada, uma destruição do ego do sujeito³.

Historicamente, a visão estigmatizada das PCSP, lhes levaram à exclusão, e a viver a margem social. Atualmente, o tratamento se faz através da rotulação, pela supressão de sintomas a

base de medicações psicotrópicas, e pela permanência desses em instituições psiquiátricas com características asilares⁴.

Um dos desafios, impostos aos diversos processos da reforma psiquiátrica brasileira (RPB), é a transferência do atendimento aos clientes graves, internados há longos anos em hospitais psiquiátricos, para alternativas de tratamento na comunidade². Devido aos efeitos deletérios da institucionalização prolongada, os indivíduos com vínculos sociais esmaecidos apresentam dificuldade para viver sozinhos e gerenciar suas vidas em sociedade. Alguns foram ao longo dos anos incluídos em serviços residenciais terapêuticos, e outros, ainda, não.

Pensando na perspectiva do cuidar em SM, nos interessou a compreensão do imaginário de graduandos de enfermagem, sobre PCSP, que ainda não tiveram contato com o conteúdo teórico da disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Portanto, foram formulados os objetivos: delinear o perfil de graduandos de enfermagem cursando a disciplina de psiquiatria e saúde mental; e analisar a dimensão imaginativa de graduandos de enfermagem sobre pessoas com sofrimento psíquico.

REVISÃO DE LITERATURA

Dados do MS revelaram que, no Brasil, no ano de 2011 havia 32.284⁵ indivíduos internados em hospitais psiquiátricos; um dado assustador, considerando a luta histórica de diferentes atores sociais para o fim dos manicômios nesse país. As pessoas que ainda se encontram nesses espaços, representam uma lacuna à RPB não preenchida. Elas seriam as remanescentes dos diferentes processos de reforma.

Alguns hospitais psiquiátricos realizaram mudanças estéticas em enfermarias para proporcionar um ambiente humanizado. Atualmente, em função do envelhecimento e da impossibilidade logística e/ou assistencial, quase a totalidade de clientes idosos, permanecem internados. Apesar de mais de uma década da promulgação da Lei 10.216/2001, que exigiu o progressivo fechamento de espaços com características asilares, ainda existem pessoas internadas⁶.

Existem, portanto, questões éticas urgentes. Uma, constantemente discutida, refere-se ao contexto da desinstitucionalização que caracterizou os debates nas últimas décadas na área de SM. Sua ênfase relaciona-se ao retorno dos indivíduos com transtornos mentais (TM) às comunidades, visando resgatar sua integridade, identidade e vida familiar, comunitária e profissional.

Restaram outros internados sem a contemplação de diferentes tentativas de desinstitucionalização. Então, pensar sobre o cuidado ofertado a clientela que envelheceu internada em hospitais psiquiátricos faz-se urgente para que ocorram transformações nos modelos de prática²⁻³.

Importa pensar sobre como os clientes denominados de crônicos, ou também de longa permanência envelheceram internados em instituições psiquiátricas. Pois, o aumento do número de idosos, no Brasil impõe mudanças profundas nos modos de conceber e viver o envelhecimento na sociedade contemporânea.

As PCSP, que historicamente carregaram signos repletos de estigmas negativos, agora, possuem mais um normalmente associado ao processo do envelhecer, sendo um dos pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de outras doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade⁷.

No Brasil, de forma veloz, rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, verifica-se a necessidade de adequações nas políticas sociais, particularmente aquelas destinadas ao atendimento de crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. Há uma transição demográfica caracterizada pela mudança no perfil epidemiológico, na qual as doenças infectocontagiosas encontram-se mais controladas do que no passado. Entretanto, verifica-se um aumento vertiginoso nos casos de doenças crônico-degenerativas na população idosa⁷.

Ultimamente, na área de saúde, desgastes vêm ocorrendo; muitas são as reclamações da população, quanto ao desgaste e a indiferença, bem como pela maneira inadequada de atender de alguns profissionais. Para minimizar e mudar essa realidade, desde 2001, o MS preconiza a humanização do atendimento, através de um programa específico⁵.

Alguns estudiosos alertam a adoção histórica do modelo biomédico, que responde apenas às necessidades vitais do corpo físico. Urge refletir sobre a insuficiência de seu enfoque prioritário nas múltiplas dimensões corporais, nas causas físicas e psíquicas das doenças. A contradição dessa opção com o discurso da integralidade do cliente, alvo da atenção humanista pretendida pela enfermagem, provoca conflitos naqueles que, efetivamente a praticam⁸.

Embora cuidar seja um atributo inerente aos seres humanos, esta atividade especialmente, na enfermagem, torna-se algo genuíno e peculiar. Portanto, quanto ao cuidado integral, ressalta-se sua efetividade ao ser desenvolvido junto com o cliente, e assim, com este convivendo e

interagindo nos seus movimentos de ser e de estar nessa condição do viver⁸; conforme já descrito no capítulo introdutório desta tese.

METODOLOGIA

Para a caracterização dos participantes do estudo, optou-se pela abordagem quantitativa, através do método analítico-descritivo e a técnica de entrevista estruturada individual. A investigação se desenvolveu em uma universidade pública federal, do Rio de Janeiro-Brasil. Participaram do estudo 24 graduandos em enfermagem, matriculados na disciplina de saúde mental e psiquiatria, em 2014. Sendo esse o critério de inclusão para participar da pesquisa.

A produção de dados realizou-se de abril e maio de 2014. Isso foi necessário para evitar o contato dos alunos com o conteúdo teórico da disciplina, influenciando seu imaginário acerca das PCSP. O instrumento de produção de dados foi composto pelas variáveis: sexo, cor/etnia autodeclarada, faixa etária, local de residência, natureza da residência, renda salarial, estado de união, constelação familiar, crença religiosa, vínculo empregatício, realização de atividades de lazer, participação em atividades culturais, e participação em eventos científicos.

Os dados produzidos foram submetidos á estatística descritiva simples que foram organizados, agrupados, tabulados e representados graficamente em tabelas.

Para analisar a dimensão imaginativa dos graduandos de enfermagem sobre as PCSP, escolheu-se o método sociopoético, qualitativo, descritivo.

A Sociopoética, em seus princípios filosóficos, compreende toda prática social de produção de conhecimento que afirma: a importância do corpo na construção do imaginário, sendo a base para as abstrações; a importância das culturas dominadas, de suas categorias e dos conceitos por elas produzidos; o papel da criatividade artística na construção de saberes; a valorização dos participantes de pesquisa como corresponsáveis pelos conhecimentos produzidos e o sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos do saber⁶.

Entre seus fundamentos teóricos, destaca-se que essa abordagem de pesquisa, educação e cuidado é um desenvolvimento da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, uma continuação do amadurecimento desta, que ele desenvolveu durante sua vida⁹.

Todos os saberes são iguais em direitos é uma premissa da Sociopoética. Participam de maneira igual, os facilitadores da pesquisa e o Grupo-Pesquisador (GP). Ressalte-se que, o significado de igualdade não é semelhante para os membros desse grupo, pois os facilitadores,

tal como o pesquisador institucional, não produzem dados; esses trazem uma contribuição própria na leitura dos dados produzidos, que é dialogicamente confrontada à leitura do GP durante a contra análise⁹.

Tal modalidade difere da pesquisa participante, porque não apresenta intencionalidade conscientizadora, e a predominância do público-alvo em termos socioeconômicos; busca a resolução de problemas; realiza o diagnóstico de realidade do grupo-alvo; está centrada como a pesquisa participante. Assim, ela se configura como outra leitura da pedagogia de Paulo Freire, acompanhada de outras inspirações, fundamentações ou teorizações tais como a Análise Institucional de René Lourau, a Esquizoanálise de Gilles Deleuze e Felix Guattari, o Teatro do Oprimido de Augusto Boal e a Escuta Mitopoética de René Barbier^{9,10}.

A técnica de pesquisa aplicada foi a Vivência de Lugares Geomíticos (VLG), após dinâmicas de sensibilidade e de relaxamento. Essas dinâmicas possibilitam o rebaixamento de pressões normativas, para que os integrantes do GP se expressem livremente, enfraquecendo censuras e possibilitando a fluidez dos conteúdos pré-conscientes e inconscientes. As intenções e razões ao propor um momento de relaxamento antes dessas oficinas têm raízes nas proposições teóricas de Freud e Marx, ambos interessados na liberação do inconsciente, sendo o primeiro em nível individual, e o segundo em nível coletivo¹¹.

A VLG foi operacionalizada em uma das seis etapas do GP, cujo dispositivo analítico se inspira nos fundamentos teóricos da Sociopoética, conforme se descreve:

- . Instituição do GP- identificação pessoal e codificação numérica de cada participante; apresentação e negociação do tema e da questão norteadora da pesquisa, sendo escolhida: Se o indivíduo com sofrimento psíquico fosse um lugar geomítico como ele seria?¹⁰;
- . Produção de dados através da VLG utilizando-se o formulário contendo os lugares geomíticos (ver apêndice D): terra, poço, falha, caminho, arco íris e gruta, e o espaço para o registro das respostas com uma frase completa, de cada participante. Análise individual sobre cada resposta dos participantes no formulário sobre cada lugar geomítico, visando delimitar a estrutura do pensamento individual¹⁰;
- . Análise do pesquisador institucional/facilitador sobre as respostas e temas delimitados pelos participantes, com vistas à delimitação dos temas grupais¹⁰;
- . Contra análise do GP sobre a organização do pesquisador a partir dos temas produzidos¹⁰;
- . Organização dos dados em quadros para a validação do GP referente à análise categorial temática feita pelo pesquisador institucional¹⁰;

. Divulgação dos achados científicos e síntese cultural, considerando a avaliação, pelo GP, do desenvolvimento das oficinas sociopoéticas¹⁰.

A análise dos dados produzidos tem a finalidade de compreender os temas individuais- a estrutura do pensamento individual e, em seguida, a dos grupais que formam as subcategorias e as categorias temáticas, a serem analisadas e descritas nos resultados. Alerta-se que o levantamento dos temas predominantes em cada lugar geomítico, considera a descrição de estudos sociopoéticos apresentados na seção de resultados.

Neste trabalho, escolheu-se o estudo transversal, referentes ao levantamento dos temas que se contrapõem nos mesmos lugares geomíticos; e dos temas isolados ou diferenciados presentes em lugares diferentes⁹.

Ressalta-se que todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomenda a Resolução Nº 466/2012, referente às pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa que originou este recorte foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, obtendo aprovação mediante o parecer Nº 526.891.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, descrevem-se as características individuais dos membros do GP. Verificou-se que a maioria de 22 é do sexo feminino, de etnia branca autodeclarada por 17, enquanto apenas um estudante se autodeclarou de cor negra. Todos os participantes tinham idade superior a 20 anos, ressaltando-se a maioria de 21 situada na faixa etária de 20 a 29; enquanto na de 40 a 49 anos só foi encontrada uma pessoa.

Nesse resultado, corroboram-se os dados encontrados nesta investigação devido a sua semelhança aos do último ENADE, realizado pelo Ministério da Educação, e destinado à avaliação de cursos de graduação em enfermagem no ano de 2007⁹.

Esses também convergem com outros estudos de enfermagem, nos quais verificou-se 65,9% de mulheres e 34,1% de homens, situando-se a prevalência de idade abaixo dos 24 anos¹².

Quanto à constelação familiar somente um graduando de enfermagem declarou ter um filho. Quando questionados, sobre esse fato os participantes da entrevista alegaram que pretendiam priorizar seus estudos antes de constituírem família ou terem filhos, acreditando que após a conclusão destes poderiam dar uma qualidade de vida melhor às futuras famílias.

Possivelmente pelo fato de a universidade, campo da pesquisa, situar-se num município do Rio de Janeiro se justifique a igualdade dos dados quanto ao local de residência dos participantes, encontrando-se 10 graduandos, respectivamente, para a capital do Rio de Janeiro e para região oceânica. Ressalta-se, que a maioria de 16 tem residência própria, conforme a representação gráfica na tabela 1.

TABELA 1. Características individuais do grupo-pesquisador. Rio de Janeiro, 2014. (N=24)

Características		F	%	Características		F	%
Sexo	Masculino	02	08	Crença religiosa	Católica	09	41
	Feminino	22	92		Protestante	06	27
Etnia autodeclarada	Branca	17	71		Espírita	03	14
	Parda	06	25		Sem religião	02	10
	Negra	01	04		Outras	01	04
Faixa etária	20 a 29 anos	21	88	Não informada	01	04	
	30 a 39 anos	02	08	Vínculo empregatício	Estatutário	01	04
Constelação familiar	40 a 49 anos	01	04		Bolsista	09	38
	Sem filhos	23	96		CLT	02	08
	Com filhos	01	04	Renda salarial	Sem renda	12	50
Local de residência	Rio de Janeiro	10	42		Com renda	12	50
	Região oceânica	10	42	Realização de atividades de lazer	Sim	21	87
	Baixada fluminense	04	16		Não	03	13
Natureza da residência	Própria	16	67	Participação em atividades culturais	Sim	16	84
	Alugada	08	33		Não	08	16
				Participação em eventos científicos	Sim	17	71
					Não	07	29

Fonte: O autor

Constatou-se o predomínio do catolicismo adotado por nove graduandos. Sendo esse um fato sempre registrado pelo IBGE concernente à população brasileira¹³. Referente à renda salarial, 12 participantes declararam não possuí-la. Os demais recebiam auxílio financeiro de seus pais possuíam bolsas de estudos, principalmente, as de iniciação científica.

Quanto ao lazer e atividades culturais, quase a totalidade do GP afirmou participar das práticas de: idas ao cinema, praia, shopping, teatro, museus, shows, e atividades físicas.

Referente à participação em eventos científicos, a maioria de 17 informou participar somente de eventos científicos nacionais, destacando-se entre os de enfermagem, aqueles relacionados às áreas de saúde mental, obstetrícia, ortopedia e saúde coletiva.

Imaginário de graduandos de enfermagem sobre pessoas com sofrimento psíquico: estudo transversal

A análise categorial dos dados produzidos nas oficinas sociopoéticas, aplicando a vivência de lugares geomíticos (terra, poço, falha, caminho, arco-íris, gruta) possibilitou a delimitação de categorias temáticas construídas a partir da compreensão do significado das estruturas do pensamento individual e do pensamento grupal dos membros do GP. Aqui, se apresenta quatro categorias temáticas compostas pelas 112 subcategorias, encontradas nos lugares geomíticos que lhes deram origem:- Múltiplas direções na vida. Difícil acesso na solidão. Metamorfose deambulante. Aridez em vida, conforme se observa na tabela 2.

TABELA 2. Categorias temáticas representativas da dimensão imaginativa acerca da pessoa com sofrimento psíquico.

Categorias	Terra	Poço	Falha	Caminho	Arco Iris	Gruta	Total
Múltiplas direções na vida	1	2	3	8	1	5	20
Difícil acesso na sua solidão	2	1	4	2	3	6	18
Metamorfose deambulante	11	8	7	4	11	2	43
Aridez em vida	5	7	1	3	8	7	31
TOTAL	19	18	15	17	23	20	112

Fonte: O autor

Múltiplas direções na vida

O estudo transversal favoreceu a compreensão da estrutura do pensamento do GP, expressa nesta categoria formada por 20 subcategorias: aberto à vida; aterrado e interminável; busca de iluminação; caminho em espiral; cíclico, intermitente; claro e iluminado; colorido, marcante, sem uniformidade; desviante; desviante e iluminado; direções que levam ao mesmo lugar; esperança em dias melhores; água em ebulição; força interior; inquietação isolada; passageiro

solitário; passagem sem obstáculos; passagem solitária e difícil; repleto de esperanças; um fluxo constante.

Essas subcategorias representam a dificuldade de entender a convivência da pessoa com SP, principalmente, a que envelheceu no manicômio, de acordo com as respostas do GP, sobretudo aquelas obtidas nos lugares Caminho e Gruta:

Se a pessoa com sofrimento psíquico fosse um Caminho ela seria controversa e de difícil acesso em sua solidão. Seu caminho seria cíclico, uma espiral em busca de iluminação, [...] uma busca de atenção. Difícil acesso para relacionamento, um ser fora da realidade e prisioneiro do passado; Pessoa solitária, difícil, vazia em busca de isolamento, com múltiplas personalidades necessitando união entre as diferenças. (Grupo-Pesquisador)

Ressalta-se, que os membros do GP acreditam no que dizem sobre as pessoas consideradas como loucas, inclusive, receiam o acesso a estas. Eles intuem que a pessoa com sofrimento psíquico (PCSP) se isola para evitar a realidade daquelas consideradas pessoas normais e de um relacionamento pessoal que possa levá-la de volta ao passado.

É dramático pensar que tais indivíduos são diferentes e que os ditos normais, diante dos constantes estresses advindos das pressões, sentimentos e sobrecarga de emoções da atualidade existencial estão isentos de situações que nos propicia ocultar a revolta, a solidão, a tristeza, e a infelicidade usando a capa da reconhecida loucura^{2-4, 14,15}.

Isso acontece porque somos pessoas que diante de um viver com certas dificuldades reagimos com o nosso potencial de reação humana, cabendo aos normais e profissionais de saúde procurar nos entender desde a nossa história de vida¹⁰.

Difícil acesso na sua solidão

Esta categoria foi composta por 18 subcategorias: - anormalidade genética; clamando por atenção; de difícil acesso em sua solidão; difícil acesso para relacionamento; difícil acesso; difícil acesso pela solidão; difícil e complicado; dificuldade de atenção; dificuldade de retorno à realidade; ignorado; impenetrável; incolor; incompreensível e apagado; infertilidade; inimaginável; inimaginável, em busca do pote de ouro, uma pessoa com seus momentos difíceis, encontradas predominantemente no lugar geomítico Gruta. No imaginário do GP, a Gruta/Pessoa com sofrimento psíquico seria:

Aberta à vida mesmo que, arriscada, mas repleta de esperanças. Caminhando em espiral em busca de iluminação, apesar de caótica e desorganizada.

Entretanto, a Falha/PCSP seria também...

Aberta à vida [...] cíclica e intermitente. (Grupo-Pesquisador)

Observou-se que as respostas referentes à Gruta/PCSP são dicotômicas, ora ela é iluminada e ora busca a iluminação; enquanto a Falha/PCSP mostra certa ambiguidade. Fazendo uma analogia a mitologia grega, tais lugares seriam como uma caixa de pandora, visto que para o GP a Gruta guarda a esperança em dias melhores e a Falha revelaria uma vivência cíclica e intermitente.

Para os profissionais de saúde, possivelmente, tais dias virão quando houver mudança na perspectiva de cuidados respeitando a integralidade e dignidade humana da pessoa com sofrimento psíquico^{3,5}.

Metamorfose deambulante

Esta categoria reúne o maior número de subcategorias, conforme se descreve: afundando em vida; ambiguidade; amedrontado; apagado em finitude; arriscado e indefinido; ausência de perspectiva; caótica; confuso; controverso na busca de um sentido; danificado, destruído; diferente e infinito; diferente em busca de atenção; dura e maleável; fora da normalidade, diferente; inconstante; indefinido; instável; intensa dualidade; invadido por forças maiores; metamorfose pessoal para o negativo; múltiplas personalidades; necessidade de aceitação; necessidade de atenção; necessidade de transformação; necessidade de união entre as diferenças; metamorfoses; onde se guarda e revela; paradoxal; personalidade com diversas rachaduras; pessoa fragmentada; pessoa partida; profundo; profundo e ativo; profundo e obscuro; profundo, vazio e isolado; ruptura de personalidade; sem terminalidade; ser amordaçado; ser cindido), que foram encontradas, predominantemente, nos lugares geomíticos Terra e Arco-Íris, de acordo com a descrição da tabela 2.

As denominações atribuídas às 43 subcategorias revelam e caracterizam a transversalidade deste estudo, pois mostra a diversidade de situações e aparências apresentadas pela PCSP. Assim, o GP imaginou que se a PCSP/Terra e/ou Arco Íris seria...

Uma metamorfose pessoal em múltiplas direções e formada por múltiplas personalidades, necessitando união entre as diferenças. Pessoa carente [...], provavelmente, tem diversas necessidades de:

aceitação, atenção, transformação...e principalmente,de união entre as diferenças.(Grupo-Pesquisador)

Analisando esse imaginário de um grupo formado por estudantes jovens e de adultos jovens sem contato anterior com a disciplina de psiquiatria e saúde mental, bem como participação em estágios em instituições que atendem PCSP; há que se intuir sobre uma realidade do viver onde as pessoas sadias e as supostamente sadias, e onde os profissionais e os clientes possam ser igualmente pessoas, cidadãos e sujeitos; e por serem humanos e mortais vivem predispostos às suas individualidades e singularidades, e, portanto, suas metamorfoses serão respeitadas em sua dignidade humana, mesmo que em múltiplas direções.

Nesse sentido, concorda-se com o conceito de Domínio domundo, no qual se compartilha o Domínio do eu referente aos pensamentos, anseios, visões de mundo com outras pessoas em seu meio social. Isso caracteriza o centro dos esforços do profissional para compreender os problemas vivenciados pela PCSP através de um cuidado holístico, integral. Isso é ajudá-lo no que lhe aflige e atrapalha seu viver cotidiano¹¹.

Aridez em vida

Nesta categoria predominou o Arco-íris, arraigado de elementos negativos, caracterizados predominantemente por expressões como: sem vida, sem finalidade, sem brilho. Podendo ser expresso pelas seguintes falas do GP:

[...] imaginei um arco-íris preto e branco, sem vida, sem brilho. Seria todo preto. (Grupo-Pesquisador)

Atrelado aos aspectos negativos, a Gruta evidenciou elementos de um imaginário ancorado na história da loucura, a exemplo da obra de Foucault¹⁶ na qual a loucura seria sinônimo de periculosidade, a exemplo das expressões utilizadas pelo GP: vazio e apavorante, solitário e perigoso.

Nas falas sobre este imaginário dos graduandos de enfermagem a Gruta seria:

Uma caverna cheia de rochas pontiagudas, escura e úmida. Seria feia e com muitos morcegos. (Grupo-Pesquisador)

Verifica-se com as análises das categorias que o GP possui uma imagem negativa, contrastante com elementos positivos, com características afetivas, evidenciando um paradoxo no seu imaginário, que pode convergir com o imaginário do senso comum acerca da loucura e do sujeito em sofrimento psíquico.

Percebe-se a existência de diferentes entraves sociais, emocionais e/ou culturais, que corroboram para reforçar junto ao senso comum à imagem negativa da PCSP, pois ela ainda é considerada socialmente um ser despossuído de razão, agressivo, perigoso e incapaz de viver em sociedade. Essa relação lamentavelmente ainda é categorizada em termos de normal *versus* desviante anormal, revelando que a sociedade ainda não está preparada para o desafio de acolher e cuidar dessas pessoas. A visão preconceituosa em relação ao fenômeno da doença mental continua reforçando a exclusão e a marginalização social e afetiva⁴.

CONCLUSÃO

A dimensão imaginativa dos participantes da pesquisa revelou através da associação dos lugares geométricos com as pessoas com sofrimento psíquico, aspectos negativos quanto à sua própria percepção referente ao envelhecimento nos espaços manicomiais, vítima de uma assistência estigmatizante e excludente.

Nessa dimensão imaginativa intui-se que, as PCSP têm um longo e cruzado caminho a percorrer antes do seu resgate para a sociedade. Assim, conclui-se que, a compreensão do imaginário desse grupo-pesquisador composto por graduandos de enfermagem sem conhecimento teórico sobre psiquiatria e saúde mental, e também, a necessária experiência prática junto com os clientes com sofrimento psíquico revelou sua possível ancoragem no imaginário social referente à loucura e aos sujeitos que padecem desta enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro R, Guljor AP, Silva Junior AG. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado. In: Pinheiro Ret al. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p.13-40.
2. Silva LA, Gomes AMT, Oliveira DC, Souza MGG. Social representations of aging in institutionalized psychiatric patients. Escola Anna Nery Rev Enferm [periódico na internet].

- 2011 [citado em 2015 mar]; 15(1), Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100018
3. Silva LA. As representações sociais de profissionais de saúde acerca do paciente psiquiátrico: aspectos descritivos e de zona muda. [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
 4. Maciel SC, Barros DR, Camino LF, Melo JRF. Social representations of familiar members concerning madness and the psychiatric hospital. *Temas psicol.* [periódico na Internet]. 2011 Jun [citado em fev 2015]. 19(1): 193-204. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt.
 5. Ministério da Saúde (Br). Saúde mental em dados 10. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
 6. Santos I dos, Silva LA. Vulnerability of hiv/aids in patients with mental disorders: an integrative review. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 June [citado em mar 2015]; 12 : 393-410. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3868> Uchoa, 2001
 7. Ministério da Saúde (Br). Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Brasília: jun./jul. 2010, Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf>.
 8. Santos I dos, Caldas, CP, Erdmann AL, Gauthier J, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de domínio da enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20: 4-9.
 9. Petit SH, Gauthier J, Santos I dos, Figueiredo NMA. Introduzindo a sociopoética. In: Santos I dos, Gauthier J, Figueiredo NMA, Petit SH. *Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. São Paulo: Atheneu; 2005. P. 1-16.
 10. Gauthier J. *O oco do vento: metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais*. Curitiba (PA): CRV; 2012.
 11. Santos I dos, Silva LA, Gauthier J, Guerra RGM. Contributions of social poetics on the scientific production regarding nursing care: an integrative literature review. *Rev. Eletr. Enferm.* [periódico na Internet]. 2013;15:243-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.20888>.
 12. Wetterich NC, Melo MRAC. Perfil sociodemográfico do aluno do curso de graduação em enfermagem. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2007 [citado em fev

- 2015]; 15: 404-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300007&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300007>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Indicadores sociodemográficos. prospectivos para o Brasil 1991-2030. Brasília (DF): IBGE; 2006.
14. Barker PJ. The Tidal Model: developing a person – centred approach to psychiatric and mental health nursing. Perspectives in psychiatric care. In: Alligood MR, Tomey AM. Nursing theorists and their work. Missouri: Elsevier; 2013. 37(3): 79-87.
15. Santos, I dos, Silva LA, Silva AV. Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar de pessoas com sofrimento psíquico: apropriação da Teoria Tidal Modal. Rev enferm UERJ. 2014; 22: 815-20.
16. Foucault M. História da loucura: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2008.

4.2 Resultados e Discussão obtidos mediante a dinâmica corpo como território mínimo

Nesta dinâmica, participaram 18 dos 28 estudantes de enfermagem componentes do GP. Conforme descrito no capítulo de metodologia, esperou-se com a aplicação da dinâmica do corpo como território mínimo (ver apêndices B e C) a autovalidação conscienciosa do corpo como o único e exclusivo território mínimo que o ser humano possui (GUERRA, 2013).

Lustosa e Rosa (2012) ao citarem Greiner (2005) afirmam que nas pesquisas teóricas, nota-se significativa diferença acerca do entendimento do corpo, principalmente a partir do século XX. Assim, como no passado as posições dos lugares sociais e/ou as posições sociais dos sujeitos no interior de grupos expressavam-se nos corpos.

Historicamente, os sujeitos foram indiciados, classificados, ordenados, hierarquizados e definidos pela aparência de seus corpos, com base em padrões e referências, das normas, valores e ideais da cultura nas quais estivessem inseridos. Em síntese, os corpos se compõem de muitos elementos, devendo ser compreendido como um sistema, e não um produto (LUSTOSA; ROSA, 2012).

Para possibilitar as múltiplas potencialidades dos corpos, durante o desenvolvimento da oficina sociopoética, solicitou-se aos participantes do GP que de maneira individual fizessem um desenho livre a partir da seguinte questão indutora: “como você percebe o corpo do cliente sob seus cuidados?” (Apêndice B). Após a realização do desenho, os estudantes preencheram o formulário, contendo as seguintes questões/categorias teóricas: Como eu me cuido? Como eu gostaria de ser cuidado? O que preciso aprender para me cuidar? Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente? O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?

Estas questões possibilitaram que o GP expressasse suas concepções sobre esta temática, e para efeito de análise categorial temática, foram consideradas como categorias empíricas, sendo suas respostas às categorias temáticas, de acordo com o quadro 5.

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de Janeiro, 2014 (continua).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
03	Fazendo escolhas alimentares saudáveis , exercícios físicos que também ajudam no meu bem estar mental , sinto-me satisfeita com o corpo que tenho independente dos esforços que faço. Busco sempre fazer o bem a todos á minha volta, meus amigos, família são muito importantes na minha vida , eu sei que sem eles , seria muito diferente. Busco fazer atividades que eu gosto, viajar , sair com meus amigos.	Com respeito , delicadeza , compreensão.	Aprender a pensar mais em mim e nos meus objetivos .	Humanizado, respeito-o com suas diferenças, lembrando que o cuidado deve ser com paciente como um todo, fisicamente, mentalmente, culturalmente, espiritualmente , etc.	Tratando-o como em ser que precisa de cuidado e da ajuda. Eu como profissional devo me dedicar completamente para o bem estar do paciente.
04	Cuido do meu corpo físico um pouco mal, pois não sou uma praticante de atividades físicas. Cuido da minha mente bem, procurado escutar e ler coisas tranquilas e que me fazem bem. E em relação ao espírito procuro ter prática religiosa e viver uma vida correta o que faz bem para mente e espírito.	De forma humanizada.	Preciso aprender a ser mais calma , menos estressada aprender a praticas exercícios.	É idealizado que o cliente possa ser cuidado de forma humanizada que possa ser dada atenção devida a ele.	Tentaria proporcionar um ambiente calmo , tranquilo; onde ele pudesse expor suas dúvidas e medos; tentaria prestar uma assistência de qualidade vendo ele como um indivíduo como um todo.

Fonte: O autor

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de janeiro, 2014 (continuação).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
05	Em relação ao meu corpo físico , não me cuido muito infelizmente . Me falta vontade , tempo para isso. Tento me relaxar sempre , ouvindo músicas , fazendo passeios agradáveis e estando ao lado de pessoas que eu goste (amigos e famílias). Tenho uma boa relação familiar , apesar de ser tímida me dou bem com meus amigos com meus amigos mas confesso, ter dificuldades em fazer novas amizades .	Gostaria de ser bem cuidado, com atenção, carinho e amor . Não que eu não seja , mas nunca é de mais.	Eu preciso aprender me alimentar melhor , reeducar meus hábitos alimentares para melhorar minha saúde , juntamente disso , preciso fazer uma atividade física para me proporcionar um qualidade física e mental.	É idealizada somente na doença que o cliente possui poucas pessoas pensam e atuam sobre o estado biopsicossocial do cliente.	Ouviria mais o cliente, tentaria entender tudo o que passa na cabeça, no sentimento e na doença dele. Faria o possível para promover um conforto e uma alegria para ele. Daria toda atenção como se fosse um membro da família dele.
06	Corpo físico/mental : Higiene e bucal , musculação , aeróbica tento não comer besteiras e vou ao salão de beleza. Tento ser um pessoa boa , ajudar ao próximo , apesar de ser humana ,tento me policiar e não julgar tanto as pessoas , não guardar raiva , esquecer as coisas e perdoar , apesar de não frequentar nenhuma religião, mas tenho minhas crenças e não vou por falta de tempo . Tento dormir em média de 6 a 8hs por noite mas nem sempre consigo devido a rotina da faculdade. Tento cuidar do meu lazer minha diversão .	Para mim é bom ser cuidado com carinho , respeito principalmente os costumes jeitos e crenças das pessoas afim de tentar conviver bom com todos.	Ir ao médico pois sou relaxada com minha saúde. Ser menos ansiosa. Acreditar mas no meu potencial.	Biomédico e mecanicista.	Tentaria me capacitar profissionalmente ainda mais, fazer especializações em diversas áreas , entender mais sobre o ser humano e ser mais paciente com as pessoas .

Fonte: O autor

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de Janeiro, 2014 (continuação).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
07	No corpo físico poderia me dedicar mais , pois sou um pouco sedentária , mente e espírito procuro sempre pensar em coisas positivas e que tudo vai dar Certo e quanto ao relacionamento, procuro me dar bem com todos , tento não procurar confusão com ninguém.	Um cuidado com carinho, com amor calma, paciência, tranquilidade e bondade.	Não se incomodar com mínimos detalhes, procurar não pensar muito no futuro.	Cuidado um pouco mecanicista.	Colocaria uma música bem calma e tranquilizante.
08	Com meu corpo físico , procuro me cuidar com alimentação saudável , apesar de todas as atividades da faculdades como provas e trabalhos que tomam o meu tempo, procuro ter uma boa noite de sono , mente e espírito . Procuro a Deus para conseguir calma diante dos obstáculos da vida ; relacionamento com minha família é maravilhoso , sendo difícil aceitar a distância que nos separa por eu morar no RJ e eles RS.	Gostaria de ser cuidada com muito amor , carinho ,atenção e respeito.	Ser uma pessoa menos ansiosa,não pensando nas possíveis situações do futuro.	Mais humanizado e menos mecânico.	Manter um bom dialogo com paciente, escutaria seus problemas e faria técnicas de relaxamento.

Fonte: O autor

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de Janeiro, 2014 (continuação).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
09	Acho que por está na faculdade isto me consome bastante do meu tempo de me cuidar e as vezes isto se torna bem superficial mas quando paro para cuidar gosto de massagem no cabelo e fazer as unhas, para a minha mente gosto de as vezes me desligar do mundo e sentir um pouco a natureza e gosto de receber minha família e amigos na minha casa para ficar mais a vontade.	Gostaria de ser cuidado bem e com atenção, também com carinho e delicadeza mas acima de tudo gostaria de que cuidasse de mim soubesse o que está fazendo e ser o melhor naquilo.	Preciso aprender varias coisas para conseguir me cuidar; mas acho que nenhum de nós sabe realmente como se cuidar. Mas acho que preciso aprender a respeitar os limites da minha mente e do meu físico para mim isso é o mais importante .	Ainda é bastante fragmentado e focado na doença , cuidamos com o foco na cura.	Perguntaria como ele está se sentindo e ouviria bastante, tentando compreende-lo e ajudá-lo no que fosse possível.
10	Me cuido tentando sempre melhorar no que não me acho boa e superar expectativas. Procuro me relacionar bem não só com a minha família , mas também com amigo. Me cuidado procurando maneiras de ser feliz com meu corpo de modo que ele não seja um peso para mim. Me cuido fazendo bem ao próximo, pois terá um retorno positivo.	Sou bem cuidado. Mas as vezes gostaria de receber mais respeito e consideração de pessoas que são próximas.	Aprender a controlar a minha ansiedade , a minha convulsividade, Não esquecendo que existirá um amanhã que será o reflexo das minhas atitudes de hoje.	De modo frio, o cliente é visto. Com um todo. Só é visto o hoje, o agora. É importante procurar entender tudo que aconteceu com o cliente até ele está diante de você. E atualmente não tem sido humanizado.	Procuraria analisar seus problemas, sua história de vida. O deixaria à-vontade, o observaria para linguagem verbal e não verbal, buscando um maior conforto.
11	Procuro sempre me cuidar e cuidar de todos que estão no meu redor na medida do possível.	Bem ,como todo mundo.	Ser persistente , pois sou preguiçoso no que diz respeito ao cuidado próprio.	Não informou	Depende do que o cliente considera conforto / bem-estar. Em suma proximidade com a família , lazer etc.

Fonte: O autor

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de Janeiro, 2014 (continuação).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
16	Do meu corpo eu tomo banho, escovo dentes, me alimento quando dá tempo; meu espírito: ouço uma boa música pois me acalma, vou a igreja, converso com Deus; da minha mente quando consigo dormir pois relaxo, moro com minha filha e minha irmã e com ela nós não nos entendemos bem amigos. Verdadeiros acho que nem nunca tive um.	Com respeito , consideração , afeto , carinho , amizade , que as pessoas que estão em minha volta quando me ajudassem não alegres ou bem que me fez.	A dar mais valor a mim, ao que eu acho e parar de me preocupar ou me importa com o que os outros falam ou pensam de mim.	De forma geral é voltado apenas para amenizar com tratamento da patologia se esquecendo de olhar o cliente em uma visão holística.	Faria com que ele se sentisse acolhido, amado, respeitado, como alguém importante dentro do contexto social seja ele familiar ou profissional.
17	Corpo em si, eu só me cuido pela alimentação (mesmo assim porque meu pai me controla) . Não faço atividade física e tenho preguiça de ir ao médico. Tenho um relacionamento muito interno com a minha família e parentes, os visitando periodicamente em Araruama. Infelizmente perdeu contato com muitos , mas considero alguns entre os melhores , tentando fazer sempre que a amizade não acabe. Espiritual: Participo de uma congregação, sou protestante, porém não me apego a apelos religiosos é sima espiritualidade . Tendo fé em Deus e tendo certeza que sou moradora, habitação do espírito.	Gostaria de ser mimada algumas vezes por mais que eu tenha uma real necessidade as pessoas ao meu lidar demonstrassem mais preocupação comigo.	Preciso entender que os anos passam e que o resultado do futuro é o que fiz no presente.	Em alguns lugares cujo a fragmentação evidente e um outros o mínimo algo humanizado. Porém não vejo uma real preocupação pela saúde do outro (cliente). O idealizada é ter um cuidado humanizado , porém pouco se vê.	Eu olharia a ele como se olhasse para mim mesmo , desejaria sentir suas dores ,vivenciando sua vida ; ver o que levou até buscar um atendimento. Vejo que só sabemos o que se passa com o outro depois que sentimos o que ele sente. Assim elaboramos o melhor cuidado para suas necessidades.

Fonte: O autor

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de Janeiro, 2014 (continuação).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
18	Sempre que posso viajo para casa para ficar com minha família, para encontrar alguns amigos também. Gosto ler livros para me distrair e também ficar mais calma . Não cuido bem do meu físico , não faço muito exercício e também não me alimento muito bem .	Gostaria de fazer algum esporte , sair mais com meus amigos , passar a comer de forma mais saudável.	Preciso aprender a ser menos tímida, a fazer novos amigos, a me impor para não me sobrecarregar com muitas responsabilidades.	O cuidado do cliente não é visto de forma humanizada ,sendo analisada somente o bem-estar físico de cada um, desconsiderando a saúde mental dos mesmos.	Eu escutaria com atenção cada um, observando como se dá suas relações interpessoais com família e amigos, levando em conta os pensamentos de cada um e quais atividades gostaria de fazer.
19	Eu procuro cuidar da minha alimentação e fazer exercício , faço pilates 2x na semana , para relaxar , alongar e fortalecer a musculatura. Semanalmente vou a psicologia e coloco para fora tudo o que me aflige e magoa. Tenho um bom relacionamento com família e amigos. As vezes tenho alguns problemas com meu pai , mas hoje sei contornar essas situações gosto muito de reunir toda a família e amigos e principalmente passar horas com meu sobrinho.	Gostaria de me alimentar um pouco melhor e caminhar na praia.	Preciso ter mais disciplina e força de vontade para atingir meus objetivos.	Atualmente, o cliente deve ser cuidado individualmente de acordo com suas necessidades, ter um olhar mais humano, olhar além da doença do cliente.	Ouvi-lo entender os seus problemas e respeitar sua individualidade e toda a sua história de vida.

Fonte: O autor

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de Janeiro, 2014 (continuação).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
20	Da melhor forma possível. As vezes não estamos muito bem e acabamos por nos descuidar ou então o pouco tempo nos afasta um pouco do nosso lar onde buscamos nos centralizar e cuidar melhor de nós . Mas tempo me preservar da melhor maneira para estar sempre bem com a família , amigos , com a minha mente e o meu espírito e assim o corpo fisicamente falando também responde positivamente.	Gostaria que prestassem a atenção e se importasse comigo e que estivessem ao meu lado em todos os momentos e que sempre lembrassem de min.	Preciso aprender a me alimentar e dormir melhor e esquecer um pouco dos pensamentos que ocupam nossa mente e nos deixa relaxar.	Buscando sempre a perfeição, sem direitos, e de preferência com o mínimo de esforço e gasto possível.	Faria tudo o que propus anteriormente com foco e determinação para alcançar o bem estar do cliente.
23	Corpo físico: não exagerar em alimentos que são prejudiciais á saúde. Mente e espírito: leio a bíblia, concentro em meus erros e acertos. Relacionamento interpessoal: dando amor, atenção, cuidado.	Com carinho , amor , atenção , cuidado , sinceridade.	Ser mais determinada.	Como um todo, visando seus problemas e não como, quando, por quê, os problemas.	Ouvi-lo, compreendê-lo, apoiar, incentivar, encorajar e respeitar.

Fonte: O autor

Quadro 3 - O cuidado do corpo como território mínimo N = 18. Rio de Janeiro, 2014 (conclusão).

Código	Como eu me cuido?	Como eu gostaria de ser cuidado?	O que preciso aprender para me cuidar?	Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?
25	Pratico esporte não sistematicamente , ouço música , toco música , busco em Deus apoio para situações difícil de resolver.	Com respeito.	Os benefícios e como me cuidar.	Com qualidade de forma humanizada.	Proporcionar atenção humanizada, visando não só a assistência clínica-técnica, mas também buscando compreender as demandas que não envolvem somente o físico mas proporcionando condições para sua saúde mental, que em algumas condições só deve atua como terapêutica e contempla o individuo como um todo, avaliando a historia em que se desenvolve a patologia.
26	Procuo me cercar por pessoas que me fazem bem além disso me afasto de pensamentos negativos e sempre que posso conheço novos lugares, pessoas, leio poesias, orações. Procuo manter uma alimentação saudável.	Por pessoas que entendam minhas necessidades não só físicas, mas também mentais. Por alguém que tenho paciência além ser tudo.	Aprender a entender as necessidades, aprender a práticas do autocontrole.	O cuidado é feito voltado para as necessidades físicas na maioria das vezes por isso o foco é sempre voltado para alimentação e medicação.	Cuidado básicos como banho , alimentação, leito limpo e manteria as familiares por perto em casos de internação.
28	Meu corpo eu procuro me alimentar bem. Mente e espírito, eu procuro me divertir, não ficar magoado com pequenas coisas. Ir a reuniões no centro kardecista pra alegria minha alma.	Como sou pelo meu marido e minha mãe, com amor ,dedicação e cuidado . Respeitado minhas decisões e opiniões.	Que eu não posso” abraçar o mundo com as pernas”. Eu tento sempre cuidar de todos e com isso fico muito preocupada com coisas a mais do que consigo e fico sobrecarregado por isso.	O cuidado pelo que eu vejo, é uma tentativa de se dar atenção ao corpo e a alma mais os profissionais não foram, preparados para se preocupar com a alma dos pacientes. O cuidado é muito focado no corpo, com medicação e ainda falta atenção individualizada e juntamente com a família.	Além dos cuidados com o corpo e com o bem estar dentro do setor que ele estiver internado, procurar trazer a família para participar desse tão difícil que o momento da internação.

Fonte: O autor

No quadro 4, são descritos os temas individuais que apareceram com maior frequência nas categorias empíricas, com base na análise das falas dos participantes da pesquisa, bem como a partir das similaridade dos temas para a formação das categorias temáticas.

Quadro 4 - Temas individuais da dinâmica do corpo como território mínimo. Rio de Janeiro, 2015.

Categoria teórica/pergunta	Temas individuais	Frequência dos temas
Como eu me cuido?	Equilíbrio na busca do bem estar	2
	Pouco cuidado com o físico, porém, bom cuidado emocional	2
	Equilíbrio pessoal e paz com os demais ao meu redor	7
	Busca por equilíbrio e encontro com a espiritualidade	7
	Autocuidado e cuidado com o outro	1
	Cuidado com o corpo	1
	TOTAL	20
Como eu gostaria de ser cuidado?	Com respeito e compreensão	2
	De maneira humanizada	2
	Com amor, carinho, delicadeza e respeito	7
	Respeitando as crenças e singularidades da pessoa	5
	Com respeito e consideração	1
	Ao redor de pessoas amigas	1
	Com um pouco mais de tempo para mim	1
TOTAL	19	
O que preciso aprender para me cuidar?	Autovalorização e foco	3
	A ter mais calma e paciência	2
	A realizar atividades físicas e qualidade de vida	3
	Crença em si mesmo	2
	Respeitar os próprios limites	1
	Autocontrole e pensamento no futuro	3
	Abrir-me a novas possibilidades	1
	Ter disciplina e força de vontade	1
	Desenvolver o autocuidado	2
TOTAL	18	
Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?	Pautado na humanização, no respeito as diferenças e considerando a integralidade	2
	Humanizado e singular	3
	Considerando aspectos biopsicossocial	1
	Biomédico e positivista	5
	Fragmentado e sem humanidade	4
	Voltado à doença e sem visão holística	1
	De acordo com suas necessidades indo além de sua doença	1
TOTAL	17	
O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?	Cuidar para que tenha conforto e bem estar	3
	Propor um ambiente que seja possível cuidar em sua integralidade	4
	Compreensão e cuidado humanitário	2
	Busca por melhor qualificação	1
	Acolhimento e escuta sensível	4
	Não mediria esforços para seu bem-estar	1
	Cuidaria integralmente do sujeito	1
TOTAL	16	

Fonte: O autor

4.2.1 Categorias temáticas emergentes da frequência dos temas individuais

A pergunta “como eu me cuido?”, evidenciou a busca por equilíbrio físico, mental e espiritual. Sendo formada por 20 temas individuais, nos quais os participantes evidenciaram o equilíbrio como gerador de paz e aproximando-se de aspectos espirituais.

A espiritualidade desperta há algum tempo o interesse dos pesquisadores de enfermagem e áreas afins. Particularmente isto é um achado num estudo desenvolvido com estudantes de enfermagem, sendo um forte indicativo da sensibilidade do GP aos aspectos subjetivos. A espiritualidade influencia no processo saúde doença, bem como, na saúde física, mental e social. A espiritualidade seria compreendida como uma busca pessoal por respostas compreensíveis sobre questionamentos existenciais sobre a vida, seu significado; a relação com o sagrado, divino ou algo transcendental, que pode ou não se expressar em rituais (SIMÃO; CHAVES; LUNES, 2015).

No cuidado em enfermagem, os aspectos espirituais são fortemente considerados em clientes que estão vivenciando enfermidades. Existem estudos que descrevem os benefícios advindos da identificação das necessidades espirituais. Inclusive consta como um dos diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA), classificado como Angústia espiritual, também recebendo a denominação de sofrimento espiritual (SIMÃO; CHAVES; LUNES, 2015).

A segunda pergunta - “Como eu gostaria de ser cuidado?”, compreendendo e respeitando as crenças e singularidades das pessoas, formada por 19 temas individuais, com destaque para um cuidado que considere aspectos necessários à dignidade humana, tais como amor, respeito, delicadeza, carinho, humanização, dentre outros. Os futuros profissionais de enfermagem devem atentar para que suas práticas quando profissionais, não sejam repletas de rotinas, nas quais a ênfase no tecnicismo, no cumprimento de protocolos, normas e na valorização do modelo biomédico. A tal modelo deve-se sobrepor o cuidado humanizado e digno do ser humano. Portanto, propõem Macedo et. al. (2010) que a formação em enfermagem deve possibilitar aos seus alunos uma preocupação com as necessidades humanas básicas da população.

Aos que almejam desenvolver suas ações profissionais, na área de saúde mental, é preciso pautar-se nos princípios da humanização, expressando o compromisso e respeito a pluralidade das forças que compõe a vida. Cuidar considerando os aspectos destacados pelo GP voltam-se ao que poderia ser denominado de *empowerment* do usuário em saúde mental

(MACEDO et. al., 2010). Inclusive, Barker (2012), em seus princípios componentes do *Tidal Model* orienta que estes sejam aplicados durante o cuidar, visando á autonomia de decisões que propiciam a recuperação da pessoa com sofrimento psíquico.

Em um estudo desenvolvido por Carretta, Bettinelli e Erdmann (2011, p. 959), eles utilizaram uma frase muito pertinente para pensar o cuidado: “o valor de uma vida é principalmente (ainda que não exclusivamente) o valor que ela tem para a pessoa que a possui”. Está frase reforça a necessidade do *empowerment* no cuidado. O cuidado deve ser considerado uma via única de mão dupla. O cuidado só é efetivo quando o cliente permite e participa do processo, lamentável é quando o profissional crê que possua poderes decisórios sobre o processo de cuidar.

A terceira pergunta: “O que preciso aprender para me cuidar?”, destacou aspectos como a autovalorização, a paciência, a disciplina e força de vontade (formada por 18 temas individuais). Aspectos que atribuem ao sujeito uma grande responsabilidade em seu processo de manutenção da saúde e recuperação pós moléstias. E em se tratando de um GP formado por alunos, o aparecimento de tais temas individuais corroboram com os possíveis ensinamentos ao longo da graduação.

A orientação para o autocuidado pode ser uma fonte inspiradora para a realização do cuidar de si, principalmente na área de saúde mental. Pois ao longo dos anos os profissionais vêm envidando esforços para que os clientes se tornem protagonistas de seu processo de recuperação da saúde mental.

As próximas perguntas referem-se aos cuidados que seriam ofertados aos clientes. Então a quinta pergunta foi: “Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?”, os temas individuais (num total de 17) apresentaram aspectos dicotômicos, em maior frequência apareceu o modelo biomédico, extremamente positivista, totalmente fragmentado e com pouca humanização. Possivelmente isto revele o imaginário do GP formado por alunos, no qual para ter seu conhecimento aceito, este cuidado idealizado é ancorado em aspectos positivistas muito comuns às ciências médicas.

Ao mesmo tempo, com menor frequência surgiram expressões que valorizavam o cuidado mais humanizado e singular. Particularmente era o que se esperaria de um GP formado por estudantes de enfermagem. Daí podem emergir algumas reflexões sobre o cuidar dos clientes, do que seria real ou idealizado. Esta situação converge para um paradoxo gerado pelas transformações científicas e tecnológicas médicas, na qual se espera uma atuação do profissional enfermeiro cada vez mais semelhantes à hegemonia médica (SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2010).

A quinta e última pergunta: “O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?”. Foi composta por 16 temas individuais, figuraram nas respostas com maior frequência a necessidade de propor um ambiente em que o cuidado seja realizado com conforto, tranquilidade e bem-estar. Remetendo a um viés *nightingaleano*, por muitas vezes abordado de maneira sumarizada e limitada, dando ênfase apenas nos cuidados físicos, voltado para ações destinadas a higiene do ambiente, posição do cliente no leito, manutenção da integridade corporal, sono, repouso, dentre outros (SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2010).

Quando na verdade o conforto e bem estar poderiam ser ofertado de diferentes maneiras, inclusive como apontado em alguns temas individuais como a realização da escuta sensível. Em algumas situações na prática clínica de saúde mental, o enfermeiro precisará emprestar seus ouvidos aos clientes, tentando permitir que ele expresse as suas expressões. E isto terá sido o mais terapêutico naquele momento. Em saúde mental será preciso “emprestar” o corpo ao cliente, afim de lhe ofertar um toque, um abraço. Diante das dores existenciais, um simples gesto pode ser potencialmente terapêutico para o cliente.

As categorias temáticas emergiram diante da frequência dos temas individuais do GP, conforme se observa no quadro 7.

Quadro 5 - Categorias e temas individuais do GP na DCTM. Rio de Janeiro, 2015 (continua).

Categoria temática	Temas individuais	Frequência
Busca pelo equilíbrio	Equilíbrio na busca do bem estar	2
	Equilíbrio pessoal e paz com os demais ao meu redor	7
	Ao redor de pessoas amigas	1
3 temas individuais Frequência total: 10		
Necessidade de considerar a Integralidade no cuidar humano	Pautado na humanização, no respeito às diferenças e considerando a integralidade	2
	Propor um ambiente que seja possível cuidar em sua integralidade	4
	Cuidaria integralmente do sujeito	1
	Acolhimento e escuta sensível	4
	Cuidar para que tenha conforto e bem estar	3
5 temas individuais Frequência total 14		
Corpo Fragmentado e cuidado positivista	Considerando aspectos biopsicossocial	1
	Biomédico e positivista	5
	Fragmentado e sem humanidade	4
	Voltado à doença e sem visão holística	1
4 temas individuais Frequência total 11		

Fonte: O autor

Quadro 5 - Categorias e temas individuais do GP na DCTM. Rio de Janeiro, 2015 (continuação).

Categoria temática	Temas individuais	Frequência
Necessidade de humanização	De maneira humanizada	2
	Humanizado e singular	3
	Compreensão e cuidado humanitário	2
3 temas individuais Frequência total 07		
Respeito à Crença e busca pela espiritualidade	Busca por equilíbrio e encontro com a espiritualidade	7
	Respeitando as crenças e singularidades da pessoa	5
	Crença em si mesmo	2
3 temas individuais Frequência total 14		
Cuidados com o corpo físico	Autocuidado e cuidado com o outro	1
	Cuidado com o corpo	1
	A realizar atividades físicas e qualidade de vida	3
3 temas individuais Frequência total 05		
Cuidado digno e respeitoso	Com respeito e compreensão	2
	Com respeito e consideração	1
	Com amor, carinho, delicadeza e respeito	7
3 temas individuais Frequência total 10		
Autoconfiança e força de vontade	Autovalorização e foco	3
	Respeitar os próprios limites	1
	Autocontrole e pensamento no futuro	3
	Ter disciplina e força de vontade	1
	Desenvolver o autocuidado	2
5 temas individuais Frequência total 10		
Necessidade de transcendência	Pouco cuidado com o físico, porém, bom cuidado emocional	2
	Com um pouco mais de tempo para mim	1
	Busca por melhor qualificação	1
	A ter mais calma e paciência	2
	De acordo com suas necessidades indo além de sua doença	1
	Não mediria esforços para seu bem-estar	1
	Abrir-me a novas possibilidades	1
	De acordo com suas necessidades indo além de sua doença	1
8 temas individuais Frequência total 10		

Fonte: O autor

Esses dados foram agrupados em um diagrama para melhor visualização das categorias que emergiram do estudo, conforme se vê na figura 4.

Figura 5 - Diagrama dos componentes da análise categorial da DCTM - Rio de Janeiro – 2015.



Fonte: O autor

Analisando os dados produzidos através da técnica da DCTM, considerou-se a frequência e os temas individuais, bem como a delimitação das categorias analíticas destas informações decorrentes.

4.2.2 Análise da prática de desenhos livres realizados pelos membros do GP

Ao longo da história humana, percebe-se que o corpo foi concebido como um espaço de disputas, marcas, repleto de sentidos e simbolismos. Diversas perspectivas foram consideradas na tentativa de compreender este locus passível de inúmeras interpretações (LUSTOSA; ROSA; 2012). Fuganti (2007, p. 67) afirma que “camadas e linhas de tempos e movimentos dobrados coexistem, se condensam e se dilatam em nós, em nosso corpo e pensamentos”.

Para compreender a importância do corpo como território mínimo, faz-se necessário entender a pluralidade de devires e de movimentos quebrados, os quais não são apenas os

corpos penetrados de acontecimentos vividos, mas também compreendidos pelas ramificações dos corpos da humanidade, arraigado em pressões virtuais da memória que subsiste nele e permite a continuidade do que está por vir (FUGANTI, 2007).

A DCTM possibilita a expressão de deveres, afinal “as formações humanas, através de seus modos de viver e de pensar, inventaram e ainda conservam e cultivam uma tendência em investir e aplicar tempos e movimentos que nos afastam cada vez mais do gosto pelas experiências criadas” (FUGANTI, 2007, p. 67). O corpo humano, desejanste de potencias, a fim de variar e instaurar novas dimensões existenciais.

As categorias seguintes foram construídas a partir dos desenhos produzidos pelos integrantes do GP. Destaca-se que se realizou uma correlação entre as produções e os respectivos depoimentos dos participantes, tendo por base as questões norteadoras propostas durante a DCTM (ver a figura 5).

Figura 6 - Síntese sobre as respostas referentes a autoimagem. Rio de Janeiro, 2015



Fonte: O autor

4.2.2.1 Categoria - Energizada e repleta de coisas boas

Compuseram esta categoria cinco desenhos, em praticamente todos o sol foi retratado; os rostos tinham um semblante feliz, haviam paisagens feitas com cores fortes.

Figura 7 – Autodesenho da copesquisadora 03. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 03 (2014).

Me sinto livre e renovada quando estou sentindo a brisa do mar. A minha energia se renova. Como se minha bateria carregasse (Copesquisadora 3).

Através da autoanálise da Copesquisadora três, verifica-se que os elementos da natureza contribuem para que ela possa sentir-se melhor e energizada. A liberdade expressa no relato da copesquisadora, pode ser compreendida através da crise de legitimidade das modalidades físicas da relação do ser humano entre si e com o mundo, ocorrida no final da década de 1960, expressa em movimentos como o feminismo e a chamada revolução sexual que possibilitaram liberdade às expressões corporais. Um novo imaginário social do corpo invadiu as sociedades, principalmente na medida em que os laços sociais e teias simbólicas

foram aplicadas, promovendo significações e valores, fazendo com que os corpos destacassem os traços mais visíveis do ser (LUSTOSA; ROSA, 2012).

No auto desenho da copesquisadora quatro, os elementos da natureza estão expressos, no entanto, ela não os destaca em sua autoanálise, mas chama a atenção para o fato da necessidade de estar rodeada de coisas boas, possivelmente estes elementos constituem vetores semânticos, os quais expressam a relação do sujeito com o mundo. Através do corpo, emergem e emanam significações que fundamentam a existência individual e coletiva (LUSTOSA; ROSA, 2012).

Para Le Breton (2007) os sentimentos transparecem na extensão do corpo e se colocam em ação nos comportamentos, são emanações sociais que impõe-se através de seu conteúdo e forma aos membros da coletividade, expressos em uma dada situação moral.

Figura 8 – Autodesenho da copesquisadora 04. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 04 (2014).

Me vejo como uma pessoa alegre, cercada de coisas boas e bonitas em um ambiente calmo acolhedor (Copesquisadora 04).

O auto desenho da copesquisadora 05 revela um autocuidado com seu corpo, todo ornamentado e com um rosto sorridente. Nele assim como os outros desenhos o sol encontra-se presente. Sua autoanálise destaca a harmonia com elementos naturais, o que denotaria a

forte ligação do bem estar e o ecossistema. Através do corpo, o ser humano apropria-se de sua essência e interage com o ambiente, através de simbolismos (LUSTOSA; ROSA, 2012).

Figura 9 – Autodesenho copesquisadora 05. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 05 (2014).

Me vejo uma pessoa alegre, com aparência de menina sonhadora. Me vejo em um ambiente aberto, natural e tranquilizador. Me vejo em paz com a vida. Me vejo calma e serena. Me vejo em um ambiente limpo e agradável (Copesquisadora 05).

Assim como nos outros desenhos, a copesquisadora 23, também destacou a importância que o sol possui para ela, fazendo analogias ao coração, expressando seus sentimentos e sentidos. Ela tentou esclarecer a função para sua vida de cada elemento expresso em seu desenho. Neste processo de experimentação, a copesquisadora deu vazão a criatividade, fundamental ao processo de experimentação, ela expressou nitidamente a liberdade.

Acerca das experimentações Amaral e Gentini (2012, p. 163) escreveram: “Ser livre é desfrutar de todas as potencialidades do corpo transformando a realidade em que estamos inseridos a fim de experimentarmos uma vida mais intensa e potente”.

Figura 10 – Autodesenho copesquisadora 23. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 23 (2014).

Neste desenho tentei demonstrar minhas particularidades e maneira de pensar. Sol: tento sempre fazer a diferença onde estou, tentador levar algo bom, algo que brilha. Coração: O amor é a base de tudo, e para mim, Deus é amor, tento transmitir amor às pessoas, carinho e compreensão. Livro: Demonstra o quando gosto de estudar, e também o livro que norteia minha vida, maneira de pensar de agir, de falar. Chuva e arco-íris: é a maneira pela qual vejo os acontecimentos que nos entristecem, nos magoam, nos desesperam. eles têm fim , e ao seu fim , vem alegria e cor do aprendizado e crescimento, através da chuva (dificuldades) nós florescemos e amadurecemos assim como a árvore e as frutas (Copesquisadora 23).

A copesquisadora 25, também destacou a importância dos elementos da natureza como forma de possibilitar o equilíbrio. Ele inclusive, chama a atenção para a origem da vida humana, fazendo reflexões existenciais. Ele expressou a felicidade no rosto de seu autorretrato e os braços abertos, o que poderia denotar a abertura a novas possibilidades na vida. Em seu relato, ele destaca que o “contato com a natureza nos faz lembrar nossa origem”, sobre isto Boff (2007) nos aborda da necessidade da comunhão humana com o mundo, com a natureza e tudo que é vivo e nos cerca. “o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado”.

A copesquisadora mostrou-se como parte integrante de um ecossistema, um corpo que cuida-se e retroalimenta-se do meio ecológico, vivência com o coração, com seu próprio corpo estendido e prolongado, de braços abertos. O corpo humano é um ecossistema vivo e articulado com outros sistemas mais abrangentes.

Figura 11 – Autodesenho Copesquisador 25. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisador 25 (2014).

A possibilidade de estar em um lugar tranquilo faz com que haja uma resposta fisiológica e mental. O corpo relaxa, os pulmões permitem –se uma melhor oxigenação, há liberação de substâncias que permitem um sentimento de bem estar. O contato com a natureza nos faz lembrar nossa origem, permite a reflexão existencial, garantindo um equilíbrio entre as forças estressantes urbano com um ambiente natural relaxante. A luz solar que invade sobre o corpo permite ativações de mecanismos fisiológicos, onde o corpo é provido de substâncias e comportamentos orgânicos que beneficiam esta estrutura o corpo. É bom se sentir bem! (Copesquisador 25).

4.2.2.2 Categoria - Necessidade de transformações

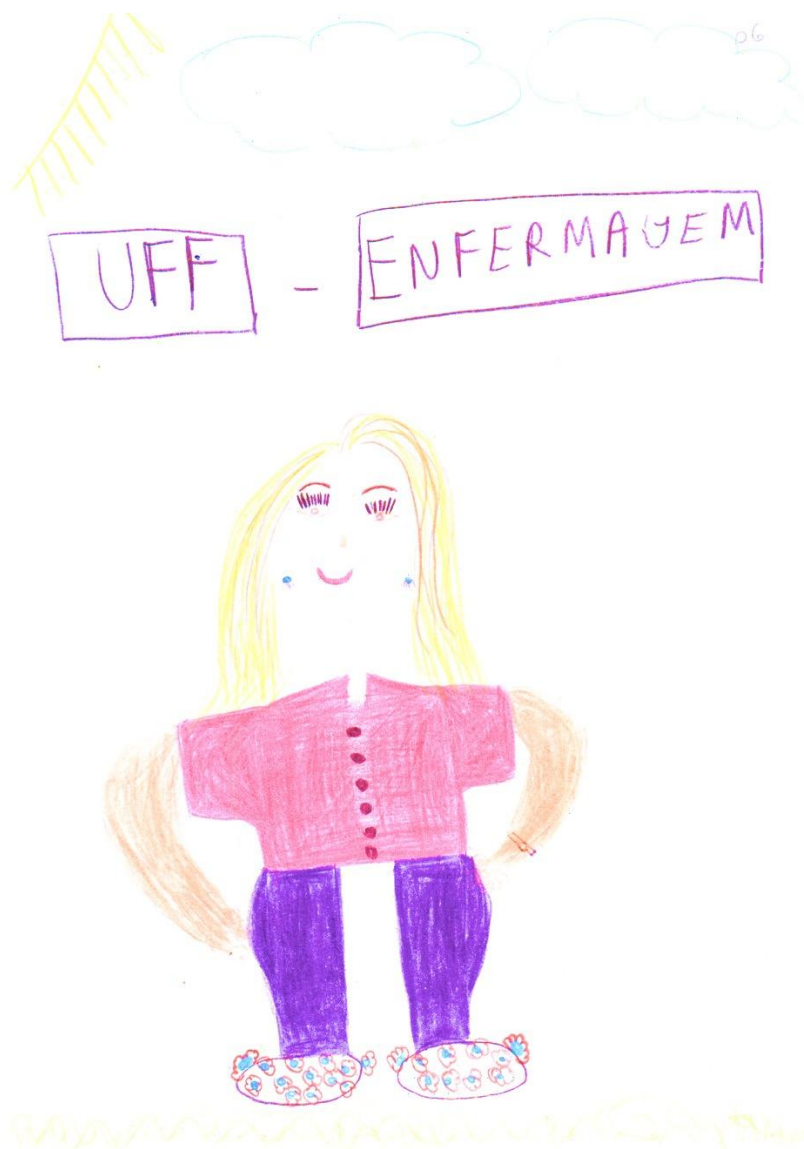
Nesta categoria, foram agrupados 4 desenhos, prevaleceu nos autorelatos, a necessidade de transformações em seus corpos, possivelmente, isto se justifique pela necessidade de seguir padrões de beleza ditados pela sociedade, que em algumas vezes só geram sofrimentos nas pessoas. Estas necessidades de transformações também podem ser justificadas pelo período da vida que se encontram a maior parte dos participantes do GP, são jovens, entrando na vida adulta.

Para ajudar na compreensão destas mudanças na vida dos jovens participantes, remetemos à Clarice Lispector: “O que fazer de alguém que não sabe o que fazer de si? Utilizar-se como corpo e alma em proveito do corpo e da alma? Nada posso dizer ainda dentro da forma. Tudo o que possuo está muito fundo dentro de mim” (MACHADO, 2014, p. 165).

A coparticipante 06, em seu relato fez questão de justificar na construção de seu desenho, artifícios que poderiam alterar suas características individuais, tais como a utilização de maquiagens para ficar mais próxima dos padrões ditados pela sociedade. Ela destaca também características em seu biótipo que poderiam expressar sua personalidade forte e determinação.

Na cultura do consumo, na qual os participantes do GP increrem-se, inúmeras vezes a imagem corporal é assumida de maneira instrumental, como status e mecanismo de aceitação social. A partir do corpo, percebe-se e pode ser percebido no mundo, enfim, empreender um dito processo de socialização. Sob este prisma, a estética seria uma espécie de vantagem, um fator que favoreceria em diferentes situações (GALLAS, 2012).

Figura 12 – Autodesenho copesquisadora 06. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 06 (2014).

No momento o que desenhei a mim mesma tentei destacar meu maxilar que é mais marcado o que deixa o contorno do meu rosto mais triangular na região do queixo meus olhos que acho pequeno mais “puxado” e como gosto de maquiagem sempre coloco rímel para deixa-los maiores e mais negros, as bochechas coradas pois sempre estou de blush e um batom cor boca , quase sempre estou feliz aqui na faculdade por isso me imaginei aqui ; já meu cabelo é pouquinho e com mechas tentei evidencia-las , também não saio de casa sem brinco me sinto pelada sem eles e o nariz como é pequeno , nem dei muito destaque, a pele clara por isso usei lápis de cor bege e a sobrancelha marronzinha. Agora depois de escrever lembrei que tenho duas cicatrizes no rosto, mas acho que as pessoas não notam muito e eu mesma não incomoda-me que não coloquei , mas vou colocar agora (sobrancelha e boca). Já o meu corpo eu coloquei os braços fortes e na cintura, não sei porque fiz isso mas pensando agora acho que sou uma pessoa muito determinada e com personalidade forte. Geralmente uso blusas de manguinha e calça para vir para faculdade e também sapatilha e gosto de cores alegres, entretanto não consegui desenhar com meu corpo (Copesquisadora 06).

Assim como relatado na descrição do desenho acima, a copesquisadora 09 também destaca características de seu corpo que possivelmente a incomode e relata a utilização de artifícios para tentar alterar isto, possivelmente para aproximar-se dos ditames sociais. Neste categoria, verifica-se o forte apelo social que o corpo teria para os participantes. Condizente com os padrões sociais aos quais se inserem. O corpo não deveria ser analogamente comparado a uma embalagem que criaria simulacros para a subjetividade. Essa concepção de corpo, pode fundamentar-se em suposições populares de que ele seria o reflexo do eu; se assim compreendido for, o corpo socialmente esperado, erroneamente refletiria o caráter de uma pessoa, sendo considerado como um espelho indiscreto (GALLAS, 2012).

Figura 13 – Copesquisadora 09. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 09 (2014).

Acho que através do desenho consegui representar o corpo, o quadril avantajado e pernas grossas. Braço grosso e cintura fina. Várias cores representam o meu estado de espírito pois sou uma pessoa bem alegre e risonha (por isso o sorriso grande). Óculos: Acho que me identificam quem sou embora não gosto de usa-los. Roupas: Gosto bastante de calça Jeans escuras e sapatilhas. Nariz: percebo que é um pouco em forma de “batata”. Cabelos: Gosto muito da cor dele e também do tamanho. O desenho para mim representa a forma como eu me vejo quando olho no espelho, apesar de ter demorado para identificar a forma com eu sou agora consigo enxergar de uma forma mais realista (Copesquisadora 09).

A copesquisadora 17, expressou em seu relato uma baixa autoestima relacionada diretamente ao seu corpo, inclusive destacando que a única coisa que gostava em si era seu cabelo. Há também uma ambivalência em relação a si mesma, quando faz comparações com a percepção que outras pessoas teriam em relação a ela. O retrato mental que a participante faz de si, expressa sua aparência física como, suas medidas, a forma de seu corpo. Mas acima de tudo, exterioriza os sentimentos que ela possui relacionadas aos seus atributos físicos. Na sociedade contemporânea, em que a supervalorização de corpos fortes e magros. Não é incomum deparar-se com um grande contingente de pessoas insatisfeitas com a própria aparência (MARQUES; LEGAL; HOFELMANN, 2012).

A insatisfação com o próprio corpo tem sido frequentemente identificada como a diferença entre a percepção e o desejo por um tamanho e forma corporal socialmente aceitável. Esta insatisfação afeta a autoimagem e a autoestima, podendo gerar transtornos mentais (MARQUES; LEGAL; HOFELMANN, 2012).

Figura 14 – Autodesenho Copesquisadora 17. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 17 (2014).

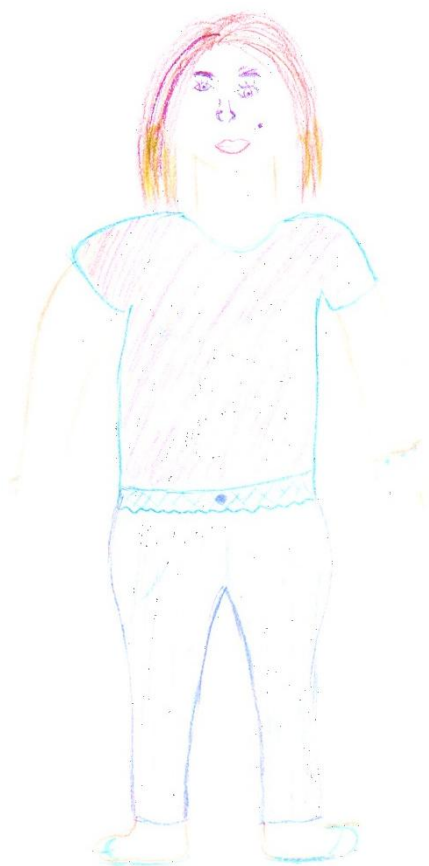
Eu me vejo, magra, porém não quis retratar como várias pessoas me viam. Quis retratar como me vejo com um padrão normal. Me vejo com cabeça desproporcional; olhos grandes; sobrancelha expressiva; considero que tenho sempre um sorriso no rosto, por menor que ele seja. Rosto redondo; cabelo por mais desarrumado, sempre arrumado (única coisa que realmente gosto em mim); nariz de batata quadrada; perna feiamente torta (Copesquisadora 17).

A copesquisadora 18, fez a autoanálise do desenho com o maior grau de baixa autoestima. Chamando a atenção para seu peso, possivelmente acima de padrões sociais pré-estabelecidos, em decorrência disto ela não conseguiria arrumar-se, considerando-se desleixada. Pode ser que o seu rosto também não seja de seu agrado, ao relatar uma assimetria entre elementos de sua face.

Essa insatisfação da participante com a sua imagem corporal, compreendida por um sentimento negativo que ela possui em relação ao seu peso e à sua forma corporal. Isto pode ser um fator prejudicial a sua saúde mental, colocando-a em uma situação vulneral ao desenvolvimentos de quadros como depressão, estados de ansiedade, bem como o controle de pessoa realizado de maneira errônea (CARVALHO et. al., 2013).

A autoanálise do desenho da participante, pode atrelar-se ao seu ingresso na vida universitária, o qual pode favorecer alterações no comportamento alimentar, e a exposição a um meio social novo, pode trazer a insatisfação corporal como uma consequência (CARVALHO et. al., 2013).

Figura 15 – Autodesenho Copesquisadora 18. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 18 (2014).

Me vejo acima do peso, as vezes meio desleixada com algumas roupas, sem me arrumar muito. Com um nariz em formato grande, os olhos não simétricos com as sobrancelhas, que são tortas (Copesquisadora 18).

4.2.2.3 Categoria - Sinceridade e autoestima elevada

Contrastando com a categoria anterior, os desenhos produzidos nesta, bem como a autoanálise expressaram a alegria com a vida e consigo mesmo. A copesquisadora 07 se auto desenhou e ao fundo vários elementos feitos em cores quentes e em sua face um sorriso.

A copesquisadora 07, possivelmente está feliz com sua imagem corporal, afinal, através dela, materializa-se a figuração do corpo humano formada no plano psíquico. Correspondendo ao modo pelo qual para o indivíduo o seu corpo se apresenta, bem como o experimente psicologicamente, constituindo-se em um importante e integrado fenômeno psicológico (SAUR; PASIAN, 2008).

Figura 16 – Autodesenho da Copesquisadora 07. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 07 (2014).

Uma pessoa alegre, alta, sorridente, serena e com os cabelos presos. No fundo uma paisagem tranquila e pacata (Copesquisadora 07).

A copesquisadora 08, tentou expressar aspectos que denotam a felicidade, bem como em sua autoanálise ela descreveu aspectos relacionados a sua personalidade. Faz-se necessário considerar que entre o corpo e o psiquismo há zonas de indiscernibilidade. A exemplo do estudo de Xavier (2014) os dados emergidos a partir da DCTM relevelaram em uma das participantes sentimentos de bem estar, segurança, otimismo. Havendo uma nítida transcendência no seu viver, expressos por aspectos correlacionados com a segurança e bem-viver.

Figura 17 – Autodesenho da Copesquisadora 08. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 08 (2014).

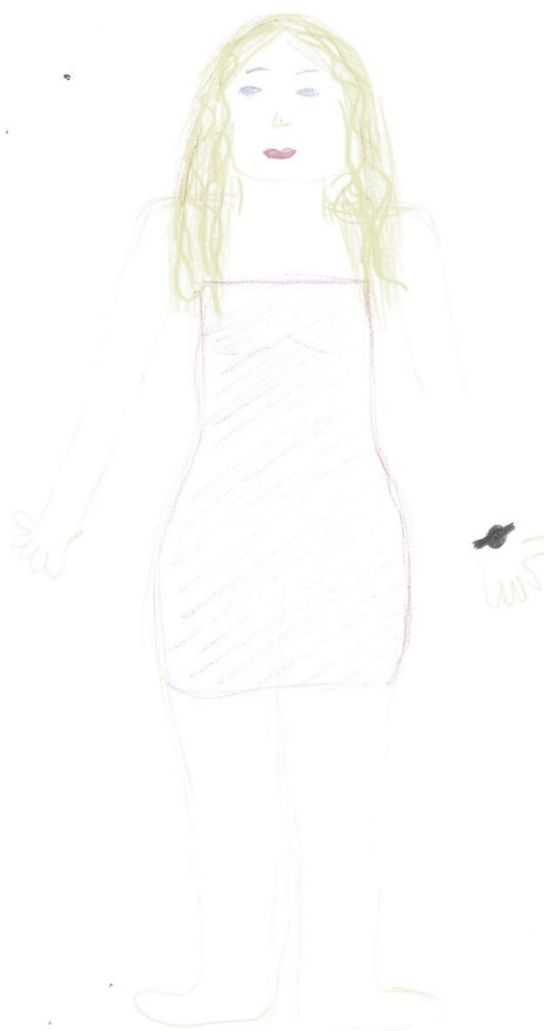
Uma pessoa amiga, tímida, organizada. Tranquila e as vezes indecisa (Copesquisadora 08).

A copesquisadora 19, descreve estar acima do peso socialmente esperado. No entanto, diz que gosta de como ela é. Em seu auto desenho, assim como descrito por ela, verifica-se sua vaidade através da cor de seus cabelos, de seu e etc. Atualmente, as sociedades tem sido caracterizadas por uma cultura que tem os corpos como fonte de identidade. Inclusive, através das diferentes mídias, veiculam-se propagandas com a imagem de corpos idealizados, fazendo

com que diferentes sujeitos busquem por uma dita “imagem perfeita”, o que acarretaria no distanciamento do seu corpo real (MARTINS; NUNES; NORONHA, 2008).

Alguns jovens, acreditam que para serem aceitos socialmente, seria preciso que sua imagem corporal estivesse de acordo com os padrões pré-estabelecidos, os quais comumente geram frustrações, podendo inclusive acarretar alterações na percepção da imagem corporal. O ideal socialmente constituído de corpo feminino seria o esguio, como o de modelos e atrizes, que diga-se de passagem estão cada vez mais magras (MARTINS; NUNES; NORONHA, 2008).

Figura 18 – Autodesenho da Copesquisadora 19. Rio de Janeiro, 2014.

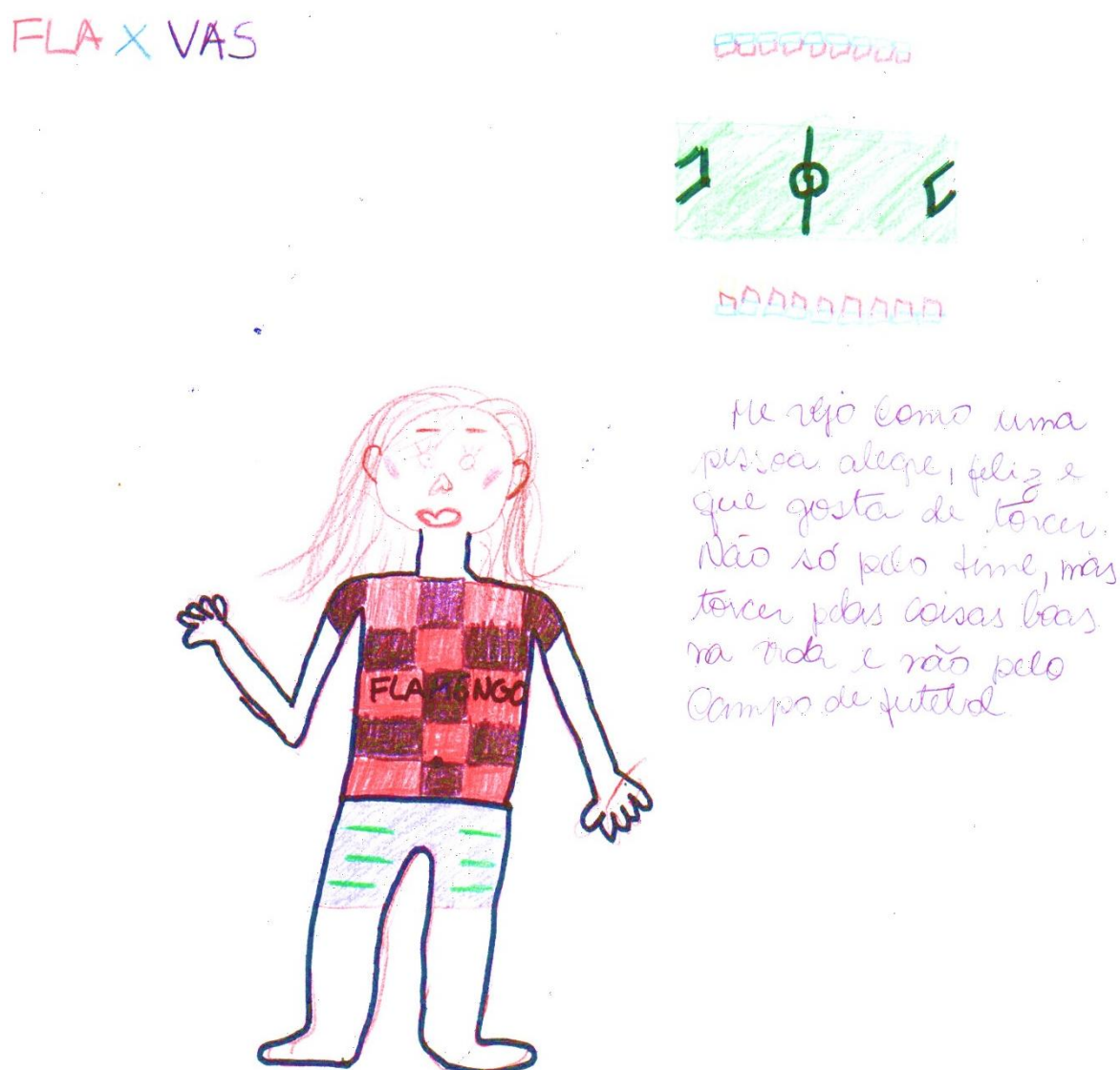


Fonte: Copesquisadora 19 (2014).

Como eu me vejo: Me vejo com o cabelo meio loiro meio laranja e cheio. Me vejo acima do peso, mais gosto do meu tipo de corpo. Meu nariz é muito fino e sou muito vaidosa (Copesquisadora 19).

A copesquisadora 20, expressou sua felicidade através do desenho de uma camisa com as cores de seu time de futebol. Isto denotaria o afeto atribuído pela participante ao seu time de predileção. De acordo com Goldenberg (2011) o corpo na cultura brasileira é uma importante forma de capital físico, simbólico e social. Para ele no Rio de Janeiro especificamente simboliza um determinado espírito brasileiro, associado à praia, ao sol, ao calor, à informalidade, ao corpo, à sexualidade, e principalmente a predileção por times de futebol. A copesquisadora 20 através de seu autodesenho atribuiu seu “conflitos” ao que lhe catalisa afeto.

Figura 19 – Autodesenho da Copesquisadora 20. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 20 (2014).

Me vejo como uma pessoa alegre, feliz e que gosta de torcer. Não só pelo time, mas torcer pelas coisas boas na vida e não pelo campo de futebol (Copesquisadora 20).

A copesquisadora 22, a exemplo de outros copesquisadores destacou sua felicidade atrelada a natureza ao seu redor. O autorretrato da participante revela o estado de prazer expresso em seu sorriso. No estudo de Jesus e Santos (2014) destacou-se o sorriso expresso na face dos participantes de seu estudo. Possivelmente atrelado a autoestima, tão importante para o indivíduo gostar-se e respeitar-se, ver-se crescer e investir em si próprio.

Figura 20 – Autodesenho da Copesquisadora 22. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 22 (2014).

Eu me vejo, nesse desenho, num lugar alegre, colorido, em paz. Gosto muito de usar vestido e ter contato com a natureza (Copesquisadora 22)..

4.2.2.4 Categoria - Insatisfeita com seu corpo

Esta categoria materializou a insatisfação pessoal de integrantes do GP com aspectos relacionados a seu corpo e a sua imagem corporal. A copesquisadora 10 relata suas tentativas de emagrecimento. Ela fala de maneira pejorativa de seus cabelos, possivelmente isto correlacione-se à insatisfação que já possui.

O relato da copesquisadora, pode acorar-se em aspectos relacionados à imagem corporal socialmente esperada, a qual correlaciona-se com o peso corporal. Ao afirmar que sempre busca por maneira de emagrecer, a copesquisadora, a exemplo de outras pessoas, pode ter sido induzida a dietas inadequadas. Almeida (2004) afirma este descontentamento com a imagem corporal é reconhecido como um sério problema de saúde que aflinge milhões de pessoas mundo a fora, trazendo fortes impactos emocionais aos sujeitos.

As mulheres, se comparadas aos homens, revelam uma insatisfação considerável com o seus corpos e peso, isto, independeria da idade, no entanto, menos preocupante na velhice. O peso pode ter um papel menos importante na auto-estima à medida que a mulher envelhece, sendo substituído por outros aspectos ao longo da vida (ALMEIDA, 2004).

Estudos apontam que a insatisfação com o peso corporal constitui-se em um significativo preditor de diversos agravos à saúde de jovens e adultos, tais como desordens alimentares, jejuns prolongados, utilização de laxantes, comportmanetos bilímicos, alterações emocionais (DEL DUCA et. al, 2010).

Figura 21 – Autodesenho da Copesquisadora 10. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 10 (2014).

Assim me vejo: Sempre fora do peso, com rosto redondo, sempre arrumando uma forma de emagrecer, como na foto, fazendo ginástica na praia, sempre com o cabelo bagunçado e sem graça (Copesquisadora 10)

A copesquisadora 26, fez projeções muito sensíveis sobre as mudanças que seu corpo passará, no entanto, ela destaca um aspecto que poderia ser considerada a sua essência, materializada através de seus princípios e ideais. A descrição da participante contrasta com os ideais midiáticos, possuidores de uma imagem idealizada do corpo eternamente jovem e atlético e livre de patologias. Verifica-se uma crescente tendência a fim de interferir nas marcas corporais, através de cosméticos e procedimentos corretivos e estéticos de cirurgias plásticas (CASTRO; BARROS JÚNIOR, 2012).

As mudanças corporais que a participante destaca em seu relato, seriam conseqüentes ao processo de envelhecimento. Isto é um fenômeno que atravessa todas as culturas e sociedades. É preciso um esforço coletivo para romper com a aparente homogeneidade que perpassa os discursos produzidos em torno do envelhecer. Neste sentido, este processo deveria ser compreendido como singular, permeando o curso de vida dos sujeitos. As marcas deixadas pelos anos de vida, conferem aos sujeitos uma história a contar (SOUZA, 2012).

Figura 22 – Autodesenho da Copesquisadora 26. Rio de Janeiro, 2014.

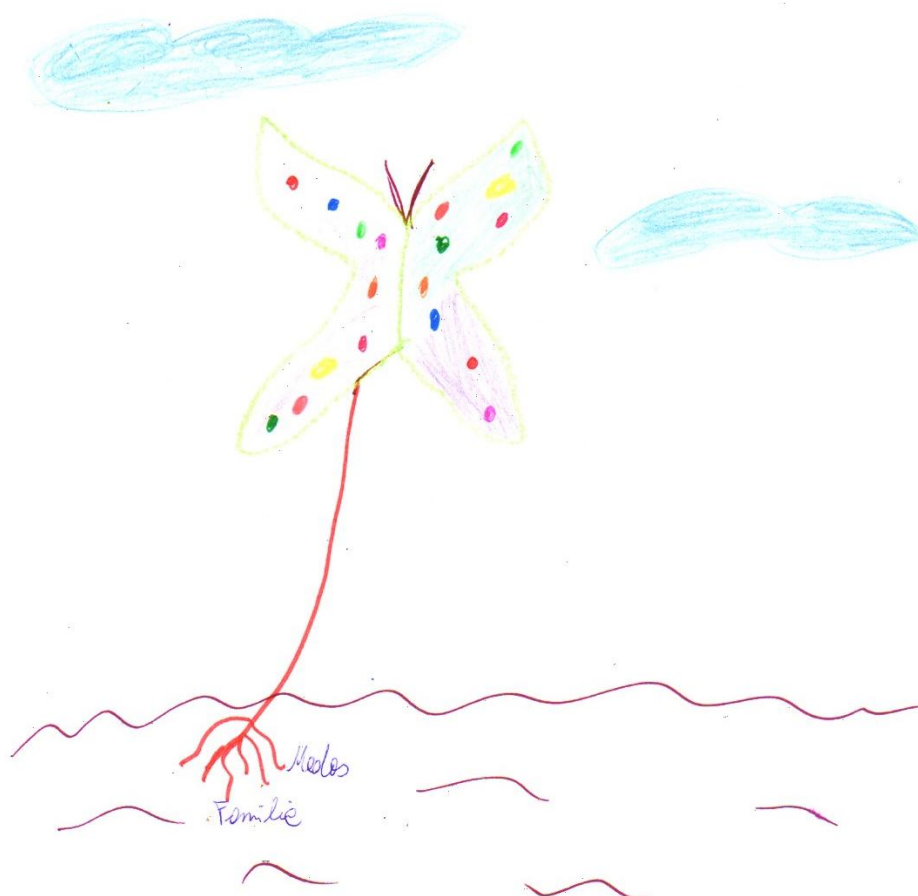


Fonte: Copesquisadora 26 (2014).

Preferi esboçar meu corpo, por estar sempre em transformação e como todo esboço é permitido modifica-lo de acordo com as necessidades e com o tempo. Acredito que algumas ideias e princípios permanecerão com o tempo, assim como meu gosto por um batom vibrante, céu azul e campo. De resto o cabelo vai mudar, o corpo vai mudar, o corpo vai mudar, as roupas que hoje visto também, por baixo de tudo isso ainda há muita emoção, ideias e pensamentos mirabolantes (Copesquisadora 26).

Ao expressar a si como uma borboleta, a copesquisadora 28, ela revela as mudanças que almeja para sua vida, como também expressa o medo que regula sua família. Ao mimetizar-se a copesquisadora ressignifica sua identidade, buscar por sua liberdade, conseqüentemente, isto, implicaria em mudanças psíquicas as quais reverberam em sua inserção social, política e cultural. Na passagem da adolescência para a vida adulta, estágio em que encontravam-se muitos participantes do GP, há um desprendimento do já vivido e o acesso àquilo que se deseja, mas também desconhecido e temido (MACEDO, 2009).

Figura 23 – Autodesenho da Copesquisadora 28. Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Copesquisadora 28 (2014).

Eu me vejo como uma borboleta, tento ser sempre livre, tento ser livre em minhas ideias, despido de preconceitos. Sou sempre uma pessoa alegre, tento viver e vida como uma borboleta sabendo que a vida é curta e que modo é eterno, mais ainda me vendo em questões que regulam como medos e família (Copesquisadora 28).

Através das categorias acima foi possível compreender os sentimentos atribuídos aos participantes do GP ao seus corpos como território mínimo. Percebeu-se através das análises dos desenhos e das suas respectivas descrições que as pressões sociais e imposições estéticas interferem prioritariamente de maneira negativa no grupo pesquisado. Tais aspectos foram vislumbrados através das distorções na imagem corporal de alguns participantes.

Para outros, a DCTM possibilitou expressar o potencial libertador que o corpo emana, sendo fonte essencial para a criatividade e liberdade. Os participantes também destacaram a integração entre o corpo e o ecossistema, numa relação de retroalimentação com algo maior que possibilita a sublimação.

4.3 Análise das ações de enfermagem frente às concepções do *Tidal Model* e sua vinculação com a sociopoética.

Nesta etapa da pesquisa, com intuito de atender as normas que legitimam a construção e utilização de Instrumentos de Produção de Dados no âmbito da pesquisa, na Pós-Graduação, foram propostos dois instrumentos, denominados de Instrumento de Produção de Dados 1 (IPD-1) e Instrumento de Produção de Dados 2 (IPD-2) (ver apêndices F e G).

O IPD-1 foi destinado a identificar as características individuais e profissionais dos membros do júri de validação referente à saúde mental de pessoas com sofrimento psíquico, e também avaliar o conteúdo das questões componentes deste IPD, fundamentadas no *Tidal Model*, quanto à coerência, adequação, aplicabilidade, e /ou não.

O IPD-2 teve a finalidade de possibilitar a avaliação dos participantes do júri, a fim de verificar a pertinência da aplicação do *Tidal Model* à realidade brasileira do cuidar em enfermagem às pessoas com sofrimento psíquico.

Destaca-se, que ao serem elaboradas as questões fundamentadas nos pressupostos e compromissos do criador desse modelo, foram, também, considerados os princípios filosóficos de cuidar da perspectiva estética e sociopoética.

Foi uma tarefa árdua conseguir a participação dos juízes/profissionais avaliadores, pois do total de 80 e-mails enviados, apenas 14 pessoas aceitaram participar da pesquisa. Isso pode ser decorrente da cultura brasileira, que carece de participação em pesquisas, ou

possivelmente por acharem complexos os instrumentos de pesquisa, inclusive, por se tratar de uma Teoria desconhecida no Brasil.

Os resultados apontam, que em relação às características individuais dos juízes observa-se a maioria do sexo feminino 08 (57%), de etnia autodeclarada branca 09 (64%); apenas um participante situa-se na faixa de 32 a 41 anos, enquanto um outro declarou estar com mais de 58 anos. Referente ao estado de união, metade deles são solteiros-07 (50%). Há uma diversidade de crenças religiosas, sendo o catolicismo predominante 05 (31%).

Concernente ao perfil profissional verificou-se, que todos são pós-graduados, predominando 06 (42%) indivíduos que realizaram mestrado, enquanto apenas 02(14%) têm pós-doutorado. Constatou-se que a maioria 08 (57%) dos juízes tem vínculo empregatício em instituição pública e que 05 (36) trabalham em regime de dedicação exclusiva. Essa última frequência absoluta e percentual é equivalente aos que trabalham em ambas modalidades de instituições (pública e privada). Na função profissional predomina 05 (36%) participantes na área de assistência, enquanto 05 (41%) atuam na área de ensino; e 03 (25%) não atuam nesta área, conforme se observa na tabela 9.

Tabela 9 - Características individuais e profissionais dos avaliadores dos IPDs. Rio de Janeiro, 2014. (N=14).

Características individuais				Características profissionais			
		<i>F</i>	%			<i>F</i>	%
Sexo	Masculino	06	43	Nível acadêmico	Especialista	03	22
	Feminino	08	57		Mestre	06	42
Etnia autodeclarada	Branca	09	64		Doutor	03	22
	Parda	04	29		Pós-Doutor	02	14
	Negra	01	07	Vínculo empregatício	Um	04	29
Faixa etária	26 a 31 anos	04	29		Dois	03	21
	32 a 41 anos	01	07	Dois ou mais	02	14	
	42 a 51 anos	04	28	Dedicação exclusiva	05	36	
	52 a 57 anos	04	28	Natureza da instituição	Pública	08	57
	Acima de 58 anos	01	07		Privada	01	07
Estado de união / União consensual	Relação estável	03	21		Ambas	05	36
	Solteiro	07	50	Funções	Assistencial	05	46
Casado	04	29	Gerencial		03	27	
Crença religiosa	Catolicismo	05	31		Pesquisa	03	27
	Protestante	01	06	Atuação no ensino	Graduação	02	17
	Espírita / Kardecista	02	13		Lato-senso	05	41
	Sem religião	02	13	Stricto-senso	02	17	
	Não possui	06	37	Não atuam	03	25	

Fonte: O autor

Esses dados indicam a necessidade de maior qualificação destes profissionais, visto que em sua maioria, desenvolvem atividades acadêmicas/docentes, além das assistenciais. Quanto ao vínculo empregatício, com dedicação exclusiva em mais de uma de uma universidade, é um fato alarmante considerando a carga horária excessiva para a qualidade do ensino desses professores que estão formando futuros docentes para o cuidar em enfermagem em saúde mental. Isso porque a maioria exerce suas funções em universidades públicas.

Quanto aos IPDs, estes foram compostos por dezenove questionamentos relacionados ao cuidado em saúde mental e amparados nos pressupostos do *Tidal Model*, listados no quadro 8.

Quadro 6 – Questionamentos avaliados nos IPDs, Rio de Janeiro, 2014 (continua).

Questões	Aspectos do cuidar avaliado
Questionamento 1	No cuidado de enfermagem destinado a pessoas em sofrimento psíquico, desenvolvo ações colaborativas com o cliente.
Questionamento 2	Nas situações de crise, me esforço junto com as pessoas para que elas entendam que são capazes de superá-la e crescer.
Questionamento 3	Busco entender a origem do sofrimento psíquico do cliente, escutando sensivelmente as histórias singulares que ele conta.
Questionamento 4	No cotidiano do cuidar em saúde mental, inspiro-me nos valores e conceitos sobre sofrimento psíquico evidenciados nos clientes a fim de ajudá-los a se perceberem a sua dignidade humana.
Questionamento 5	Cuido do cliente como todo ser humano merece ser tratado, respeitando a dignidade humana.
Questionamento 6	Promovo um contato bilateral (profissional e o cliente) nas diferentes situações do viver humano (saúde e/ou sofrimento psíquico).
Questionamento 7	No cuidar em saúde mental valorizo a fala, histórias pessoais, incluindo as expectativas e esperanças e não apenas o relato de sofrimento do cliente.
Questionamento 8	Ao registrar a fala das pessoas, respeito a sua linguagem natural, sem utilizar termos técnicos de psiquiatria.
Questionamento 9	Desenvolvo uma curiosidade natural pela experiência vivida pelo próprio cliente, sem realizar comparações.
Questionamento 10	Compreendo o que é singular e muito importante na experiência de vida relatada pelo sujeito.
Questionamento 11	Desenvolvo um cuidar em parceria, no qual o profissional e o cliente caminham juntos.
Questionamento 12	Na primeira abordagem ao cliente eu o convido para se cuidar.

Fonte: O autor

Quadro 6 – Questionamentos avaliados nos IPDs, Rio de Janeiro, 2014 (conclusão).

Questões	Aspectos do cuidar avaliado
Questionamento 13	Na relação interpessoal construtiva, profissional e clientes são “afetados” pela relação terapêutica, resultando em compreensão mútua.
Questionamento 14	Na relação com sujeito em sofrimento psíquico promovo situações onde eu possa aprender com o cliente.
Questionamento 15	No cuidado cotidiano auxilio o cliente em sua “viagem” de recuperação.
Questionamento 16	Se a pessoa necessita retomar o curso de sua vida, entendo que mudanças são necessárias, e procuro fazê-la compreender que o crescimento do ser é opcional.
Questionamento 17	Desenvolvo atividades a fim de que a pessoa deixe o mal estar em direção a sua viagem de recuperação via bem-estar.
Questionamento 18	Cuidando dos clientes procuro ser verdadeiro, estando abertos a trocas e a construção de planos de cuidados junto a eles.
Questionamento 19	Ao desenvolver minhas ações, considero o individuo, o seu meio social e os demais sujeitos que mantém contato direto com o cliente.

Fonte: O autor

No IPD-1, referente às ações de enfermagem em saúde mental, foi solicitado que os profissionais avaliadores assinalassem se o instrumento era coerente, adequado, exequível ou inexecuível, e se os mesmos poderiam explicar a sua concordância e/ou não com as ações de cuidar formuladas neste, de acordo com representação da tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição de frequência das respostas dos juízes as 19 questões formuladas em escala categórica. Rio de Janeiro, 2014.

Juizes	Inexecuível	Exequível	Adequado	Coerente
Juiz 1	0	0	1	18
Juiz 2	0	5	5	9
Juiz 3	1	7	1	10
Juiz 4	0	2	0	17
Juiz 5	2	3	10	4
Juiz 6	5	6	0	8
Juiz 7	8	2	2	7
Juiz 8	3	1	0	1
Juiz 9	0	0	0	1
Juiz 10	0	1	0	17
Juiz 11	3	2	0	0
Juiz 12	3	6	0	10
Juiz 13	1	9	6	3
Juiz 14	1	15	2	1
TOTAL	27	59	27	106

Fonte: O autor

Os juízes 1, 4 e 10 atribuíram, respectivamente, a opção coerente a 18, 17, e 17 dentre as 19 questões formuladas. A pontuação 10 para a opção coerência foi concedida por dois juízes, enquanto, somente nove e oito somente um dos juízes. O juiz 5 considerou dez questões de conteúdo adequado, enquanto os demais valores iguais ou menores que seis. O juiz 14 considerou quinze das dezenove questões exequíveis, enquanto o juiz 13 indicou nove. A partir desta pontuação a exequibilidade, foi pontuada em valor decrescente, tendo a maioria valores menores.

Espantosamente, com base na análise dos resultados considerando o método Delphi, conclui-se que possivelmente estes especialistas não possuem conhecimentos adequados para o cuidar de enfermagem considerando os preceitos do *Tidal Model*, estes embora desenvolvidos em outros países, são consonantes aos da RPB. Os resultados sugerem que a maioria dos participantes ainda se encontram ancorados as práticas tradicionais de cuidar em enfermagem.

Também é possível que não tenham sido fies, ao responder o instrumento, ou tenham respondido de maneira socialmente e moralmente esperada. Talvez, isto possa ser verificado em algumas das justificativas dos Juízes, descritas abaixo:

“O ser humano é uma experiência em aberto, por isso fazê-lo pensar sobre sua enfermidade deve ser uma prática cotidiana” (Juiz 2).

Essas justificativa do Juiz 2, faz-nos pensar que através do cuidado qualificado e humanizado as mudanças ocorreram nas últimas décadas na assistência em saúde mental/psiquiatria, estas, pautadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. O cuidado digno, tão enfatizado pelos participantes, corresponde ao que deveria ser a essência da profissão de enfermagem, dedicando-se ao conforto/bem estar de pessoas em sofrimento psíquico. Caracterizando-se por uma constante “construção, desconstrução e reconstrução” no cuidar, respeitando os desejos humanos e as singularidades (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013).

“É realizada por todos os profissionais da equipe a abordagem de forma humanizada, buscando compreender o momento apresentado de acordo com o transtorno” (Juiz 12).

A humanização do cuidar é uma demanda atual e crescente no contexto da saúde pública brasileira. Desde o ano de 2003 o MS através da Política Nacional de Humanização (PNH) envida esforços para garantir a institucionalização da humanização. O PNH vai de encontro as mudanças ocorridas nas ultimas décadas na assistência em saúde mental/psiquiatria, deixando de lado a psiquiatria reducionista com a progressiva diminuição

de instituições asilares e como consequência, o aumento dos serviços de base territoriais, pautados pela humanização do cuidado favorecedoras de vínculos (OLIVEIRA et. al., 2015).

Resgatar da dignidade humana constitui uma tentativa de compreender a doença mental sob outro prisma, dando ênfase à pessoa, sua vida e seu contexto social. Abdicando das práticas de outrora, desumanas, por formas de cuidar que valorizem as subjetivações do indivíduo, suas múltiplas relações. O cuidar pautado humanização exige disponibilidade para ouvir, acolher, dar atenção, enfim, relacionar-se com encantamento e paixão (OLIVEIRA et. al., 2015).

Releva-se que o cuidado humanizado compreende as situações de crises vivenciadas pelos clientes em sofrimento psíquico; juntos (profissional e cliente) desenvolvem ações colaborativas destinadas ao enfrentamento dos problemas verbalizados e identificados. Em poucas situações de crise observa-se a desatenção de aspectos do cuidar, pois nem sempre durante estas, o cliente permite uma abordagem profissional, conforme recomenda Barbier.

Cabe destacar que ao longo da vida humana passamos por momentos de desequilíbrio e conflitos, ou seja, situações que podem ser denominadas de crise. Esses fatores biopsicossociais podem relacionar-se a fatores estressores e aos recursos pessoais do sujeito para lidar com essas situações. As diferentes etapas do ciclo de vida, compreendidas por exemplo pela passagem da infância para a adolescência, rompimento de relacionamentos afetivos e amorosos, bem como a perda de status sociais em decorrência do desemprego, podem levar o sujeito à crise (CARVALHO; COSTA, 2008).

“O modelo brasileiro de cuidados colaborativos através do processo de trabalho de matriciamento é oportuno para a enfermagem, uma vez que a mesma pode contribuir muito no trabalho em equipe bem no cuidado ao cliente. Quanto a ações colaborativas que impactam sobre o cliente como as relações e interações interpessoais e as que impactam sobre o profissional são relevantes quando se pretende centrar o cuidado na pessoa, considerando a singularidades, as experiências pessoais, os significados, sentimentos e crenças” (Juíz 10).

O contato, a parceria profissional/cliente, durante a crise favorece uma escuta acolhedora pautada na empatia e acolhimento. Assim, o escutar sensivelmente favorece a elevação da autoestima tendo como consequência a duplicidade de maior esforço para a avaliação e superação da situação de crise. O que resulta na viabilidade e desenvolvimento de ações afim de conquistar a confiança e vínculo entre ambos (SANTOS; RIBEIRO; BRANDÃO, et.al., 2014).

Há também a necessidade de desenvolver a escuta sensível teorizada por Barbier, que constitui uma tecnologia de cuidar, no entanto, há de se atentar para não banalizar aqueles clientes com os quais o profissional já se familiarizou. Pois, tal fato, pode diminuir o processo

de escuta. De acordo com Correia et. al. (2009) ao focar a escuta sensível o profissional de enfermagem coloca-se disponível para conhecer a pessoa em sua singularidade e a aceitando surpreender-se pelo desconhecido. A escuta sensível é uma maneira de escutar/ver que ancora-se na empatia, possibilitando no profissional a sensibilidade referente ao universo afetivo, imaginário e cognitivo do sujeito sob seus cuidados, buscando nesta relação a compreensão de seus mitos, símbolos e de seu imaginário.

Para o desenvolvimento da escuta sensível é necessária uma relação de confiança mútua, na qual até os momentos de silêncio devem ser compreendidos como um desabafo do cliente. Constitui-se em um cuidar libertador, numa tecnologia que privilegia o ver/escutar, através de uma profunda empatia que considera aspectos holísticos, utilizando sentidos corporais como instrumentos de trabalho (CORREIA et. al., 2009).

Conforme salienta Barker (2005), é importante escutar as queixas da pessoa para compreender os motivos que desencadearam sua crise, questioná-la sobre seus sentimentos, se antes já passou por algo semelhante é uma condição primordial para o cuidar em saúde mental. Haja vista que, através do diálogo é possível fazer analogias com situações já vividas. O profissional de saúde necessita de uma pré-disposição interna para através da escuta entender o cliente. Então, escutar sensivelmente é preciso, apesar de a origem do sofrimento nem sempre ser descoberta. Além disso, nem sempre o profissional busca entendê-la. Por isso, há que se acolher o ser humano, afim de juntar as peças do quebra cabeça que compõe a história de vida deste.

Corroborando sobre isto, o estudo desenvolvido por Tavares, Cortez e Muniz (2014) descreveu a percepção da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico de Niterói sobre o cuidado ofertado a sujeitos em sofrimento psíquico, deste estudo surgiram 5 categorias, uma delas referente a necessidade do desenvolvimento de uma escuta sensível, que segundo os participantes favoreciam o vínculo terapêutico, bem como a fala dos sujeitos serviriam como uma denúncia de algo grave que poderia intensificar a sua angústia e o seu sofrimento

As justificativas também expressam, talvez, um não comprometimento dos juízes, como pode ser visto a seguir:

“O tratamento/cuidado ofertado, independente do transtorno psíquico, sempre foi ofertado sem discriminação, pode ser que em algumas situações ocorra uma certa discriminação, mas busco dar um tratamento digno a todos” (Juíz 7).

Favorecer a criação de vínculos, através da conquista da confiança necessárias ao processo terapêutico. No cuidar em saúde mental conforme salienta Barker, o profissional deve colocar-se no lugar de aprendiz, cada cliente, conforme descrito a seguir:

Ninguém é capaz de conhecer a real experiência de um indivíduo. Os profissionais frequentemente acham que sabem muito mais sobre uma pessoa do que ela própria. Barker questiona - como se pode saber mais sobre uma pessoa, que pouco se conhece, do que o próprio indivíduo que conhece a si próprio. Leva-se tempo para perceber que as pessoas jamais serão capazes de conhecer o outro em plenitude [...] O profissional e o cliente estão unidos como membros de um corpo de ballet. Isso significa que nos encontros genuínos eles devem se cuidar juntos e não o cuidar unipessoal”(SANTOS et. al., 2014, p. 767-9).

Corroborando sobre a importância do contato bilateral, no estudo realizado por Oliveira, Silva e Silva (2009) constatou-se através dos relatos dos participantes que os primeiros contatos são importantes para a formação de vínculos de confiança para com o profissional e com o serviço de saúde mental. De modo a promover o acolhimento, a escuta comprometida, interações afetivas, inclusive com os familiares dos clientes.

“Na maioria das vezes eu não convido o cliente para se cuidar. Durante o processo do cuidado, as vezes fazemos algumas orientações, mas na maioria das vezes não. Fazemos algumas reflexões para que o paciente cuide melhor de sua saúde (Juíz 7)”.

Nas novas modalidades assistenciais criadas com o advento da reforma psiquiátrica, o relevante é o sujeito e suas singularidades e não a doença. É através da presença e do envolvimento com o sujeito adoecido psiquicamente, que se favorece a formação dos vínculos. Através de reflexões tecidas sobre a prática cotidiana em serviços de saúde mental, um profissional implicado no processo de cuidar, cultiva relações baseadas nas trocas de experiências e de vínculos afetivos. Torna-se qualitativo, quando o cuidar envolve a capacidade de sensibilizar-se e de partilhar do sofrimento (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

“Escutar a queixa do paciente facilita na compreensão do quadro e momento da crise apresentada” (Juíz 3).

Analisando os trechos foi possível verificar alguns aspectos importantes, merecedores de destaque, a valorização da escuta; as múltiplas formas de expressão dos clientes; a necessidade de valorização da opinião dos clientes na elaboração do projeto terapêutico; e a valorização da singularidade. No que tange à valorização da escuta da fala dos clientes, um estudo antigo, porém, relevante, no qual diferentes artigos foram sintetizados, destacou-se a essência da escuta terapêutica para o cuidado em enfermagem (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

“Sim. O entendimento e compreensão da situação vivida e o aporte nas suas potencialidades fazem parte de um trabalho voltado para a pessoa e não para a patologia” (Juíz 10).

“Entendo essas ações como sendo estímulos, o que acho muito pertinente” (Juíz 5).

“A assistência é prestada de acordo com o momento de crise e sensopercepção do paciente” (Juíz 3).

Alguns modelos, oriundos de outras áreas do conhecimento puderam auxiliar e instrumentalizar as ações de enfermagem, com destaque para dois. O primeiro, denominado modelo psicodinâmico, proposto por Sigmund Freud, no século XIX, a escuta como instrumento terapêutico passou a ser utilizada. Através dela, eventos traumáticos e outros comportamentos indesejados, passaram a ser tratados, fundamentados por intervenções profissionais(SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

O segundo modelo, desenvolvido por Carl Rogers, conhecido por modelo centrado na pessoa, um outro sentido foi dado para a escuta dos clientes. Nele, o profissional potencializou determinados aspetos para que o cliente conseguisse compreender-se e poder evoluir nesta compreensão (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

Na área da enfermagem em saúde mental, a teoria de Joyce Travelbee também valorizou a comunicação, tendo inclusive Barker balizado sua teoria nas concepções dela. Travelbee destacou a comunicação como um processo através do qual o enfermeiro estabelece uma relação pessoa para pessoa, para auxiliar famílias e indivíduos no enfrentamento do sofrimento psíquico e alcançar a recuperação (HOBBLE et. al., 2004).

“O cliente portador de transtorno mental é um indivíduo como o cliente de qualquer outra unidade hospitalar” (Juíz 5).

“Não faço distinção de pessoas quando cuido. Todas merecem meu respeito e atenção” (Juíz 4).

Na busca pela consolidação de um cuidado em saúde mental baseado em pressupostos da Reforma Psiquiátrica, mudanças vem ocorrendo no cotidiano dos trabalhadores e suas equipes. Esses pressupostos implicam em uma nova maneira de estar e de atuar junto aos sujeitos em sofrimento psíquico, sua família e comunidade (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

As mudanças que vem ocorrendo no campo da saúde mental, têm contribuído para a transformação de práticas e exigindo dos profissionais um maior comprometimento com uma nova maneira de lidar, considerando os saberes de todos envolvidos no sistema de saúde, mediante ações dialógicas junto aos diferentes atores, que favoreçam enfrentamentos de problemas de saúde e melhorias nas condições de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico (DIDONET; FONTANA, 2011).

“Não coloco em discussão a dignidade humana” (Juíz 7).

Verificou-se a necessidade de acolher para cuidar, acolher é “estar com”, “estar perto de”, em síntese é uma forma de acolhimento segundo o MS. Acolher é uma diretriz ética/estética. Ética ao refletir o compromisso relacionado ao outro, em seu colhimento considerando as diversidades, ou seja, suas diferenças, suas dores suas cores, suas alegrias, seus modos de viver e sentir a vida. Quanto à estética, é porque correlaciona-se ao cotidiano e ao encontro diário, que dignificam a vida, contribuindo para a constituição da dimensão humana existente em cada um de nós (BRASIL, 2010).

Os processos de produção de saúde compreendem preferencialmente um ato coletivo e cooperativo, no qual enfermeiros (profissionais de saúde) e clientes convergem numa rede de relações pautadas pela dialogicidade constante.

Durante muitos anos o campo da psiquiatria foi marcado pela forte exclusão e expropriação dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Os modelos de outrora contribuíam para a cronificação, asilamento, positivismo biomédico, a não reinserção social, violação de direitos humanos e de cidadania (JORGE et. al., 2011). Através das respostas que emergiram verifica-se que o cuidar com é muito mais significativo do que o cuidar por.

Já no IPD-2, os mesmos profissionais avaliadores registraram as respostas das questões formuladas anteriormente a aplicabilidade do protocolo junto aos clientes em sofrimento psíquico, porém, as respostas pontuadas na escala de *Likert*. Enfatiza-se o cuidar do cliente em sofrimento psíquico aplicando o *Tidal Model* e exemplificaram e ou justificaram cada ação de cuidado.

Tabela 11 - Distribuição de frequência das respostas dos juízes as 19 questões formuladas em escala de likert (continua).

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Juízes	0	1	2	3	4
Juíz 1	0	0	0	1	18
Juíz 2	0	0	5	5	9
Juíz 3	0	1	7	1	10
Juíz 4	0	0	2	0	17
Juíz 5	0	2	3	10	4
Juíz 6	0	5	6	0	8
Juíz 7	0	8	2	2	7
Juíz 8	0	3	1	0	1
Juíz 9	0	0	0	0	1
Juíz 10	0	0	1	0	17
Juíz 11	0	3	2	0	0

Fonte: IPD-2 (2014)

Tabela 11 - Distribuição de frequência das respostas dos juízes as 19 questões formuladas em escala de likert (conclusão).

Juiz 12	0	3	6	0	10
Juiz 13	0	1	9	6	3
Juiz 14	0	1	15	2	1
TOTAL	0	27	59	27	106

Fonte: IPD-2 (2014)

O juiz 1, assinala que desenvolve sempre a sua prática de cuidar, somente uma ele pratica muitas das vezes, enquanto o juízes 4 e o 10 praticam sempre de dezessete ações das dezenove propostas. Os juízes 13 e 12, nas duas etapas de avaliação consideram as ações coerentes e as praticam sempre. Analisando estatisticamente com o aporte da metodologia Delphi, verifica-se a exemplo do ocorrido com o IPD-1, os juízes ainda estão seguindo o modelo tradicional de assistência em saúde mental.

Isto, pode ser verificado através de algumas das justificativas dadas no IPD-2 pelos Juízes a seguir:

“Faz parte do cotidiano do cuidado / atendimento. Sem uma escuta fica difícil entender, apesar de alguns pacientes “nós conhecemos” essa escuta fica minimizada, diminuída, profundo preconceito, mas acontece” (Juiz 7).

A busca pela autonomia também figurou na análise das subcategorias. Algo complexo de ser pensado e trabalhado, uma vez que historicamente os sujeitos em sofrimento psíquico foram destituídos de todas as possibilidades do exercício da mesma. “Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir em direção a esta deliberação, considerando os valores morais do contexto no qual está inserido” (ALMEIDA, 2010, p. 383).

“Escutar sensivelmente as histórias sim, mas a origem do sofrimento por vezes não é descoberta nem pelo paciente, logo, não busco entendê-la” (Juiz 4).

Reforça-se a ideia de que só se cuida em parceria. Para que o cuidado aconteça, uma ação bilateral faz-se necessária. Se cuida com, e não se cuida por. É no cotidiano que as relações desenvolvem-se e os aprendizados se dão. Profissional e clientes juntos aprendem. A exemplo do trabalho desenvolvido por Nise da Silveira, descrito por Mello (2014) os profissionais de saúde mental representam na vida dos clientes com transtornos mentais, alguém que ao seu lado serve de apoio e sobre qual o sujeito faz um investimento afetivo, funcionando como uma espécie de catalizador.

O cuidado é influenciado por diferentes fatores, tais como os religiosos, culturais, de gênero, políticos, dentre outros. O profissional de enfermagem, assim como Waldow (2010)

ênfatiçou, devem crer que o cuidado é uma ação transformadora. Neste contexto, também ocorre o aprendizado da profissão de enfermagem, onde, o aluno de graduação é apresentado à complexidade do campo de trabalho da saúde mental e de todas as suas vicissitudes (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004).

O cuidado unilateral é tecnicista e hegemônico, produtor de tutela. Já o cuidado bilateral, é construído, extrapolando o caráter instrumental, ele coloca o sujeito em foco, tornando-o ativo. Em síntese, significa realizar um cuidado de enfermagem a partir da clínica do sujeito, responsabilizando-o, convidando-o a ocupar uma posição diferente e mais proativa (ALMEIDA et. al., 2014).

“É difícil não fazer comparações, falo de questões de dignidade, mas esse incentivo, geralmente não faço” (Juiz 7).

Pessoas em sofrimento psíquico podem ou não, encontra-se clinicamente impedidos de consentir soberanamente, em função de seu distúrbio afetar ou impedir sua cognição (ALMEIDA, 2010). Há de se considerar ao cuidar de pessoas, não as tutelá-las, a busca pela autonomia precede do respeito as escolhas do outro.

Conclui-se que nestas duas avaliações de conteúdo e estatísticas, que os especialistas apenas idealizam o processo de cuidar de enfermagem, no entanto ainda estão vinculado ao modelo biomédico. Cabe destacar que resultados semelhantes a estes foram encontrados no estudo desenvolvido por Silva (2011) durante seu curso de mestrado, em que com o aporte teórico metodológico da teoria das representações sociais, aplicando uma técnica de substituição foi possível evidenciar um distanciamento do discurso dos participantes e das ações por eles desenvolvidas, revelando que mesmo com todo processo de RPB não foi possível mudar o imaginário e a representação social dos profissionais de saúde mental.

Nas duas avaliações o coeficiente de Kendall (K) apresentou valor de 0,094, o que mostra ainda uma concordância insipiente entre os especialistas. Inclusive esta estatística é significativa, pois o p_{valor} é praticamente nulo. Ou seja, comprova-se a hipótese nula deste estudo: Inexiste associação significativa, entre os membros do júri da validação, sobre a concordância referente à coerência, adequação e exequibilidade de uma tecnologia/protocolo de enfermagem centrado do Tidal Modul e princípios filosóficos da Sociopoética à ser aplicado visando o bem-estar dos clientes com sofrimento psíquico e a autonomia e bem-estar dos profissionais que os atendem.

CONCLUSÃO

Este trabalho é pioneiro, inédito e relevante para a área de enfermagem em saúde mental e, também para as demais áreas desta profissão reconhecida como a ciência do sensível. Trata-se da primeira tese de doutorado produzida e defendida no Brasil, utilizando os preceitos do *Tidal Model*, e vinculando-o a filosofia e teoria Sociopoética, principalmente, considerando a aplicação do cuidar em enfermagem, mediante o paradigma da perspectiva estética e sociopoética. Através da correlação destes referenciais teóricos metodológicos, conseguiu-se realizar oficinas sociopoéticas com alunos de graduação e elaborar um protocolo de cuidar em enfermagem junto com as pessoas em sofrimento psíquico, que caracteriza a perspectiva estética e sociopoética do educar, cuidar e pesquisar, avaliado por profissionais e pesquisadores de enfermagem em saúde mental. Fatos que demonstram o alcance do objetivo geral dessa tese.

Os quatro objetivos específicos também foram alcançados, iniciando-se suas descrições a partir do primeiro, referente à compreensão do imaginário dos alunos de graduação acerca de pessoas com sofrimento psíquico. Os dados produzidos pelo grupo pesquisador (GP), dispositivo analítico da sociopoética, evidenciaram um imaginário ancorado em aspectos ligados ao senso comum, haja vista, as categorias temáticas delineadas através da técnica vivência de lugares geomíticos: Múltiplas direções na vida; Difícil acesso na sua solidão; Metamorfose deambulante; Aridêz em vida.

Tal imaginário, pode justificar-se pela ausência de conhecimentos teóricos, que ainda seriam ministrados na Disciplina de Psiquiatria e Saúde mental, visto, na época da produção de dados, propositalmente selecionarmos uma turma com alunos que ainda iniciariam esta disciplina, bem como, sem contato com indivíduos na situação de sofrimento psíquico. Tais medidas foram necessárias para conseguirmos compreender o imaginário desse GP, inclusive porque esses discentes ainda não frequentavam o estágio curricular em instituições de saúde, além do total desconhecimento das teorias e filosofia citadas.

Ao atender a mais um dos objetivos desta tese, desenvolvendo um curso (percurso) sobre o *Tidal Model* para incentivar a participação dos estudantes de graduação em enfermagem, inscritos na disciplina referida, no contexto de oficinas sociopoéticas, visando aquisição de conhecimentos inexistentes no conteúdo desta e facilitar o entendimento sobre a filosofia e teoria Sociopoética.

Neste tipo de curso, correspondente a um convite, estimulando a participação nas oficinas sociopoéticas, foram ministrados conhecimentos básicos sobre saúde mental, bem como ao *Tidal Model*, destacando seus pressupostos, suas fases, inclusive instigando aos alunos que pensassem na possibilidade de aplicá-los ao ensino clínico contemplado na ementa da disciplina e posterior prática no campo de estágio nos semestres seguintes.

Ainda durante o curso, através de recursos ofertados nas oficinas sociopoéticas, os recortes da autointerpretação do significado dos desenhos livres realizados durante a dinâmica do corpo como território mínimo mostraram que os graduandos de enfermagem têm uma perspectiva paradigmática ao cuidar de pessoas, considerando que desejavam ser cuidados, adotando um modelo de cuidar holístico, integral e humanista, apesar de alguns expressarem alguns sentimentos negativos relacionados à sua autoimagem.

Os graduandos evidenciaram alguns aspectos relacionados ao período da vida em que se encontravam, muitos oriundos de famílias com baixo poder aquisitivo e de regiões distantes da universidade onde estudavam. Houve um grande quantitativo de bolsistas ligados a projetos desenvolvidos no âmbito da instituição. Nessa dinâmica, foram delineadas quatro categorias: Energizada e repleta de coisas boas; Necessidade de transformações; Sinceridade e autoestima elevada; e Insatisfeita com seu próprio corpo.

Através desses resultados compreendeu-se como os alunos cuidavam-se, e como gostariam de ser cuidados; e o que precisavam aprender para se autocuidar. Após refletirem sobre o cuidado que gostariam para si, estimulamos que refletissem sobre a ideologia de como deveria ser atualmente o cuidado destinado aos clientes em sofrimento psíquico. Além disso, na tentativa de exercitar um pensamento crítico nos alunos, os questionamos sobre o que fariam para proporcionar conforto e bem-estar aos clientes que futuramente estariam sob seus cuidados.

Após conseguirmos compreender o imaginário e as ideologias dos alunos sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, concentramo-nos em esforços para alcançar aos demais objetivos propostos no estudo. Então, a fim de tentar adaptar a aplicação do *Tidal Model* à realidade brasileira, buscamos através de um júri composto por profissionais de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, bem como de pesquisadores desta área, construiu-se um protocolo/tecnologia baseado nos pressupostos de Barker, intercalados com os da perspectiva estética e sociopoética, justamente pelas similaridades nos princípios filosóficos que balizam essas abordagens.

Foi uma atividade difícil, primeiro pela dificuldade no aceite de participar da pesquisa, pois somente 14 avaliadores entre os convidados, concordaram em participar das etapas propostas pelo método Delphi. Tal método, por sua complexidade operacional, decorrente das rodadas de perguntas abertas, seguidas da análise das respostas, para construção posterior de um instrumento composto por 19 perguntas fechadas. As quais novamente foram respondidas em dois instrumentos de produção de dados.

Foi alcançado o quarto e último objetivo: validar o protocolo/tecnologia elaborado para aplicação de cuidados destinados ao cuidar, confortar e gerar bem-estar nos clientes junto com os profissionais de enfermagem com qualificação pertinente e atuação na área de saúde mental. Para tanto, foi necessário o tratamento estatístico dos dados produzidos, e recorremos aos serviços ofertados pela Empresa Junior de Estatística do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenado pela Profa. Dra. Regina Serrão Lanzillotti.

Os dados foram tratados em aplicativos matemáticos, sendo utilizadas fórmulas pouco conhecidas, para analisar os dados extraídos dos instrumentos de produção de dados. Infelizmente, os resultados foram preocupantes, pois, evidenciaram que os profissionais de saúde mental desconheciam e, portanto, pouco e ou não utilizavam os preceitos do *Tidal Model* e os princípios filosóficos da Sociopoética em suas práticas de cuidar em saúde mental. Destaca-se que muitos destes preceitos vão de encontro com os da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disto, a análise estatística também indicou que os profissionais avaliadores/juízes, possivelmente tenham respondido mecanicamente ou pensando na ideologia da enfermagem e, portanto, distanciados do que realmente realizavam em suas práticas profissionais.

Com base nestes dados, confirmou-se a hipótese nula desta tese: inexistência de associação significativa, entre os membros do júri, sobre a concordância referente à coerência, adequação e exequibilidade da tecnologia/protocolo de enfermagem amparado no *Tidal Model* e nos princípios filosóficos da Sociopoética. Essa pode ser considerada uma limitação do estudo e, ao mesmo tempo, uma forma coerente e corajosa de contribuir para o avanço do conhecimento específico de enfermagem disseminando novos saberes produzidos por recentes teorias de enfermagem, pouco conhecidas neste país. No caso do protocolo/tecnologia, em pesquisas futuras seria interessante ampliar o quantitativo de avaliadores, preferencialmente de outras localidades e realizar além do tratamento estatístico dos dados, uma análise qualitativa das respostas obtidas através de um software destinado à pesquisas científicas.

Espera-se que essa tese possa contribuir, principalmente, inspirando os docentes a ensinarem os preceitos, concepções e meta paradigmas do *Tidal Model*, aplicando-os nos campos teóricos e práticos, como um aporte à realização do processo de trabalho de enfermagem e a sistematização do atendimento das pessoas que buscam as instituições de saúde. Almeja-se também, que os preceitos da perspectiva estética sociopoética possam ser difundidos nestes cenários. Ainda, com o pensamento utópico, acreditamos que aos recentes pesquisadores, oferecemos uma contribuição significativa à enfermagem em saúde mental. Uma área que por tantos anos foi marginalizada, por ser tão carente de profissionais qualificados e dedicados a excelência da qualidade de vida de pessoas em sofrimento psíquico.

Conclui-se esta tese com a esperança na sua complementação e avanço da produção científica, em outros países, principalmente os da América Latina, a fim de sensibilizar outros pesquisadores a darem sequência nos aspectos nela abordados. Parafraseando Raul Seixas em sua música Prelúdio, sonho que se sonha só, é um sonho que se sonha só, mas sonho que sonha junto é realidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.M. Insatisfação com o peso corporal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 20, n. 6, p. 651-66, nov. 2004. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10091&path%5B%5D=9828>>. Acesso em: 13 set. 2015.
- ALMEIDA, A.N.S. et. al. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro. *R de Pesq: cuidado é fundamental Online*, v.6, n.1., mar. 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-213.php>> Acesso em: 14 set. 2015.
- ALMEIDA, HE.H.R. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Rev. Bioética*, v. 18, n. 2, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/571/543>. Acesso em 21 out. 2015.
- ALVES, A.C.S. *Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender*. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- AMARAL, A.L.M.; GENTINI, A. G. M. . Intervenção no Templo das Águas: a desconstrução e a recriação inventiva do corpo. In: ADAD, S.J.H.C. (Org.). *Corpografia: multiplicidades em fusão*. Fortaleza: Edições UFC, 2012, p. 154-169.
- AMARANTE, P. (Coord.). *Saúde Mental Políticas e Instituições. A construção do Paradigma Psiquiátrico e as Reformas*. Programa de Educação à Distância. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2003.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ANCP. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 2013. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=historia>>. Acesso em 01 fev. 2013.
- ARAUJO, S.M.M.; CAMARA, C.M.F.; XIMENES, V.M. Arte e saúde comunitária: contribuições para a compreensão do processo de desinstitucionalização. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 4, n. 2, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2015.

ARANTES, E.C.; STEFANELLI, M.C.; FUKUTA, I.M.K. Evolução histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUTA, I.M.K.; ARANTES, E.C. (org.). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri, SP: Manole, 2008, p. 16-26.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 339-345, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2015.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1998.

BOFF, L. *Saber Cuidar: A Ética do Humano - Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 2007.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1780-1785, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?scri>: Acesso em: 28 set. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Centros de Atenção Psicossocial - CAPS*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#>. 2013. Acesso em 01 mai. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 12 mai. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 10*, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf> Acesso em: 09 fev. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 21 jul. 2013.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2015.

BRANDAO, E.S. *O cuidar de enfermagem ao cliente com afecção cutânea: paradigma sociopoético*. 2002. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRANDAO, E.S.; SANTOS, I.; LANZILLOTTI, R.S. Validação de um instrumento para avaliação do cliente com afecções cutâneas. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 460-466, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL, *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 05 fev. 2013.

BROOKES, N. Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. In: ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona (Espanã): Elsevier Espanã, 2011, p. 673-706.

CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.13, n.3, jul-set; p. 477-84, 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20093/artigo%202.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2015.

CARRETTA, M.B.; BETTINELLI, L.A.; ERDMANN, A.L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 5, p. 958-962, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

CARVALHO, M.S. et al. O ensino de enfermagem psiquiátrica na Escola Ana Néri, na primeira metade do século XX. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 85-93, mar. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/23546/18949>>. Acesso em: 24 set. 2015.

CARVALHO, N.R.; COSTA, I.I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 153-164, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2015.

CARVALHO, P.H.B. et al. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 108-114, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2015.

CASTRO, S.F.F.; BARROS JÚNIOR, F.O. Desejo, rugas e cabelos brancos: corpo envelhecido moldando identidades assexuadas. In: ADAD, S.J.H.C. (Org.). *Corpografia: multiplicidades em fusão*. Fortaleza: Edições UFC, 2012, p. 264-278.

- CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social. Problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro-São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.
- COLLIÈRE, M. *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures, Portugal: LUSOCIÊNCIA, 2003.
- CORRÊA, L.A. et. al. Quality of life of patients with heart failure: a quantitative study.. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 8, p. 10, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2518>>. Acesso em: 12 out. 2015.
- COTTA, E.M.; CASTRO A.C.H.O.A.; BOTTI, N.C.L. Oficina Bem Viver: Construção de tecnologias e significados de educação em saúde na área da saúde mental . *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 6, p. 471-492, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38728>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CUNHA, A.P.; SILVA JUNIOR C.S.; SILVA, L.C.S. The performance of the social visiting nurse as a monitor of mental hygiene (1927-1942). *Rev. de pesq. cuidado é fundamental online*. v.5, n. 3, 318-327, 2013. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090969.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.
- DA CUNHA, A.P. et. al. The performance of the social visiting nurse as a monitor of mental hygiene. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 5, n. 3, p. 318-327, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2853>>. Acesso em: 21 set. 2015.
- DALMOLIN, B.M. *Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- DAMAS, K. C. A.; MUNARI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. - Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R1_cuidador.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.
- DEL DUCA, G.F.et. al. Insatisfação com o peso corporal e fatores associados em adolescentes. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 340-346, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2015.
- DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p.171-202.
- DELGADO, P. G. G. et. al. O crack: aspectos gerais da droga e abordagens terapêuticas no âmbito do SUS. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo - SP: Hucitec, 2010, p. 93-103.

DELGADO, P. G. G. et. al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 20, n. 4, p. 46-53, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2015.

DESVIAT, M. *Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1999.

DIAS, E.N. et. al. Teorias de enfermagem: Em que consistem? In: SILVA, J.V. (Org.). *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: látria, 2011, p. 23-30.

DIDONET, A.C.H.; FONTANA, R.T. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. *Rev. Rene*, v.12, n.1, p.41-8, jan/mar, 2011. Disponível em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/107/pdf>>. Acesso em 11 set. 2015.

DOWD, T. Katharine Kolcaba: La teoria del confort. In: ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. *Modelos y teorías em enfermeira*. Barcelona (Espanã): Elsevier Espanã, 2011, p. 706-721.

EAGLETON, T. *A ideologia da estética*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

ESPERIDIAO, E. et al. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. *Rev. bras. enferm.*, v. 66, n. spe, p. 171-176, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

ESPERIDIAO, E. et. al. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 171-176, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2015.

ESTÉVEZ, M.L.B.; GALLASTEGUI, J.J.A. Ele método delphi. Su implementación en una estrategia didáctica para la enseñanza de las demostraciones geométricas. *Rev. Iberoamericana de Educación.*, v.23, n.3, p. 1-10. fev. 2012. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/804Bravo.PDF>>. Acesso em: 21 out. 2015.

FARO, A.C.M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP.*, v.31, n.2, p. 259-73, 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

FLEURI, R.M. Prefácio. In: SANTOS, I. et. al. *Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. (Série atualizações em enfermagem, v. 3), São Paulo: Atheneu, 2005, s/p.

FORTE, D.N. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. In: SANTOS, S.S. (Org.) *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009, p. 223-32.

FOSTER, O.C.; JANSSENS, N.P. Dorothea. E. Orem. In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 90-120.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2011.

FUGANTI, L. Corpo em devir. *Sala Preta*, Brasil, v. 7, p. 67-76, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/salapreta/article/view/57321>>. Acesso em: 18 out. 2015.

FURUKAWA, C. Y.; HOWE, J.K. Virginia Henderson. In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.64-79.

GALLAS, A.K.C. Meu corpo não é do jeito que eu queria: a insatisfação com a imagem corporal entre jovens gays em teresina/PI. In: ADAD, S.J.H.C. (Org.). *Corpografia: multiplicidades em fusão*. Fortaleza: Edições UFC, 2012, p. 308-322.

GAUTHIER, J. ; SANTOS, I. Construindo a sócio-poética: pesquisando novos caminhos. *Rev. Enfer. UERJ*, v. 3, n.2, p. 175-183, 1995.

GAUTHIER, J. *O oco do vento. Metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais*. Curitiba, PR: CRV, 2012.

GAUTHIER, J. Princípios filosóficos da sociopoética. In: SANTOS, I. et. al. *Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. (Série atualizações em enfermagem, v. 3), São Paulo: Atheneu, 2005, s/p.

GAUTHIER, J. *Sociopoética. Encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais enfermagem e educação*. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1999.

GAUTHIER, J.; HIRATA, M. A enfermagem como educadora. In: SANTOS, I. et. al. *Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções*. (Série atualização em enfermagem, v. 1). São Paulo: Atheneu, 2002, p. 123-142.

GAUTHIER, J.; SANTOS, I. *A sócio-poética: fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa, vivências*. Rio de Janeiro: UERJ, DEPEXT, NAPE, 1996.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva, 2001.

GOLDENBERG, M. Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. *Contemporânea*, 9, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/contemporanea/article/view/2143>>. Acesso em: 12 Set. 2015.

GOLDIM, J.R. et. al. Aspectos éticos. In: DALACORTE, R.R. et. al. (org.) *Cuidados paliativos em geriatria e gerontologia*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012, p. 09-18.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48-55, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2013.

GONÇALVEZ, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem*; v.9, n.2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1551/1596>>. Acesso 11 mai. 2015.

GUERRA, R.G.M. *Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado: estudo sociopoético*. 2013. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

GUIMARÃES, R.M. Filosofia dos cuidados paliativos. In: SALTZ, E.; JUVER, J. (org.) *Cuidados paliativos em oncologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2009, p. 13-24.

GULHOR, A.P.; PINHEIRO, R. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO et. al. *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p.65-90.

HOBBLE, W.H. Joyce Travelbee: Modelo de relación de persona a persona. In: ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona (Espanã): Elsevier Espanã, 2004, p. 355-365.

HORN, S. *Técnicas modernas de relaxamento*. São Paulo: CULTRIX, 1996.

JESUS, P.B.R.; SANTOS, I. Perspectiva estética/sociopoética ao cuidar de clientes com autoimagem alterada devido a afecções dermatológicas. In: ADAD, S.J.H.C. (org.). *Tudo que não inventamos é falso: dispositivos artísticos para pesquisar, ensinar e aprender com a sociopoética*. Fortaleza: EdUECE, 2014, p.61-80.

JORGE, M.A.S. et. al. *Políticas e Cuidado em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

KIRSCHBAUN, D.I.R. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, p. 19-30, mai. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2015.

LIMA, L.V.; AMORIM, W.M. A prática de enfermagem psiquiátrica em uma instituição pública no brasil. *Rev. bras. enferm.*, v. 56, n. 5, p. 533-537, out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2015.

LOUGON, M. *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LOURENÇO, L.H.S.C.; PORTO, F.R.; SANTOS, T.C.F. Apresentação: a enfermeira de saúde pública e higiene mental. *Rev. Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.11, n.4, p.570-574, 2007. Disponível em: <http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=253&nomeArquivo=v11n4a02_pt.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

LOYOLA, C. M. D. Cuidado Continuado. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz, 2008, p. 1089-1110.

MACEDO, M.M.K.; GOBBI, A.S.; WASCHBURGERI, E.M.P. Marcas corporais na adolescência: (im)possibilidades de simbolização. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, abr. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2015.

MACEDO, J. et. al. Representação Social da assistência de enfermagem em saúde mental: estudo qualitativo. *Online braz j nurs.*, v.9, n.3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2007581>>. Acesso em: 18 out. 2015.

MACHADO, M.L.S. Mutantes em mar de lama: dispositivos artísticos para pesquisa com jovens bailarinas sobre corpo e movimento. In: ADAD, S.J.H.C. (org.). *Tudo que não inventamos é falso: dispositivos artísticos para pesquisar, ensinar e aprender com a sociopoética*. Fortaleza: EdUECE, 2014, p.163-88.

MALVA, M. *Madalena Malva. Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu*. Disponível em: <<http://www.estgv.ipv.pt/PaginasPessoais/malva/>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

MARQUES, Fernanda de Azevedo; LEGAL, Eduardo José; HOFELMANN, Doroteia Aparecida. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. *Rev. paul. pediatr.*, v. 30, n. 4, p. 553-561, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2015.

MARTINS, D.F.; NUNES, M.F.O.; NORONHA, A.P.P. Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática.*, v.10, n.2, p.94-105, 2008. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/472/28>>. Acesso em: 18 out. 2015.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo. 5 ed. Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2011, p. 167-180.

MCEWEN, M. Filosofia, ciência e enfermagem. In: MCEWEN, M.; WILLS, E.M. *Bases teóricas para enfermagem*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 27- 47.

MELO, A.G.C. Os cuidados paliativos no Brasil. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo. 5 ed. Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2011, p. 291- 299.

MELO, A.G.C.; CAPONERO, R. Cuidados paliativos – abordagem contínua e integral. In: SANTOS, S.S. (Org.) *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009, p. 257- 267.

MELLO, L.C. Nise da Silveira. *Caminhos de uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro – RJ: Automática Edições, 2014.

MISHIMA, S. M. et. al. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 212-220, abr. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mai. 2013.

MISHIMA, S. M. et. al. O sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 4, n. especial, p. 83-9, abr. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nspe/v4nea09.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

NIGHTINGALE, F. *Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

OLIVEIRA, J; GARCEZ, L. *Explicando a arte. Uma iniciação para aprender e apreciar as artes visuais*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

OLIVEIRA, D.M. et. al. O corpo como fio condutor para ampliação da clínica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 107-28.

OLIVEIRA, F.B.; SILVA, K.M.D.; SILVA, J.C.C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, v. 30, n. 4, p. 692-699, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2015.

PEGORARO, O. A. O lugar da bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2006, p. 74 - 64.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.295-307, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180114105006>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

PENHA, R.M. Finitude e terminalidade: um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em enfermagem. In: SANTOS, S.S. (Org.) *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009, p. 89 -102.

PERES, M.A.A.; BARREIRA, I.A.R. Uma nova enfermagem psiquiátrica na universidade do Brasil nos anos 60 do século XX. *Esc. Anna Nery*, v. 12, n. 1, p. 108-114, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2015.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. *Problemas atuais de bioética*. 10 ed. rev. ampl. São Paulo. Centro Universitário São Camilo, 2012.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: Uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo. 5 ed. Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2011, p. 181- 208.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Introdução. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo. 5 ed. Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2011, p. 1 -10.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JUNIOR, A. G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO et al. *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p.13 - 40.

POKORNY, M.E. Teorias em enfermeira de importância histórica. In: ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona (Espanã): Elsevier Espanã, 2011, p. 50 -70.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

PORTOCARRERO, V. *ARQUIVOS DA LOUCURA: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PORTOCARRERO, V. M. *Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. 1980. 162 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Departamento de Filosofia.

REINALDO, A.M.S.; PILLON, S.C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. *Esc. Anna Nery*, v. 11, n. 4, p. 688-693, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2015.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p.15 - 74.

RIBEIRO, L.A.; SALA, A.L.B.; OLIVEIRA, A.G. B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. *Rev. Min. Enferm*; v.12, n.4, p.516-522, Jan/Mar, 2008. <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/296>>. Acesso em: 04 out. 2015.

RIGO, J.C.; SANTOS, E. Contextualizando os cuidados paliativos em geriatria e gerontologia. In: DALACORTE, R.R. et. al. *Cuidados paliativos em geriatria e gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 3 - 8.

RINALDI, D.L.; LIMA, M.C.N. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, v. 4, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2015.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informações em Saúde Mental - *SISME*. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/sisme/relatorios>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

ROBAINA, J.R; GULJOR, A.P.; PINHEIRO, R. Moradores, internos, clientela de longa permanência? Aspectos socioclínicos da clientela na relação entre demanda e oferta em processo de desinstitucionalização em hospital psiquiátrico. In: PINHEIRO et. al. *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p.115 - 136.

ROCHA, F.P.; LESSA, T.; MOREIRA, A. O legado do diretor da escola profissional de enfermeiras Alfredo Pinto: Gustavo Kohler Riedel (1921 -1934). *Rev enferm UFPE on line.*, v.4, n.2, p. 906-14, abr./jun., 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/859/pdf_11>. Acesso em: 12 jul. 2015.

ROSA, L.C.S.; LUSTOSA, A.F.M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, SP, p. 27-50, mai. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.bc.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023>>. Acesso em: 18 out. 2015.

ROSA, L.C.S.; LUSTOSA, A.F.M.. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. *Saúde debate*, v. 36, n. 95, p. 648-656, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-11042012000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2015.

SANTANA R.F. SANTOS, I. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. *Texto Contexto Enferm*; v.14, n.2, p. 203-209, 2005.

SANTOS, A.M.C.C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, ago. 2009. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2015.

SANTOS, F.S. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: SANTOS, F.S. (Org.) *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, I. *A instituição da cientificidade: análise institucional e sócio-poética das relações entre orientadores e orientandos de pesquisa em enfermagem*. 1997. 221 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

SANTOS, I. et. al. Perspectiva estética: filosofia e apropriação para o cuidado de enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A; MACHADO, W.C.A. *Tratado de cuidados de enfermagem médico-cirurgico*. São Paulo: Roca, 2012, p. 93 - 103.

SANTOS, I.; GAUTHIER, J. A Sociopoética: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Revista Enfermagem (UERJ)*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 381-390, 1997.

SANTOS, I.; GAUTHIER, J. *Enfermagem: análise institucional e sociopoética*. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1999.

SANTOS, N. M. W. *Histórias de Sensibilidades: Espaços e Narrativas da Loucura em Três Tempos (Brasil, 1905/1920/1937)*. 2005, 215 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005.

SANTOS, S.S. Tanatologia – a ciência da educação para a vida. In: SANTOS, S.S. (Org.) *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009, p. 1- 30.

SAPORETTI, L.A. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: SANTOS, S.S. (Org.) *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009, p. 269-281.

SARAT, C.N.F. *Aplicação da teoria de Orem na prática de Enfermagem: análise de comunicações científicas*. 2006. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SAUR, Adriana Martins; PASIAN, Sonia Regina. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Aval. psicol.*, v. 7, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 set. 2015.

SCARCELLI, I.R. *Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SCARPARO, A.F. et. al. Reflexões sobre o uso da técnica DELPHI em pesquisas na enfermagem. *Rev. Rene*. 2012; v. 1, n.13, p. 242-51. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

SILVA, A., SANTOS, I., BERARDINELLI, L. et. al. Body image of the elderly in the reflex of self-care for healthy aging: A social-poetic study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 9, n.1, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2779/612>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N.M.A. Ambiente e tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente hospitalar. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online.*, v.2, n.2, p.883-888, abr/jun. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/313/pdf_23>. Acesso em 18 out. 2015.

SILVA, J.V. et. al. Teoria de enfermagem do déficit do autocuidado – Dorothea Orem. In: SILVA, J.V. (Org.). *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: látria, 2011, p. 85-104.

SILVA, L.A. et. al . Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Esc. Anna Nery*, v. 15, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2013.

SILVA, M.T.N.; SANTOS, I. A ação dialógica do grupo-pesquisador. In: SANTOS, I. et. al. *Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. (Série atualizações em enfermagem, v. 3), São Paulo: Atheneu, 2005, p.19 - 40.

SILVA, R.S; AMARAL, J.B. Trajetória histórica do movimento hospice moderno e as contribuições de uma enfermeira. In: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (org.) *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. São Paulo: Martinari, 2013, p. 37- 47.

SILVEIRA, N. *Imagens do inconsciente*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

SIMÃO, T.P.; CHAVES, E.C.L.; LUNES, D.H. Spiritual distress: the search for new evidence. *Rev. de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 2591-2602, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3369>>. Acesso em: 18 out. 2015.

SOARES, M.H., BUENO, S.M.V. Ensino do enfermeiro psiquiátrico. *Cienc Cuid Saude*, v.11(suplem.), p.160-167, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc Cuid. Saude/article/view/17071/>>. Acesso em: 02 out. 2015.

SOUZA, A.C.; LIMA, A.T.; PINHEIRO, R. Da “instituição negada” à “instituição inventada”: a especificidade do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói – RJ. In: PINHEIRO et. al. *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007, p. 91-114.

SOUZA, M.R. Corpo, velhice e diversidades do seminário piauiense. In: ADAD, S.J.H.C. (Org.). *Corpografia: multiplicidades em fusão*. Fortaleza: Edições UFC, 2012, p. 279-293.

SOUZA, R.C.; PEREIRA, M.A.; KANTORSKI, L.P. Escuta Terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, v.11, n.1, jan./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>>. Acesso em 12 set. 2015.

STEFANELLI, M.C.; ARANTES, E.C.; FUKUDA, I.M.K. Papel do enfermeiro em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUTA, I.M.K.; ARANTES, E.C. (Org.). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri, SP: Manole, 2008, p. 27- 43.

TAVARES, C.M.M.; SOBRAL, V.R.S. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev. Min. Enferm*; v.9, n.2, p.121-125, Jan/Mar, 2005. <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/449>>. Acesso em 04 out. 2015.

TERRA, M.G.et. al . Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. *Esc. Anna Nery*, v. 10, n. 4, p. 711-717, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2015.

TORRES, G. A posição dos conceitos e teorias na enfermagem. In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 13-23.

UCHOA, E. . Dilemas em psiquiatria: ciência, clínica e ética. *Rev. Bioética (Brasília)*, Brasília, v. 9, n.1, p. 45-52, 2001. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/229/230>. Acesso em 14. Jul. 2013.

WALDOW, V.R. *Cuidar expressão humanizadora da enfermagem*. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WILLS, E. Visão geral das grandes teorias da enfermagem. In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 141-155.

XAVIER, B.L.S. *Evidências da orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva: perspectiva estética/sociopoética*. 2014. 256 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

APÊNDICE A - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa

Instruções: Este formulário possibilita avaliar o perfil sociodemográfico quanto aos seus atributos individuais e profissionais/institucionais. Por favor, escolha uma alternativa marcando com um X entre parênteses, ou especifique por escrito quando solicitado.

1. Atributos Individuais
1.1 Faixa Etária: () 20 a 29 anos () 30 a 39 anos () 40 a 49 anos () 50 a 59 anos () 60 a 69 anos () acima de 70 anos
1.2 Gênero: Especifique:
1.3 Etnia autodeclarada () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela
1.4 Estado de união () Estável () Não estável
1.5 Constelação familiar () Sem filhos () Com filhos () Quantidade de filhos – Especifique:
1.6 Caso tenha filhos, os mesmos possuem dependência financeira? () Sim () Não
1.7 Natureza da residência () Própria () Alugada
1.8 Local de residência () Centro () Zona norte () Zona sul () Zona oeste () outros
1.9 Crença religiosa () Católica () Protestante () Espirita () Sem religião () Outros
1.10 Renda Individual () até 4 salários mínimos () 5 a 8 salários mínimos () 9 salários mínimos em diante
2. Atributos Profissionais/ Institucionais
2.1 Profissão exercida na instituição Especifique:
2.2 Titulação acadêmica () Pós-Doutor () Doutor () Mestre () Especialista () Bacharel () Ensino médio () Ensino fundamental () Sem instrução
2.3 Área(s) de(as) titulação(ções) - Especifique:
2.4 Tipo de vínculo empregatício () Estatutário () Contrato administrativo () outros:
2.5 Tempo de exercício profissional na área de saúde mental () Menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos () 21 a 25 anos () acima de 26 anos
2.6 Vínculos institucionais de trabalho () 1 vínculo () 2 vínculos () 3 ou mais
2.7 Carga horaria de trabalho semanal () menos de 10h () 11 até 19h () 20 a 40h () acima de 41h

APENDICE B – Formulário Dinâmica do Corpo como Território Mínimo

Instrução: No espaço abaixo faça um desenho livre de como você percebe o corpo do cliente sob seus cuidados. Em seguida descreva o significado do seu . Após construa coletivamente um outro desenho em papel 40kg sobre o corpo do cliente sob os seus cuidados.

APENDICE C – Formulário de Respostas referentes à Dinâmica do Corpo como Território Mínimo

Instrução: Após a construção de seu desenho livre, responda as questões abaixo.

Questões norteadoras:

1. Como eu me cuido?

2. Como eu gostaria de ser cuidado?

3. O que preciso aprender para me cuidar?

4. Como é idealizado o cuidado do cliente atualmente?

5. O que você faria para proporcionar conforto/bem estar ao cliente?

APÊNDICE D - Formulário de Vivência de Lugares Geomíticos

Instrução: Escreva sua resposta à pergunta formulada referente ao lugar geomítico, com uma frase completa.

Questões Norteadoras

- 1. Se a TERRA fosse um cuidado para o bem-estar do cliente com transtorno mental como ela seria?**

- 2. Se o POÇO fosse um cuidado para o bem-estar do cliente com transtorno mental como ela seria?**

- 3. Se a FALHA fosse um cuidado para o bem-estar do cliente com transtorno mental como ela seria?**

- 4. Se o CAMINHO fosse um cuidado para o bem-estar do cliente com transtorno mental como ela seria?**

- 5. Se o ARCO ÍRIS fosse um cuidado para o bem-estar do cliente com transtorno mental como ela seria?**

- 6. Se a GRUTA fosse um cuidado para o bem-estar do cliente com transtorno mental como ela seria?**

APÊNDICE E - Características sociodemográfica e profissionais dos profissionais atuantes em Psiquiatria e Saúde Mental participantes da pesquisa.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Questionário para os membros do júri

Prezado (a) membro do júri

Este questionário tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos membros do júri, que validarão o Instrumento de Produção de Dados (IPD) referente à pertinência da aplicação do *Tidal Model* na realidade brasileira do cuidar em enfermagem às pessoas com sofrimento psíquico. O IPD foi proposto por Iraci dos Santos e Leandro Andrade no âmbito do curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem/UERJ, buscando fornecer dados para a realização do projeto de pesquisa provisoriamente intitulado: **“Tecnologia de cuidados paliativos ao bem-estar de pessoas idosas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos: estudo sociopoético”**. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ, protocolo N° 526.891.

Solicita-se encarecidamente a devolução deste questionário preenchido, pois isso é indispensável para a continuidade do desenvolvimento da pesquisa e garantia da qualificação de seus resultados.

Ressalta-se a confidencialidade e anonimato de suas respostas, visto que os obtidos têm finalidade acadêmica e científica. Nesse sentido lhe enviamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (contendo, inclusive nossos contatos, caso necessite esclarecimentos) para ser assinado e posteriormente devolvido junto ao IPD preenchido, por VS.

Desde já agradecemos sua colaboração

**Iraci dos Santos
Leandro Andrade**

1. Características sociodemográficas:

1.1. Sexo: () Feminino () Masculino

1.2. Nacionalidade: () Brasileira () Estrangeira. Qual? _____

1.3. Faixa etária: () 20- 25 anos; () 26-31; () 32-37; () 42-47; () 52-57; () Acima de 58anos

1.4. Estado de união/União consensual: Especifique _____

1.5. Etnia/raça: () Branca/ocidental; () Negra; () Indígena; () Amarela/oriental;

() Outra. Qual? _____

1.6. Crença religiosa: Especifique: _____

2. Característica profissional:

1.7. Formação acadêmica:

Graduação em: _____ Instituição: _____ Ano de

Conclusão: _____

Especialização 1 em: _____ Instituição: _____ Ano de

Conclusão: _____

Especialização 2 em: _____ Instituição: _____ Ano de

Conclusão: _____

Mestrado em: _____ Instituição: _____ Ano de

Conclusão: _____

Doutorado em: _____ Instituição: _____ Ano de

Conclusão: _____

Pós - doutorado: _____ Área do

doutorado: _____ Ano: _____

2.1. Número de vínculos trabalhistas (empregos):

() 1; () 2; () mais de 2

() Dedicção exclusiva

2.2. Natureza da(s) instituição(ões) onde você trabalha: () Pública; () Privada; () Outra:

Especifique: _____

2.3. Área da atividade (s) profissional (is) que você exerce atualmente: (admite mais de uma resposta)

() Ensino Técnico. Curso: _____ . Instituição _____

() Ensino Superior. Curso: _____ . Instituição: _____

() Assistencial. Função: _____ . Instituição: _____

() Gerencial. Função: _____ . Instituição: _____

() Pesquisa. Função _____ . Instituição: _____

() Associativa (associação/sociedade profissional e científica): _____

Função: _____

2.3.1. Qual o nível de ensino que você atua?

() Graduação; () Pós-graduação lato sensu; Curso: _____ ;

Instituição: _____ ; () Pós-graduação stricto sensu;

() Curso: _____ . Instituição: _____

APÊNDICE F – Instrumento de Produção de Dados 1



IPD 1

Instrução para o preenchimento

Prezado Parecerista

Solicitamos responder à cada questão, assinalando com um X. Em seguida gentileza pedimos que faça um esforço justificando cada uma de suas escolhas.

Aspectos do cuidar	Parecer	Justifique
No cuidado de enfermagem destinado a pessoas em sofrimento psíquico, desenvolvo ações colaborativas ações colaborativas com o cliente.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Nas situações de crise, me esforço junto as pessoas para que elas entendam que são capazes de superá-la e crescer.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Busco entender a origem do sofrimento psíquico do cliente, escutando sensivelmente as histórias singulares que ele conta.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	

No cotidiano do cuidar em saúde mental, inspiro-me nos valores e conceitos sobre sofrimento psíquico evidenciados nos clientes a fim de ajuda-los a se perceberem a sua dignidade humana.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Cuido do cliente como todo ser humano merece ser tratado, respeitando a dignidade humana.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Promovo um contato bilateral (profissional e o cliente) nas diferentes situações do viver humano (saúde e/ou sofrimento psíquico).	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
No cuidar em saúde mental valorizo a fala, histórias pessoais, incluindo as expectativas e esperanças e não apenas o relato de sofrimento do cliente.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Ao registrar a fala das pessoas, respeito a sua linguagem natural, sem utilizar termos técnicos de psiquiatria.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Desenvolvo uma curiosidade natural pela experiência vivida pelo próprio cliente, sem realizar comparações.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Compreendo o que é singular e muito importante na experiência de vida relatada	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado	

pele sujeito.	<input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Desenvolvo um cuidar em parceria, no qual o profissional e o cliente caminham juntos.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Na primeira abordagem ao cliente eu o convido para se cuidar.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Na relação interpessoal construtiva, profissional e clientes são “afetados” pela relação terapêutica, resultando em compreensão mútua.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Na relação com sujeito em sofrimento psíquico promovo situações onde eu possa aprender com o cliente.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
No cuidado cotidiano auxilio o cliente em sua “viagem” de recuperação.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Se a pessoa necessita retomar o curso de sua vida, entendo que mudanças são necessárias, e procuro fazê-la compreender que o crescimento ser é opcional.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	

Desenvolvo atividades a fim de que a pessoa deixe o mal estar em direção a sua viagem de recuperação via bem-estar.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Cuidando dos clientes procuro ser verdadeiro, estando abertos a trocas e a construção de planos de cuidados junto a eles.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	
Ao desenvolver minhas ações, considero o indivíduo, o seu meio social e os demais sujeitos que mantem contato direto com o cliente.	<input type="checkbox"/> Coerente <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Exequível <input type="checkbox"/> Inexequível	

APENDICE G – Instrumento de Produção de Dados 2



IPD 2

Instrução para o preenchimento

Solicitamos responder à cada questão, assinalando com um X em um dos espaços da escala de Likert numerada de 0 a 4. Observar atentamente os enunciados dos aspectos/comportamentos de cuidar apresentados, para assinalar com um X no espaço 0 ao que menos corresponde a sua prática de cuidar; e assim por diante até o mais característico do seu comportamento junto ao cliente. 0(nunca), 1(raramente), 2(algumas vezes), 3(muitas vezes) e 4 (sempre). Exemplifique na opção assinalada o tipo de cuidado que você desenvolve junto ao cliente.

Aspectos do cuidar	1	2	0	3	4	Exemplifique / Justifique
No cuidado de enfermagem destinado a pessoas em sofrimento psíquico, desenvolvo ações colaborativas ações colaborativas com o cliente.						
Nas situações de crise, me esforço junto as pessoas para que elas entendam que são capazes de superá-la e crescer.						
Busco entender a origem do sofrimento psíquico do cliente, escutando sensivelmente as histórias singulares que ele conta.						
No cotidiano do cuidar em saúde mental, inspiro-me nos valores e conceitos sobre sofrimento psíquico evidenciados nos clientes a fim de ajuda-los a se perceberem a sua dignidade humana.						

Cuido do cliente como todo ser humano merece ser tratado, respeitando a dignidade humana.						
Promovo um contato bilateral (profissional e o cliente) nas diferentes situações do viver humano (saúde e/ou sofrimento psíquico).						
No cuidar em saúde mental valorizo a fala, histórias pessoais, incluindo as expectativas e esperanças e não apenas o relato de sofrimento do cliente.						
Ao registrar a fala das pessoas, respeito a sua linguagem natural, sem utilizar termos técnicos de psiquiatria.						
Desenvolvo uma curiosidade natural pela experiência vivida pelo próprio cliente, sem realizar comparações.						
Compreendo o que é singular e muito importante na experiência de vida relatada pelo sujeito.						
Desenvolvo um cuidar em parceria, no qual o profissional e o cliente caminham juntos.						
Na primeira abordagem ao cliente eu o convido para se cuidar.						
Na relação interpessoal construtiva, profissional e clientes são “afetados” pela relação terapêutica, resultando em compreensão mútua.						
Na relação com sujeito em sofrimento psíquico promovo situações onde eu possa aprender com o cliente.						
No cuidado cotidiano auxilio o cliente em sua “viagem” de recuperação.						
Se a pessoa necessita retomar o curso de sua vida, entendo que mudanças são necessárias, e procuro fazê-la compreender que o crescimento ser é opcional.						
Desenvolvo atividades a fim de que a pessoa deixe o mal estar em direção a sua viagem de recuperação via						

bem-estar.						
Cuidando dos clientes procuro ser verdadeiro, estando abertos a trocas e a construção de planos de cuidados junto a eles.						
Ao desenvolver minhas ações, considero o individuo, o seu meio social e os demais sujeitos que mantem contato direto com o cliente.						

APÊNDICE H - Parecer da Universidade Federal Fluminense
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu **LEANDRO ANDRADE DA SILVA**, brasileiro, solteiro, Enfermeiro/Professor Universitário, inscrito no CPF/ MF sob o nº 09058484700, venho através deste, solicitar autorização para produzir dados juntos aos alunos de graduação da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense EEAAC/UFF. Abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado "Tecnologia de cuidados paliativos ao bem-estar de pessoas idosas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos: estudo sociopoético".

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso, sem autorização expressa dos responsáveis pela instituição ;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

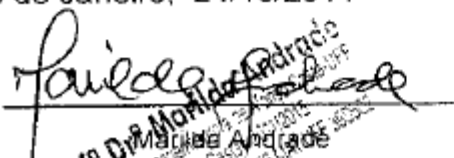
Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

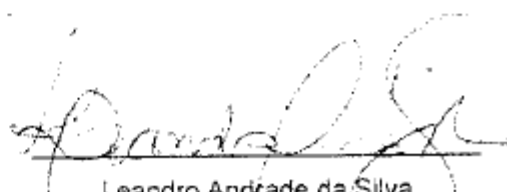
Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia "xxx", acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Rio de Janeiro, 24/10/2014


 Maria Andrade
 Coordenadora Geral dos cursos de graduação e Vice-Diretora EEAAC/UFF


 Leandro Andrade da Silva
 Doutorando do PPGEN/UFERJ

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título: Tecnologia de cuidados paliativos ao bem-estar de pessoas idosas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos: estudo sociopoético

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Iraci dos Santos

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Cláudia Mara de Melo Tavares

Doutorando: Leandro Andrade da Silva

CONVITE:

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Tecnologia de cuidados paliativos ao bem-estar de pessoas idosas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos: estudo sociopoético. Você foi convidado a participar por justamente atender a pessoas com transtornos mentais que envelheceram internadas em hospitais psiquiátricos com características asilares.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

O motivo que nos leva a estudar o tema escolhido, refere-se ao fato de nas últimas décadas o Brasil ter passado por profundas transformações na assistência destinada a pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, um dos grandes desafios, impostos para os diversos processos de reforma psiquiátrica é a transferência da assistência a clientes graves, internados há longos anos em hospitais psiquiátricos, para alternativas de atendimento na comunidade. Em função dos efeitos deletérios da institucionalização prolongada, os indivíduos com vínculos sociais esmaecidos, apresentam grande dificuldade de viver sozinhos e gerenciar suas vidas em sociedade. Alguns foram ao longo dos anos incluídos em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e outros não.

Tais fatos, justificam a realização deste estudo, pois justamente, os indivíduos em sofrimento psíquico que não foram alvo de propostas assistenciais substitutivas ao modelo hospitalar/manicomial serão o foco deste projeto de tese de doutorado. Isso porque nos interessa a concepção de cuidado por parte dos enfermeiros e estudantes de graduação em enfermagem que desenvolvem suas atividades junto à essa clientela.

O objetivo geral desse projeto é propor uma tecnologia adequada ao desenvolvimento de cuidados destinada aos clientes com transtornos mentais que envelheceram internados em hospitais psiquiátricos, que caracterize a perspectiva estética/sociopoética do cuidar em enfermagem. Os objetivos específicos compreendem: Desenvolver um curso sobre cuidados paliativos para os enfermeiros e estudantes da graduação em enfermagem atuantes em hospitais psiquiátricos, no contexto de oficinas sociopoéticas. Criar com base nos conceitos-chaves de teorias de enfermagem um protocolo para viabilizar a perspectiva estética/sociopoética do cuidar em enfermagem. Validar o protocolo/tecnologia criado para aplicação de cuidados destinados ao conforto e bem-estar junto aos juízes com qualificação pertinente à área de saúde mental. Testar o protocolo validado no âmbito de curso de cuidados paliativos, considerando uma tecnologia leve e não invasiva para implementação de cuidados junto às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos devido a transtornos mentais. Analisar a dimensão imaginativa de enfermeiros e de estudantes de graduação em enfermagem atuantes em hospitais psiquiátricos sobre a exequibilidade da aplicação de cuidados, visando o bem-estar de pessoas com transtornos mentais.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA:

A pesquisa utilizará a abordagem quanti qualitativa, através do método sociopoético, que visa analisar a dimensão imaginativa dos membros do grupo pesquisador (GP) atuantes em hospitais psiquiátricos sobre a exequibilidade da aplicação de cuidados, visando o bem-estar de pessoas com transtornos mentais. . O método quantitativo descritivo, visa à: validação e testagem do protocolo de tecnologia não invasiva para promoção do bem-estar do cliente com transtornos mentais, e identificação de características sociodemográficas dos membros (enfermeiros e estudantes graduação em enfermagem) do (GP) do qual você fará parte, se concordar em participar da pesquisa.

Os procedimentos de produção de dados serão da seguinte forma:

1ª etapa- Instituição do Grupo Pesquisador, dispositivo analítico da sociopoética. Nesta etapa foi realizada a negociação entre os participantes, no campo da pesquisa, local onde o conhecimento é produzido coletiva e cooperativamente. Para operacionalizá-la divulgou-se para os estudantes de graduação em enfermagem um curso, denominado em sociopoética de percurso, este foi sobre o *Tidal Model*, como já descrito anteriormente, este correspondeu ao segundo objetivo proposto nesta tese. Solicitou-se que você e os demais

sujeitos da pesquisa, participem em uma reunião semanal durante o período de um mês, totalizando 4 encontros, com duração aproximada de 2 horas cada.

A 2ª etapa ocorre a delimitação do grupo/sujeito da pesquisa, nela busca-se que você se integre aos demais membros do GP. Na 3ª etapa, realiza-se a investigação temática. É importante salientar que a sociopoética respeita o seu desejo e dos demais sujeitos de retirarem-se do estudo, bem como o contrário também, ou seja, o desejo de novos sujeitos ingressarem desde que você e os outros integrantes do GP os aceite. Nesta etapa, você será convidado a participar de dinâmicas de sensibilidade e relaxamentos, afim de possibilitar a incentivação do imaginário, alívio de tensões o rebaixamento de pressões normativas, para que você e os outros integrantes do GP possam expressar-se livremente.

Na 4ª etapa, ocorrerão as denominadas oficinas sociopoéticas para produção de dados. Cabe destacar que em todas pesquisas sociopoéticas, a produção de dados é explicada e apreciada por você e pelos membros do GP. Todas as técnicas utilizadas para produzir dados em sociopoética privilegiam as práticas artísticas e/ou dinâmicas de grupo. Através do percurso, serão utilizadas as seguintes dinâmicas:

- Dinâmica do Corpo como Território Mínimo (DCTM): Esta dinâmica consiste em que os participantes façam um desenho do corpo humano, objetivando que os mesmos se expressem. Em seguida solicita-se que descrevam o significado de seu desenho contextualizando-o com o cuidado ofertado aos clientes.
- Dinâmica vivência de lugares geomíticos: Aos sujeitos são feitas perguntas atreladas ao tema-gerador, tais como se o tema-gerador fosse uma Ponte, como seria essa ponte, imagine os detalhes. E, assim, por diante em relação aos lugares geomíticos selecionados.
- Dinâmica Árvore de conhecimentos: Para a construção da árvore de conhecimentos pelo GP, solicita-se que individualmente, após o relaxamento, os participantes respondam as seguintes perguntas: Na sua vida, quais são os 7 saberes que são as raízes e alimentam todos os outros? Quais são os 7 troncos por onde circulam a seiva? Quais são os 7 galhos, ou seja, já derivados, plurais, mais fortes e seguros? Quais são os 7 galhos que constituem a copa, as frutas? Quais são os 7 galhos do céu, que você quer mesmo atingir?

A 5ª etapa, compreende a análise/apresentação dos dados produzidos/contra análise. Compreende a interrogação pelo GP, nela você e os demais sujeitos participantes do estudo poderão opinar sobre os achados do estudo.

Em todas as etapas de aplicação de dinâmicas de produção, os dados produzidos pelo GP serão por ele analisados junto ao Pesquisador/facilitador da pesquisa.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

Existe um desconforto e um possível risco mínimo psicológico para a você que se submeter às etapas de produção de dados. É complexo precisar o que seria um risco mínimo psicológico, afinal cada indivíduo é singular, subjetivo isto dependerá de suas vivências emocionais anteriores. No entanto, cabe destacar que os pesquisadores e o próprio grupo pesquisador lhe acolherão, caso surja alguma demanda emocional/psicológica. Destaca-se que embora não haja nenhuma garantia de que o(a) Sr(a) terá benefícios com este estudo, as informações o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para o cuidado de pessoas com transtornos mentais internadas por muitos anos em instituições psiquiátricas com características asilares.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

Como a metodologia a ser utilizada envolverá reflexões sobre sentimentos, motivações entre outros; caso você ou os outros participantes da pesquisa requeiram algum tipo de assistência, seja ela, médica, psicológica e de suporte; os pesquisadores o acompanharão até um serviço público de saúde. No entanto, cabe salientar que o próprio GP junto aos facilitadores irão acolher as demandas emocionais que o/a Sr.(a) ou algum participante possa apresentar.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Grupo de Pesquisa Concepções Teóricas do Cuidar em Saúde e Enfermagem, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado e Doutorado) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. No caso você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa os pesquisadores não se eximem de suas responsabilidades legais e profissionais. Salienta-se que a sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. Os investigadores deste estudo também poderão retirá-lo do estudo a qualquer momento, se eles julgarem que seja necessário para o seu bem estar.

GUARDA DOS MATERIAIS COLETADOS

Os responsáveis por esta pesquisa responsabilizam-se pela guarda e proteção dos coletados para a realização estudo por um período mínimo de 5 anos após a sua finalização. Os dados podem ser guardados em arquivo, físico ou digital no laboratório de pesquisa ao qual vincula-se o presente estudo na Faculdade de Enfermagem da UERJ.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE:

Eu, _____, Moradorador(a) do endereço:

fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Iraci dos Santos e a professora co-orientadora Claudia Mara de Melo Tavares certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o estudante Leandro Andrade da Silva, a professora orientadora ou a professora co-orientadora no telefone (21) 99181-3403. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de

pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova, no telefone (21) 3971-1463. Voltamos a frisar que é assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado acima, concordo em participar do estudo intitulado “Tecnologia de cuidados paliativos ao bem-estar de pessoas idosas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos: estudo sociopoético”. Eu fui completamente orientado (a) pelos pesquisadores acima descritos que estão realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, eles me entregaram uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador:

Nome: Leandro Andrade da Silva

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

Participante:Nome: **Andréa Damiana da Silva Elias**

Data: 30/ 8/ 2014

Assinatura: _____

Responsáveis:

Nome: Iraci dos Santos – Pesquisadora Responsável (Orientadora)

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

Nome: Claudia Mara de Melo Tavares (Co-orientadora)

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

CONTATOS

Faculdade de enfermagem da UERJ

Endereço:

Edifício Paulo de Carvalho - Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel CEP: 20551-030 - Rio de Janeiro - RJ

Telefones:

(21) 2868-8236 / 2868-8235

Mestrado e Doutorado - ramal: 210

Site:<http://www.facenf.uerj.br>**E-mail:**facenf@uerj.br facenf.uerj@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ

Endereço:

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova.

Telefone:

(21) 3971-1463

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>**E-mails:**cepsms@rio.rj.gov.br cepsmsrj@yahoo.com.br

APÊNDICE J - Termo de confidencialidade e sigilo

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO**

Eu **LEANDRO ANDRADE DA SILVA**, brasileiro, solteiro, Enfermeiro/Professor Universitário, inscrito no CPF/ MF sob o nº 09058484700, venho através deste, solicitar autorização para produzir dados juntos aos alunos de graduação da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense EEAAC/UFF. Abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Tecnologia de cuidados paliativos ao bem-estar de pessoas idosas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos: estudo sociopoético”.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso, sem autorização expressa dos responsáveis pela instituição ;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia “xxx”, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Rio de Janeiro, ____/____/____

<p>_____</p> <p>Iraci dos Santos Docente do PPGENF/UERJ</p>	<p>_____</p> <p>Leandro Andrade da Silva Doutorando do PPGENF/UERJ</p>
---	--

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tecnologia de cuidados paliativos destinados ao bem-estar de pessoas idosas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos: estudo sociopoético

Pesquisador: Iraci dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22750213.3.0000.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.891

Data da Relatoria: 31/01/2014

Apresentação do Projeto:

2ª Re-análise de pendências do Projeto de tese de doutorado de Leandro Andrade Silva com orientação da profª Iraci dos Santos. O Objeto de estudo são os possíveis cuidados paliativos destinados à qualidade de vida de clientes com transtornos mentais que envelheceram internados em hospitais psiquiátricos, que caracterize a perspectiva estética/sociopoética do cuidar em enfermagem. O método será desenvolvido em 3 etapas, utilizando instrumentos e abordagens qualitativa e quantitativa. Etapa 1: Estudo qualitativo mediante o método sociopoético; Etapa 2: Estudo epidemiológico (identificação de características sociodemográficas e clínicas de clientes com transtornos mentais; Etapa 3: Abordagem qualitativa através do método descritivo, visando a identificação de características sociodemográficas e profissionais dos membros (profissionais de saúde mental) do GP, validação de um instrumento de produção de dados, avaliação do nível de conhecimento do GP e a testagem do protocolo de cuidados em saúde mental. O local da pesquisa será o Instituto Municipal de Assistência a Saúde Nise da Silveira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Os participantes da pesquisa serão enfermeiros e estudantes de graduação de enfermagem com estimativa de 20 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ**



Continuação do Parecer: 526.891

Propor uma tecnologia adequada ao desenvolvimento de cuidados destinada aos clientes com transtornos mentais que envelheceram internados em hospitais psiquiátricos, que caracterize a perspectiva estética/sociopoética do cuidar em enfermagem.

Objetivo Secundário:

1. Desenvolver um curso sobre cuidados paliativos para os profissionais da área da saúde atuantes em hospitais psiquiátricos, no contexto de oficinas sociopoéticas.
2. Criar com base nos conceitos chave a partir de teorias de enfermagem um protocolo para viabilizar a perspectiva estética/sociopoética do cuidar em enfermagem.
3. Validar o protocolo/tecnologia criado para aplicação de cuidados destinados ao conforto e bem estar junto aos juízes com qualificação pertinente à área de saúde mental.
4. Testar o protocolo validado no âmbito de curso de cuidados paliativos uma tecnologia leve e não invasiva para implementação de cuidados junto às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos devido a transtornos mentais.
5. Analisar a dimensão imaginativa de profissionais da área da saúde atuantes em hospitais psiquiátricos sobre a exequibilidade da aplicação de cuidados, visando o bem-estar de pessoas com transtornos mentais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Pendência cumprida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendências justificadas e cumpridas: Riscos; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Participantes da pesquisa; Parecer de outro CEP e Declaração de Fonte de Financiamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

1. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal e Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ), ratifica a recomendação que não haveria necessidade de submissão deste projeto como um novo projeto de pesquisa, com modificações de pesquisador principal. O Instituto Municipal de Assistência a Saúde Nise da Silveira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), neste caso é a instituição coparticipante, bastava incluí-la como tal na Plataforma Brasil e não mudar de CEP (item II.9 da Resolução CNS/MS Nº 466 de 12 de dezembro de 2012).

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-901

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3971-1463

Fax: (21)2293-4826

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ**



Continuação do Parecer: 526.891

2. Caso o (a) pesquisador (a) faça modificações no projeto original, é necessário que o projeto retome a Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de um novo parecer.
3. CEP/SMSRJ ressalta que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética os relatórios parciais e final a contar da data de sua aprovação (item XI.2.d. da Resolução CNS/MS N° 466 de 12 de dezembro de 2012).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal e Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ) atendendo o previsto na Resolução CNS/MS N° 466 de 12 de dezembro de 2012 , APROVOU o referido projeto.
2. Caso o (a) pesquisador (a) faça modificações no projeto original, é necessário que o projeto retome a Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de um novo parecer.
3. Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética os relatórios parciais e final a contar da data de sua aprovação (item XI.2.d. da Resolução CNS/MS N° 466 de 12 de dezembro de 2012).

RIO DE JANEIRO, 11 de Fevereiro de 2014

**Assinador por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)**

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710	
Bairro: Cidade Nova	CEP: 20.211-901
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463	Fax: (21)2293-4826
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br	