

Liliane Brandão Carvalho
Maria Lúcia Magalhães Bosi
José Célio Freire

Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços

Ethical dimension of mental health care within the public health network

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os sentidos do cuidado para com o usuário atendido no âmbito da assistência em saúde mental, a partir de percepções de psicólogos atuando no cotidiano de serviços públicos de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo exploratório qualitativo realizado na cidade de Fortaleza, CE, no ano de 2006. A amostra foi composta por oito informantes do sexo feminino, psicólogas, pertencentes ao quadro funcional da rede estadual de saúde. Para apreensão e construção das informações, foram realizadas entrevistas não-diretivas, gravadas e transcritas. A categorização dos discursos a partir de enfoque hermenêutico possibilitou a construção de rede interpretativa.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A rede interpretativa evidenciou que o psicólogo reconhece sua inserção no campo da saúde pública como um desafio, distinto do campo de sua formação. As concepções de cuidado predominantes foram circunscritas à dimensão técnica, embora também tenham sido identificadas outras mais próximas à abertura ética e de respeito à alteridade.

CONCLUSÕES: No cotidiano da assistência na rede pública, percebe-se uma atitude de cuidado como técnica, controle e anulação da diferença mais comprometida com os modelos tradicionais da biomedicina e da psicologia clínica. Foram observadas práticas que ultrapassam essa atitude e assumem uma configuração direcionada ao encontro intersubjetivo, ao diálogo, à afetação, à escuta ética, ao compartilhamento de responsabilidades e ao compromisso ético em sua perspectiva sociocultural e política.

DESCRITORES: Psicólogos. Ética Profissional. Serviços de Saúde Mental, ética. Pesquisa Qualitativa.

Universidade Federal do Ceará.
Fortaleza, CE, Brasil

Correspondência | Correspondence:
José Célio Freire
Mestrado em Psicologia
Av. da Universidade, 2762 – Benfica
60.020-180 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: jcfreire@ufc.br

Recebido: 13/9/2007
Revisado: 3/3/2008
Aprovado: 26/3/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the meanings of caring for people who seek assistance in mental health, from the perspective of psychologists engaged in their daily activities within public health services.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: An exploratory qualitative study was conducted in the city of Fortaleza, Northeastern Brazil, in 2006. The sample was composed of eight female informants, all of which were psychologists working in the state public health network. Data was obtained by means of non-directive interviews which were taped and transcribed. Categories were obtained from the discourses based on a hermeneutical approach by means of which an interpretive network was constructed.

ANALYSIS OF RESULTS: The interpretative network indicated that psychologists recognize their insertion in the field of public health as distinct from the professional field in which they obtained their training and, consequently, as a challenge. The predominant conceptions of care were circumscribed to the technical dimension, although other dimensions, closer to ethical concerns and to those related to respect for the “other” were also identified.

CONCLUSIONS: In the daily routine of assistance within the public health network, care is perceived as a technical attitude. It involves control and nullification of alterity, being more closely aligned to the traditional models of biomedicine and clinical psychology. However, other practices were observed that overcome this attitude. These emerging practices assume a new configuration, oriented towards affection, dialogue between professionals and those seeking assistance and an ethical commitment forged within a political and socio-cultural perspective.

DESCRIPTORS: Psychologists. Ethics, Professional. Mental Health Services, ethics. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Desafiados a inserirem-se no campo da saúde pública/coletiva, os psicólogos se deparam com um domínio complexo, tendo em vista sua historicidade, polifonia e contornos múltiplos. Tais aspectos se expressam no modelo assistencial, marcado por questões de natureza política – âmbito no qual a própria definição de saúde vem sofrendo constantes alterações. Saúde não mais pode ser concebida de forma isolada ou estanque, tendo em vista o reconhecimento de sua estreita vinculação com o contexto social, tanto no que concerne ao plano simbólico como à materialidade da vida de cada um.

Tal ampliação do conceito de saúde deriva de intensa mobilização social, desdobrando-se em discussões das distintas categorias profissionais que configuram o setor, realizadas em conferências e outros eventos. Nesses eventos foram também repensadas as bases das políticas de saúde e dos modelos assistenciais vigentes – em especial, a revisão de paradigmas fundados na concepção de saúde como ausência de doenças.^{16,18}

Muitas foram as repercussões no Brasil, tendo como ápice a proposta de um movimento de mudança social, tipicamente nacional – a reforma sanitária. Caracterizada por demandar uma revisão crítica da organização dos sistemas e serviços da área, a reforma sanitária também fez exigências para uma maior participação do Estado.

A ampliação do conceito de saúde, as discussões sobre integralidade na atenção à saúde, e as mudanças na organização de serviços e sistemas do setor proporcionaram a criação de novas áreas de atuação e a incorporação de outras especialidades profissionais. Pela Resolução nº. 218/97^a o Conselho Nacional de Saúde é o órgão do Ministério da Saúde com atribuição de fórum da participação popular no sistema de saúde. O Conselho reconhece oficialmente diversas categorias de profissionais de saúde de nível superior – entre elas, os psicólogos – convocados a contribuir com o processo de mudança, inserindo entre elas dimensões ausentes no modelo dominante.

^a Ministério da Saúde. Resolução no 218, de 6 de março de 1997. Regulamenta os profissionais de saúde. Diário Oficial da União. 5 maio 1997; Seção 1:8932-33 [citado 2006 mar 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso218.doc>

Entretanto, no campo da saúde, inclusive no âmbito das instituições não-psiquiátricas – espaço da presente investigação – ainda é significativo o predomínio da atenção biomédica, bem como da “verticalização da assistência”¹⁷ e do privilégio da técnica, em detrimento das relações.^{5,10,11} Além disso, as regras e rotinas próprias à realidade institucional muitas vezes operam como obstáculos à expressão da singularidade e da presença do outro, no caso, o usuário.

A ênfase da assistência na tecnologia reduz o encontro entre os sujeitos nas instituições a uma obsessão pelo objeto de intervenção: o órgão doente ou a patologia. Esse aspecto leva autores como Ayres a caracterizar essa assistência como uma “objetivação des-subjetivadora”.³

São reconhecidas as conquistas alcançadas pelo modelo biomédico, tais como: a ampliação do poder diagnóstico, a capacidade de intervenção terapêutica cada vez mais precoce, o aumento da eficácia no tratamento e de determinadas dimensões da qualidade de vida dos pacientes. Contudo, não se pode descuidar dos direitos dos usuários, *grosso modo* destituídos da condição de sujeitos e considerados “pacientes” – e assim aguardam passivamente por uma intervenção, vendo-se reconhecidos como um “rótulo” diagnóstico ou um número de prontuário, retratando a “despersonalização” caracterizada por Goffman.¹³

No âmbito dos serviços públicos de saúde, de forma ainda tímida, os psicólogos inserem-se na hierarquia “paraprofissional” em torno da figura do médico e encontram dificuldades para alcançar autonomia sobre suas próprias competências e, conseqüentemente, para deixar clara sua especificidade aos demais profissionais do setor saúde. Tais fatos os aproximam da caracterização de profissional “paramédico”, conforme conceituado pela literatura sociológica sobre profissionalização.⁹ Porém, há no cotidiano dos serviços um questionamento a esse modelo de organização do trabalho, o qual, apesar do alto nível técnico alcançado, tem-se revelado incapaz de dar conta da complexidade inerente ao processo saúde-doença.^{5,9}

Nessa realidade, é preciso lançar as bases para que as distintas categorias profissionais não percam de vista seu poder de reflexão⁷ e seu compromisso ético,^{10,11} bem como a especificidade da sua *práxis* na construção do ideário do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se inserem a humanização e a integralidade.¹⁹

A atuação nesse contexto requer, portanto, uma revisão do modo de estar a serviço do outro: pôr em xeque os pressupostos tradicionais; abertura ética, que implique nova atitude para com o usuário que busca ajuda; e assumir-se como um ator crítico no desenvolvimento e “criação” de práticas mais condizentes com o acolhimento e a produção do cuidado.

Atualmente, se é cada vez mais indiferente ao outro. Essa espécie de “alergia ao outro” se distancia das proposições da “ética radical” do filósofo Lévinas,^{14,15} referencial central no presente estudo. Trata-se não apenas de uma simples distância do que propõe Lévinas mas, antes, uma clara oposição ao que se encontra no cerne da sua obra, na qual o lugar do outro ocupa papel fundamental. Não sendo possível, neste espaço, recuperar as contribuições de Lévinas, julgamos oportuno o resgate de algumas de suas formulações, ainda ausentes nas análises no domínio da Saúde Pública, ao longo do exercício hermenêutico desenvolvido adiante com o material discursivo das informantes do presente estudo.

O objetivo do presente estudo foi analisar os sentidos do cuidado para com o usuário no âmbito da assistência em saúde mental, a partir de percepções de psicólogos atuando no cotidiano de serviços públicos de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Participaram do estudo oito psicólogas de serviços públicos de saúde da rede estadual do Ceará. A esfera pública foi escolhida por alocar um segmento específico desses profissionais, uma vez que a rede de serviços revela-se como uma realidade singular no âmbito da produção do cuidado em saúde mental. De acordo com informações obtidas na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, foram listados oito serviços de saúde localizados em Fortaleza, capital do estado, com psicólogos em seu quadro funcional.

Para o acúmulo subjetivo diante do fenômeno investigado, um profissional em cada um dos serviços estudados foi designado como informante-chave. A população foi composta em sua totalidade por mulheres, o que aponta interfaces com a categoria analítica gênero, uma discussão não abordada pelo presente artigo.

Os critérios de seleção das oito informantes-chave foram os seguintes: ser do quadro efetivo de funcionários da instituição; ter maior tempo de serviço (no caso de mais de uma psicóloga); não ser uma profissional lotada na área de recursos humanos; e não estar no setor saúde como desvio de função. Essa prática é comum no contexto analisado, na qual funcionários graduados em psicologia e lotados no nível técnico-administrativo costumam solicitar transferência para as unidades de saúde.

Para apreensão e construção das informações, foram realizadas entrevistas não-diretivas, cujos conteúdos foram gravados, após a anuência das informantes e a garantia do sigilo e anonimato. Por escolha das entrevistadas, a maioria das entrevistas aconteceu na sala do serviço de psicologia dos próprios serviços de saúde.

Com os depoimentos transcritos, as temáticas singulares foram categorizadas, permitindo identificar temas, dimensões e subdimensões. Estes, por sua vez, possibilitaram a construção da rede interpretativa, de modo inter-relacionado e a partir de enfoque hermenêutico.

As concepções sobre a ética do cuidado foram desdobradas em três dimensões: cuidado como técnica, cuidado como abertura ética ao outro e cuidado como política de saúde.

Buscou-se a (re)construção do texto interpretativo, tendo, de um lado, um referencial teórico acerca da questão da saúde transversalizado pela ética levinasiana; de outro, as narrativas das informantes acerca de suas experiências cotidianas nos serviços públicos e as percepções atribuídas ao cuidado, unificados no exercício compreensivo - interpretativo, em uma teia de significações sempre inacabada, consoante o círculo hermenêutico.¹²

No que tange à proposta hermenêutica, a postura é descritiva e compreensiva do vivido. Para tanto, buscou-se compreender os sentidos do fenômeno investigado a partir da hermenêutica filosófica de Gadamer.¹² Compreender, para Gadamer,¹² implica a produção de um sentido diferente e, portanto, original. O verdadeiro sentido de um texto não se esgota no dito pelo informante, nem em um determinado ponto; mas, sim, em um processo infinito, uma vez que “constantemente, surgem novas fontes de compreensão que tornam patentes relações de sentido insuspeitadas”.¹²

Nesse sentido, não somente o “manifesto, mas igualmente, o não-dito e o interdito, que devem ser entendidos no contraste com o contexto da fala (entorno social) e com níveis internos ao sujeito que, em última instância, conferem limites ao que pode ser ou não dito, independente, até mesmo, da vontade de quem fala”.¹⁶

A obra de Gadamer é adotada como fundamento hermenêutico. Contudo, não foram localizadas categorias analíticas em sua obra que auxiliassem a derivar sentidos para as narrativas, tendo sido incorporadas outras contribuições, em especial a obra de Lévinas, conferindo destaque aos textos referidos ao final deste artigo. As proposições sobre “ética da alteridade” presentes nessa produção nos permitiu selecionar essa categoria analítica como conceito central, agregando, ainda, dentro de uma concepção interpretativa inspirada pela interdisciplinaridade, autores que vêm sistematicamente discutindo a questão do cuidado no âmbito da saúde coletiva.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Concepções sobre a ética do cuidado

A dimensão “Cuidado como técnica” refere-se às práticas mais comprometidas com os modelos tradicionais da biomedicina e da psicologia clínica. Nessa perspectiva, o usuário se afasta de sua capacidade de autogestão, ocupando o papel de dependente – no sentido mais literal da palavra – da ajuda especializada dos profissionais; estes, por sua vez, insistem em ficar “surdos” ao sujeito que vem em busca de cuidado e orientam

suas práticas pelo modelo de relação sujeito-objeto. A melhor caracterização desse caso é a relação objeto-objeto,^{11,15} na qual o próprio psicólogo, afastado de si mesmo, não assume postura crítica⁷ e reflexiva sobre o seu modo de estar a serviço do outro na instituição: “*Cuidar do outro é especializado (...) vou usar técnicas para cuidar daquele paciente, que é a pré-avaliação, é tudo isso que estou utilizando de técnicas, (...) não estou cuidando dele porque acho ele maravilhoso e estou com pena dele.*” (Informante 5).

Tal cuidado revelado pela informante pactua com o sentido disseminado no senso comum do cuidar como um “conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um tratamento”.³ Na vivência dessa informante, o cuidado foi considerado como uma correta aplicação de procedimentos diagnósticos, de acordo com os passos instituídos no serviço de saúde, considerando-se os usuários “um objeto conhecido”,¹⁵ além de subjugá-los à intervenção tecnicista ainda tão presente nos serviços da rede estadual analisada.

Cuidado como minimização da dor do outro é mais um aspecto desta dimensão: “*Às vezes o paciente não vai ficar curado, talvez não saia daquela situação, mas nós conseguimos dar um certo conforto para ele em termos de diminuir a ansiedade...*” (Informante 8). O risco é, uma vez mais, tornar o outro um objeto de intervenção e de interesse do psicólogo ou da equipe, deslocando-se da esfera da singularidade e da relação para a da rotulação, tal como alertam Andrade & Morato² e Freire.¹⁰

Em contrapartida, uma subdimensão recorrente nos depoimentos faz referência à necessidade sentida pelas informantes de terem um cuidado maior consigo mesmas, o qual lhes permita encontrar meios de resistir à frustração ao lidar com os sofrimentos do outro e não conseguir ajudá-lo ou fazê-lo aquém do esperado: “*Claro que não é fácil. A gente tem que ter muita resistência à frustração, porque o grau de sucesso é mínimo.*” (Informante 7).

Embora presente, “esse cuidado de si” parece estar mais “interessado no outro”¹⁵ e, conseqüentemente, “em seu sofrimento, como um objeto de intervenção tecnicista pelo psicólogo”.^{7,10}

Imaginar-se satisfeita individualmente com o serviço prestado ao usuário parece, no entanto, ocorrer com aquelas que pretendem isentar-se de qualquer culpa e, conseqüentemente, como já exigia Lévinas,^{14,15} de qualquer responsabilidade para com o outro. Insistir numa atitude de cuidar de si configura, ao mesmo tempo, uma prática não-cuidadora para com o usuário: “*Faço meu parecer. Se ele for operado, mesmo eu dizendo que no momento não está [apto] (...) Está lá o meu parecer. Essa culpa não vou pagar. Já está lá no prontuário: que ele no momento deveria esperar mais um pouco.*” (Informante 5).

Outra informante, restrita mais à norma instituída, mostrou-se indiferente ao apelo do outro que busca cuidado. Tal fato caracteriza o predomínio do “caráter individual-universalista”³ da atenção em saúde, também presente na argumentação de Gadamer,¹¹ em relação à persistência dessa configuração mais técnica entre os profissionais de saúde.

Entretanto, relatos como o transcrito a seguir revelam uma outra atitude ante o usuário e uma preocupação com o cuidar de si mesma, por meio de processo singularizado ou de suporte externo, com o intuito de ter maior atenção e abertura ao encontro com o outro: *“Para mim... a dor, ela permeia essa atividade; o sofrimento psíquico da gente. Tenho que ter um cuidado comigo, por conta do tipo de trabalho que faço para que isso não me traga uma dor – digamos, assim, paralisante – mas o sofrimento faz parte da minha atividade, todos os dias.”* (Informante 1).

Nesse excerto, a informante revelou uma abertura necessária para com o sofrimento do outro, ao assumir, na presença daquele que busca o seu serviço, uma “postura de não-isenção”.¹⁰ Além disso, sua posição busca compartilhar com a necessidade de romper com a “prestação objetivadora” da assistência, já tão criticada por Gadamer.¹¹ Tal postura faz transitar para a segunda dimensão: “O cuidado como abertura ética ao outro”.

Cuidado como abertura ética ao outro

Um aspecto que emergiu de imediato, nesta dimensão, foi a abertura ao outro, reconhecido e respeitado como uma pessoa singular, com sua história de vida e valores, seus medos e sofrimentos, como expõe a informante: *“Vejo que o usuário tem uma necessidade muito grande de ser ouvido e acolhido. E acho que na minha atuação procuro muito fazer isso. [...] Vejo que a própria atitude sua de ser receptivo, de estar aberto, já promove um alívio dos sintomas.”* (Informante 3).

Nessa vertente, o profissional busca distanciar-se da formulação de regras, do enquadre diagnóstico e do seguimento de rotinas pré-estabelecidas, revelando uma abertura ao encontro com a alteridade, abertura que rompe com a “alergia” ao outro, típica das relações atuais e já denunciadas pelo filósofo Lévinas:^{14,15} *“Não gosto dessa postura de estar distante do paciente. Então a minha postura é realmente de me aproximar e acolher e estar escutando aquela pessoa; estar envolvida mesmo na história”* (Informante 1).

Essa sensibilidade durante o encontro com o usuário foi também vivenciada por outras informantes que buscam desenvolver atitude diferenciada, priorizando o olhar e a relação intersubjetiva, sem deixar de voltar-se para os aspectos técnicos: *“É dessa forma que vejo: o cuidado das pessoas como um todo, não só pelos sintomas que eles estão mostrando, pela doença”* (Informante 4). Do mesmo modo, é ingênuo assumir a linguagem

tecnocientífica e supô-la como a única capaz de dar conta da complexidade das ações e cuidados na área: *“Doutor, quando o senhor tiver uma paciente com câncer, mande para mim, mas me oriente como devo agir...”* (Informante 2).

Cuidar do outro como uma dimensão ética é uma exigência que precisa ser vivenciada por quem cuida e implica “o não-exercício de um saber ou de um poder sobre o outro”,¹⁰ que possam transformá-lo na ordem do idêntico,¹⁵ “domesticá-lo” ou adaptá-lo, segundo os preceitos e expectativas institucionais.

A partir da discussão ética levinasiana,^{14,15} o acolhimento tem início no momento em que o psicólogo se dispõe ao encontro e ao diálogo. Para assumir-se como um sujeito ético, não há como se abster da obrigação para com o outro. E para mantê-lo soberbamente em sua singularidade e em seus saberes, desejos e história, faz-se preciso não ficar restrito à técnica: *“Essa questão do acolhimento, da escuta, vem muito por conta disso, da gente poder dar um continente para essas pessoas que vêm com tantas histórias de sofrimento”* (Informante 1).

É a “ausculta” do desejo e do discurso do outro, do qual o psicólogo, ou qualquer outro profissional da equipe de saúde, “não tem como tirar a palavra”;¹⁵ mas, sim, oferecer-lhe um encontro genuíno e de respeito, cuja marca fundamental é o diálogo intersubjetivo. Esse diálogo também precisa ser demarcado pela assimetria,¹⁵ que rompe com a persistente simetria das tradicionais relações com o outro, baseadas na técnica e no saber-poder¹⁰ sobre ele.

Compreender a pessoa doente, sem compartimentalizá-la em aspectos – sejam biológicos, psicológicos ou sociais – implica enxergá-la pela ótica da integralidade,¹⁹ por meio da qual um ou outro desses aspectos pode predominar e demandar maior atenção, sem restringir o olhar a apenas um deles, tampouco anular a teia que os entrelaça: *“No hospital, a maioria da rotina hospitalar as pessoas cuidam só da doença, não é? E então não é só cuidar da doença, a gente tem que ver o paciente como um todo, como pessoa humana, como história de vida.”* (Informante 4).

Cuidado como política de saúde

Esta dimensão revela a necessidade urgente de (re)construção dos modos de pensar e praticar a questão da saúde. A humanização da assistência configura-se como uma proposta atual vivenciada pelas informantes no cotidiano do serviço estadual para a (re)construção na área de saúde mental, como corrobora o excerto seguinte: *“No momento em que tenho condições de responder ao que ele está precisando, estou humanizando o meu atendimento, estou individualizando, estou dando a ele o que só o seu José precisa naquele momento.”* (Informante 8).

Além disso, a humanização precisa voltar-se, de forma crítica e reflexiva, para a questão dos conhecimentos dominantes na área da saúde, revendo os sistemas de verdade atuantes no cotidiano dos serviços.⁴ A humanização deve ser concebida, portanto, como “uma prática ético-política”,⁸ por implicar o serviço ao outro, em quem repercute uma ação ou um discurso do profissional da saúde, e por se voltar para o modo de relação e de construção da vida das pessoas.

É necessária uma constante reflexão crítica do psicólogo sobre seu modo de estar a serviço do outro e sobre as propostas governamentais, sabendo que a revisão das práticas em saúde precisa passar por “ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e dos rumos da produção de cuidados em saúde”.⁸ Fundamentalmente, as profissionais informantes já vivenciam essa necessidade, ainda que em graus diferenciados, e buscam de forma crítico-reflexiva assumir maior compromisso com a questão do cuidado, re-significado a partir de uma atitude ética para com o outro e reconhecido como uma condição de atuação do profissional em saúde mental na rede estadual de saúde.

CONCLUSÕES

O campo da saúde demanda um modo diferenciado de estar a serviço do usuário. Não cabe negar o modelo médico vigente, tampouco os alcances técnicos proporcionados. Porém, não se justifica que os profissionais inseridos na assistência, qualquer que seja o seu *locus* de atuação, deixem de insistir na construção de novos espaços e novos modelos fundados no diálogo, os quais possam reverter a soberania da técnica, em detrimento da intersubjetividade.

A atenção à saúde do outro em um serviço público – seja em hospitais gerais não-psiquiátricos, centros de saúde ou outras modalidades – demanda do profissional uma postura crítico-reflexiva e uma atitude diferenciada frente ao outro. Esta atitude é mais comprometida com a realidade sociocultural e política de sua prática, com o compartilhar de ações e responsabilidades; e menos focada no rótulo diagnóstico, na minimização da dor do outro, no mero ajustamento e, sobretudo, no outro como objeto de intervenção tecnicista. Tal atitude rompe, dessa forma, com a prática tradicional que o deixa “ilhado”, com o papel cristalizado do perito, com

postura “alérgica” – nos termos em que esta expressão foi aqui definida.

No cotidiano dos serviços de saúde investigados, dois significativos agrupamentos de prática do psicólogo puderam ser percebidos. O primeiro e preponderante é caracterizado mais pela ocupação e interesse no outro como objeto de intervenção técnica, no qual o profissional – como um perito – insiste na identificação, na cristalização de um saber-poder e na anulação da alteridade.

O segundo conjunto de experiências já revela, contudo, uma atenção “para com” o sujeito, no qual o usuário não é mais um simples receptor passivo e, sim, um outro interlocutor. Tal atitude proporciona aos psicólogos ir ao encontro de algo que escapa ao grupo anterior: pôr seu papel de perito em xeque e criar práticas mais próximas ao respeito às demandas do usuário e ao acolhimento de sua singularidade. Essa abertura e afetação necessárias ao encontro com o outro implicam a compreensão do cuidado como uma atitude ética, em oposição à atitude de cuidado como técnica, e faz uma exigência ética ao psicólogo: não exercer sobre o outro qualquer poder ou domínio que anule sua alteridade, e nem fazer dele um meio para qualquer finalidade, pois o outro deve “ser um fim em si mesmo”. Tal postura exige, ainda, que o psicólogo atue como um mediador e responda às necessidades do outro, cuja complexidade não pode ser reduzida a um número de prontuário ou a um órgão doente. Há, portanto, uma exigência de superação dialética, sem negação das dimensões implicadas. Para tanto, faz-se necessário ao psicólogo se assumir como um sujeito ético-político.

O cuidado como uma atitude ética, no entanto, não cabe em uma formulação teórica, típica do pensamento racional. Implica uma disponibilidade pessoal, em que cada profissional permite ser afetado por uma outra via não-teórica e de não-isenção: a dos sentidos, dos afetos e a da abertura ao outro, que exige ainda uma abertura a novos diálogos e a uma contínua reflexão.

Tal postura, embora tenha se revelado ainda incipiente, já pode ser constatada no cotidiano das profissionais entrevistadas, as quais têm buscado assumir o papel-chave de autoras e atrizes da tarefa de tecer a intrincada teia de revisão das práticas de saúde (mental) na rede pública de serviços.

REFERÊNCIAS

1. Amatzuzi MO. O resgate da fala autêntica. Campinas: Papius; 1989.
2. Andrade AN, Morato HTP. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estud Psicol.* 2004;9(2):345-53.
3. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saude Educ.* 2004;8(14):73-92.
4. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2005;10(3):549-60. doi:10.1590/S1413-81232005000300013.
5. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2001;6(1):63-72. doi:10.1590/S1413-81232001000100005.
6. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. *El ofício de sociólogo.* Madrid: Siglo Veintiuno, 1986.
7. Coelho Jr N. A identidade (em crise) do psicólogo. *Cad Subj.* 1996;4(1):302-14.
8. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Coletiva.* 2004;9(1):7-14. doi:10.1590/S1413-81232004000100002.
9. Freidson E. La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicada. Barcelona: Ediciones Península; 1978.
10. Freire JC. A psicologia a serviço do outro: ética e cidadania na prática psicológica. *Psicol Cienc Prof.* 2003;23(4):12-5.
11. Gadamer HG. Mistério da saúde. In: O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70; 2002. p.101-111.
12. Gadamer HG. A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito. In: Gadamer HG. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1997. p.273-556.
13. Goffman E. La vita quotidiana come rappresentazione. Bologna: Il Mulino; 1969.
14. Lévinas E. Ética e infinito. Lisboa: Edições 70; 1982.
15. Lévinas E. Totalidade e infinito. Lisboa: Edições 70; 1988.
16. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
17. Murphy S, Bennett P. Health psychology and public health: theoretical possibilities. *J Health Psychol.* 2004;9(1):13-27. doi:10.1177/1359105304036099.
18. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova "saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica.* 1998;32(4):299-316. doi:10.1590/S0034-89101998000400001.
19. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc; 2005. p.21-36.