

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO**

JANAINA DORIGO DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
ENCONTROS COM A EDUCAÇÃO POPULAR**

CAXIAS DO SUL

2021

JANAINA DORIGO DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
ENCONTROS COM A EDUCAÇÃO POPULAR**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós Graduação em Educação – Curso de Mestrado da Universidade de Caxias do Sul como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Educação. Linha de Pesquisa: Educação, Linguagem e Tecnologias

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Alquati Bisol.
Coorientador: Prof. Dr. Sandro de Castro Pitano.

Caxias do Sul

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

S237e Santos, Janaina Dorigo dos

Educação em saúde mental [recurso eletrônico] : encontros com a
educação popular / Janaina Dorigo dos Santos. – 2021.

Dados eletrônicos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de
Pós-Graduação em Educação, 2021.

Orientação: Cláudia Alquati Bisol.

Coorientação: Sandro de Castro Pitano.

Modo de acesso: World Wide Web

Disponível em: <https://repositorio.ucs.br>

1. Educação popular. 2. Educação. 3. Saúde mental. I. Bisol, Cláudia
Alquati, orient. II. Pitano, Sandro de Castro, coorient. III. Título.

CDU 2. ed.: 37.017.4

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Carolina Machado Quadros - CRB 10/2236

JANAINA DORIGO DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
ENCONTROS COM A EDUCAÇÃO POPULAR**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós Graduação em Educação – Curso de Mestrado da Universidade de Caxias do Sul como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Educação. Linha de Pesquisa: Educação, Linguagem e Tecnologias.

Caxias do Sul, 19 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Dra. Cláudia Alquati Bisol (presidente - UCS)

Dr. Sandro de Castro Pitano (Coorientador - UCS)

Participação por videoconferência

Dra. Nilva Lúcia Rech Stedile (UCS)

Participação por videoconferência

Dra. Daianny Madalena Costa (Unisinós)

Participação por videoconferência

Dra. Simone Chandler Frichembruder (UNICNEC)

Caxias do Sul

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Claudia Alquati Bisol, que além de ser orientadora desta pesquisa, sabiamente percebeu antes de mim mesma o caminho que eu desejava trilhar e me guiou.

Agradeço ao professor Sandro de Castro Pitano, por contribuir de forma significativa na coorientação desta pesquisa.

Às professoras Daianny Madalena Costa e Simone Chandler Frinchembruder pelas valiosas contribuições na banca de qualificação e por aceitarem participar da banca de defesa de dissertação junto a professora Nilva Lúcia Rech Stédile, a qual também sou grata.

Menciono novamente a querida prof. Simone, que desde a minha graduação em psicologia se fez presente, tornando-se exemplo de afetividade e cuidado.

Aos trabalhadores da Rede de Atenção de Saúde Mental, pela acolhida e pelas potentes contribuições que produziram a identidade desta pesquisa.

À turma síncrona do mestrado, com a qual passamos juntos pelo desafio de mergulhar na pós-graduação à distância de forma inesperada. A afetividade e o acolhimento da turma foram indispensáveis para que fosse possível seguir.

Aos meus colegas do Centro Pop Rua, principalmente pelos nossos dois últimos anos de resistência e de construções conjuntas, em meio à pandemia. Não sei se sabemos ainda mensurar tudo o que já passamos, mas agradeço por estar sendo com vocês.

À minha querida família, por compreender o sentido de saudade que a distância nos fez sentir. Agradeço ainda mais a riqueza de estarem bem, vacinados e rumo à terceira dose.

Ao meu companheiro de mais de 13 anos, agradeço a tua paciência pelas vezes que necessitei do silêncio, meu amado músico! Nestes tempos aprendemos o sentido de esperar, sem deixar de sonhar juntos.

Por fim, agradeço àqueles que atendo no cotidiano do trabalho e que despertam em mim os movimentos que faço para contribuir na construção de políticas públicas sociais democráticas e equânimes.

RESUMO

Pensar possibilidades de potencializar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) requer não apenas olhar para os dispositivos que a compõem, mas também para os trabalhadores, os sujeitos atendidos e as relações que estabelecem. Diante de um contexto de tensionamentos e desmontes legislativos das políticas públicas de saúde mental, faz-se necessário resgatar o histórico de aproximadamente três décadas da Reforma Psiquiátrica Brasileira para a compreensão da importância do cuidado em saúde mental que essa preconiza. Fruto do movimento reformista, a RAPS é uma pluralidade de serviços que se capilariza em uma rede de atenção em saúde mental no território existencial dos sujeitos que eram subjugados a modelos manicomial. Como parte deste processo histórico, as práticas de cuidado em saúde mental são construídas junto a ações educativas que podem perpetuar modelos manicomial ou construir processos de cuidado que respeitem a singularidade dos sujeitos, possibilitando a coconstrução de autonomia. Assim, este estudo objetiva investigar os princípios que sustentam e/ou emergem das relações entre trabalhadores e usuários nas práticas de cuidado em saúde mental. Para tal, esta investigação pauta-se nas concepções da educação popular, visto suas contribuições pelos movimentos populares que culminaram, entre outras questões, no entendimento de saúde como direito e no cuidado em saúde mental de base comunitária. A fim de aproximar a educação da saúde mental, realiza-se uma análise dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), articulando-os à Política Nacional de Saúde Mental. Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório, que contou com 18 entrevistas semiestruturadas, dando liberdade aos participantes para expressar sobre a temática. Os entrevistados foram trabalhadores de diferentes serviços e níveis de complexidade da RAPS do município de Caxias do Sul. Realizou-se análise de conteúdo dos dados a partir da proposta de Bardin. Os dados foram organizados em duas categorias. A primeira, denominada autonomia, foi estruturada em três subcategorias: construção/produção de autonomia; respeito à singularidade; escuta. A segunda categoria, denominada interdisciplinaridade, conta com duas subcategorias: trabalho coletivo e intersetorialidade. A partir dos resultados é possível compreender que a capilarização da RAPS em diferentes serviços, conforme a especificidade do público atendido, contribui para a coconstrução de autonomia de forma singular. Além disso, as concepções de autonomia são construídas e compreendidas a partir das singularidades dos sujeitos atendidos em cada serviço de saúde mental. A partir das características de cada serviço, a autonomia ganha nuances próprias para o cuidado em saúde mental. Evidencia-se também o trabalho coletivo como potencialidade do cuidado em saúde mental. A busca por espaços em que há o fazer pelos diferentes saberes contribui para a integralidade do cuidado. Este é produzido à medida que as equipes interdisciplinares se inter-relacionam dialogicamente, podendo produzir conhecimento conjunto acerca das problematizações que realizam.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação Popular. Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Thinking possibilities of potentializing the *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS – Brazilian's Public Network of Psychosocial Support) requires not only looking at the ones attended, and thus the created relationship. From a context of tension and legislative dismantling of mental health public policies, it becomes necessary to rescue the three decades history of the Brazilian Psychiatric Reform to understand the importance of mental health support that the reform advocates. As a product of the reformist movement, RAPS is a plurality of services that spreads into a mental health support network in the existential territory of those who once were subject to an asylum-based model. As a part of this historical process, the practices on mental health support are built along educational actions that may perpetuate asylum-based models or build support processes that respect subjects' singularities, which enables a co construction of autonomy. Thus, this study aims to investigate the principles that support and/or emerge from the relationships between workers and users on mental health support. For such, this investigation is guided by the conceptions of popular education, considering its contribution from the popular movements that resulted, among other subjects, in an understanding of health as a right and in community mental health support. In order to approximate mental health and education, the premises of the *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (PNEPS – Brazilian's National Policy of Permanent Health Education) and the *Política Nacional de Educação Popular em Saúde* (PNEPS-SUS – Brazilian's National Policy of Popular Health Education) are analyzed and articulated into the *Política Nacional de Saúde Mental* (Brazilian's National Policy of Mental Health). It is a qualitative and exploratory study, that had 18 semi-structured interviews, where the participants were free to express over the theme. The interviewees were workers from different services and complexity levels in Caxias do Sul's RAPS. Content analysis of the data was made according to Bardin. Data was then organized into two categories. The first, named autonomy, was structured into three subcategories: autonomy construction/production; respect for singularity; listening. The second category, named interdisciplinarity, has two subcategories: collective work and intersensoriality. From the results it is possible to understand that the spreading of RAPS into different services, according to the specificity of the attended public, contributes to the co construction of autonomy in a singular form. Furthermore, the conceptions of autonomy are built and understood based on the attended individuals' singularities in each mental health service. From the characteristics of every service, autonomy gains its own nuances of mental health support to the attended public. It is also evident the collective work as a mental health potentiality. Seeking for spaces where there's something to be done for the different knowledge contributes to the integrality of support. This is produced as the interdisciplinary teams inter-relate dialogically, being able to produce collective knowledge about the problematizations they make.

Keywords: Health Education. Popular Education. Mental Health. Psychosocial Support Network

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – RAPS conforme Política de Saúde Mental

Figura 2 – Pontos de Atenção que se referenciam ao CAPS

Figura 3 – Rede de Atenção Psicossocial de Caxias do Sul

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de CAPS implementados até 2014

Quadro 2 – Dados Gerais sobre os Participantes

Quadro 3 – Roteiro das Entrevistas

Quadro 4 – Análise de Dados

Quadro 5 – Categorias

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
ANEPOP	Articulação Nacional de Extensão Popular
APOIAR	Ambulatório de Atenção Integral à Crianças e Adolescentes
AT	Acompanhante Terapêutico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAIS Mental	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CAPS ij	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
Centro Pop Rua	Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Centro Especializado de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde
CNEPS	Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional da Criança e do Adolescente
CT	Comunidade Terapêutica
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENEPS	Encontros Nacionais de Educação Popular em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HG	Hospital Geral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NEPS	Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PARTICIPASUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PNH	Política Nacional de Humanização do SUS
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PRO EPS SUS	Programa de Fortalecimento da Práticas de Educação Permanente no SUS
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAS	Serviço Especializado em Abordagem Social
SEPOP	Serviço Especializado em População em Situação de Rua
SF	Saúde da Família
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SM	Saúde Mental
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SRT	Serviço de Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TR	Técnico de Referência
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAIJ	Unidade de Acolhimento Infante Juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	CAMINHANDO PARA A PESQUISA	13
2	LINHAS CONCEITUAIS EM SAÚDE MENTAL.....	22
2.1	Trançando a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS.....	27
2.2	A RAPS do município de Caxias do Sul	41
3	LINHAS CONCEITUAIS DA EDUCAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	45
3.1	Pelos ‘nós’ da Educação Permanente em Saúde.....	50
3.2	Pelos ‘nós’ da Educação Popular em saúde.....	53
3.3	Entrelace da Política Nacional de Saúde Mental à PNEPS e à PNEPS-SUS.....	57
4.1	Participantes da pesquisa	64
4.2	Instrumentos e procedimentos	67
4.3	Análise de conteúdo.....	68
5	ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO	71
5.1	AUTONOMIA	71
5.1.1	Construção/Produção de autonomia.....	73
5.1.2	Respeito à singularidade	88
5.1.2	Escuta	94
5.2	INTERDISCIPLINARIDADE	102
5.2.1	Trabalho Coletivo.....	105
5.2.2	Intersetorialidade	115
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
	REFERÊNCIAS	131
	APÊNDICES	147
	APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	148
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149

1 CAMINHANDO PARA A PESQUISA

A busca por esta investigação diz dos meus movimentos de constituição acadêmica e profissional no campo da assistência social, saúde e educação. Sinto-me em constante processo de construção enquanto educadora social e psicóloga: educadora, atuante há cerca de dez anos na Política de Assistência Social do município de Caxias do Sul, e psicóloga, desde 2015.

Em relação à Psicologia, iniciei a graduação em 2007 e, em 2011, ainda estudante, encontrei-me com a educação social. Neste ano, assumi o cargo de educadora social, por concurso público, que exigia como escolaridade mínima o ensino médio, na Fundação de Assistência Social do município de Caxias do Sul. A caminhada profissional como educadora social ocorreu primeiramente em uma casa de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, na qual atuei por seis anos. Em seguida, fui para um Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua (Centro Pop Rua), atuando tanto na sede, pelo Serviço Especializado em População em Situação de Rua (SEPOP), quanto no espaço da rua, pelo Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS).

A proximidade com histórias de vidas singulares e a possibilidade de construção de espaços de reflexão e reconstrução de trajetórias de vida produziam inquietações. Estas provocavam indagações e reflexões no cotidiano de trabalho enquanto educadora social e no campo da saúde mental. Percebo que, impregnada pelos conhecimentos que vinha construindo no meio acadêmico, fui tensionando novos fazeres no cotidiano do trabalho frente às dificuldades que surgiam nos serviços. Assim, mergulhada nos processos de trabalho que me encantavam e me mobilizavam, sei que também despertava em mim a necessidade de respostas e constante busca por outros saberes, a fim de dar novas significações aos processos dos quais fazia parte.

Finalizei a graduação em Psicologia e aprofundei-me em estudos que acalentassem minhas inquietações nos campos da Política de Assistência Social, Saúde Mental e Coletiva e Educação Permanente em Saúde. Pude

relacionar os saberes que fui construindo com os saberes que emergiam dos processos de trabalho em que estava inserida. Assim, passei a refletir e a problematizar as adversidades e potencialidades que se apresentavam em relação à atenção das Políticas Públicas à população em situação de rua, público com o qual passei a ter vínculo.

Compreendo que fui vivenciando a educação social conforme dela me aproximando, entre reflexões e problematizações, com encontros de riquezas únicas. Tais encontros possibilitaram estar junto com sujeitos coloridos, intensos e diversos, que, mesmo nas adversidades da vida, buscavam, cada um à sua maneira, 'ser mais', mesmo não sabendo que caminhos seguir para esta busca. O 'ser mais' é entendido como a vocação humana de existir na história, implicando um constante reconstruir-se no mundo. Diante de processos históricos que desumanizam pessoas, é importante ter esperança no potencial humano de se transformar e assim modificar o mundo (ZITKOSKI, 2019a).

Ademais, o 'ser mais' é tratado por Brandão (2006) quando escreve sobre uma educação emancipatória que compreende que é pela mobilização coletiva e pela participação popular que se produz conhecimento. Sei que muitos sujeitos que tive a oportunidade de encontrar, enquanto eu experienciava a educação social, faziam suas construções de 'ser mais' pela sobrevivência e continuidade de suas existências. Tais existências eram atravessadas pelas desigualdades econômicas, sociais, habitacionais, enfim, pela falta de acesso aos direitos fundamentais que possibilitassem a esta população outras formas de existir e reconstruir suas histórias de vida. Assim, os sujeitos dos encontros proporcionados nas vivências enquanto educadora social, tanto eu quanto eles, então nós, não sabíamos como construir este caminho coletivo de 'ser mais', apontado por Brandão. Percebi, ainda assim, que era possível construir espaços de reflexão sobre o contexto e sobre a realidade para que as construções individuais pudessem tornar-se coletivas.

Neste sentido, mobilizada pela minha curiosidade, as concepções da educação popular foram surgindo ao longo da minha jornada profissional como educadora social. Percebo hoje que, pela inexperiência e contradição de pensar educação popular de forma solitária, fui refletindo sobre as práticas de

trabalho que executava, na tentativa de contribuir com novas formas de atenção à população atendida. Com o tempo, fui compreendendo que a educação popular não é apenas uma concepção de educação e nem uma simples técnica que pode ser aplicada, mas, como Brandão (2006) conceitua, é uma dimensão político-pedagógica, regida pelo respeito às diferenças existenciais, que possui o principal compromisso pela libertação do povo oprimido.

Impregnando-me por esta concepção educativa, comecei a vislumbrar o cuidado em saúde mental de forma mais ampla. Desse modo, busquei a pós-graduação em educação propondo-me a pesquisar no contexto da Política de Saúde Mental. Fiz este movimento pela compreensão que a educação, sendo parte da humanidade, se estabelece como prática social nos mais diferentes contextos de existência humana.

No campo da saúde, contexto desta investigação, a educação se estabelece junto com os processos de trabalho que buscam o cuidado em saúde. Para Boff (1999, p. 33), "cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro". Para esta atitude comprometida, o autor discorre sobre a necessidade de que se construam responsabilidades para uma ética do cuidado. Vislumbra que de forma coletiva se possa construir relações entre os homens e a natureza de forma sustentável, de modo que se possa viver com qualidade de vida, com segurança e harmonia (BOFF, 1999).

Vasconcelos (2008) amplia o conceito de cuidado em saúde para uma concepção política. Assim, cuidar não é apenas responder à demanda de saúde-doença, mas assumir o compromisso pelo direito integral à cidadania dos sujeitos e das famílias atendidas. Tirar o foco da doença e ter o sujeito como centro de assistência à saúde é o embate pelo qual muitos trabalhadores passam nos serviços de saúde.

Pensar o cuidado em saúde mental não difere da concepção atribuída por Vasconcelos (2008), mas possibilita a aproximação à história da construção de novas formas de cuidado no âmbito da Política de Saúde Mental. Neste âmbito, além de focar o sujeito integral e não a doença, concebe a importância da

atenção no território existencial dos sujeitos. Nesta perspectiva, o cuidado em saúde mental sai da exclusividade do hospital psiquiátrico e do modelo hierarquizado de atenção e vai para o cuidado de base comunitária, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Este formato de atenção possui como dispositivo estratégico o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) inserido no território, que articula a atenção em saúde mental com serviços desde a atenção básica até a atenção hospitalar (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Percebo ser necessário estar atenta ao contexto de constantes movimentos e quebras de paradigmas em que se encontra o cuidado em saúde mental. A atenção à saúde mental da população está em um processo lento de avanços e retrocessos. É, nesta intersecção em processo, que busco nas concepções da educação popular respostas para continuidade de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Caxias do Sul. A permanente busca pela produção de conhecimento e de respostas, parte do reconhecimento de inconclusão (FREIRE, 1996). Neste reconhecimento que faço, problematizar a Rede de Atenção Psicossocial do município de Caxias do Sul, à luz da perspectiva político-pedagógica da educação popular, foi caminho por mim escolhido para iniciar meu processo de vir a ser pesquisadora.

A construção de processos de cuidado, preconizados pelo modelo em rede, caminha junto aos processos de trabalho e de educação em saúde. Tais conceitos são tratados nesta investigação, visto que educação em saúde transita junto às ações laborativas dos trabalhadores que compõem os serviços de saúde. Neste entrelace de trabalho e educação, encontra-se a problematização desta investigação: Quais princípios sustentam e/ou emergem das relações entre trabalhadores e usuários nas práticas de cuidado em saúde mental?

Atento-me ao campo investigativo em que busquei promover uma tessitura com as concepções da educação popular, que tem como uma de suas características a dialogicidade. Diferente da concepção antidialógica que conquista, divide, invade e oprime sujeitos, a dialogicidade apontada por Freire (2018) compreende que é no encontro dialógico entre os diferentes que se possibilita processos de conscientização e de transformação coletiva. Pontuo

que não transitou por esta escrita a pretensão de conceituar e ‘modelar’ educação popular em saúde mental, mas de reconhecer a singularidade do campo investigativo e do contexto vivenciado, a partir dos sujeitos que pronunciaram a palavra no encontro com a investigadora.

Para que esta pesquisa possa interagir com o que já está em processo de construção por outros pesquisadores, fiz uma busca por produções acadêmicas, utilizando os bancos de dados do Portal de Periódicos da CAPES/MEC e do Catálogo de Teses e Dissertações. Selecionei 12 pesquisas realizadas a partir de 2013, pelos descritores ‘saúde mental’, ‘educação’, ‘educação em saúde’, ‘perspectivas educativas’ e ‘cuidado em saúde mental’. As pesquisas encontradas são de cunho qualitativo e transitaram por entrevistas semiestruturadas, observações e observações participantes, análises documentais e grupos focais. Em relação aos temas, as investigações relacionam-se à educação permanente em saúde (EPS) e ao matriciamento ou apoio matricial.

No que concerne às pesquisas que tratam da EPS, Santos e Ferla (2017) tratam das contribuições da formação em saúde mental para agentes comunitários na atenção básica, evidenciando as transformações em relação ao preconceito aos usuários de álcool e outras drogas. Nos estudos de Novaes et. al (2017), é feita uma avaliação de capacitações em Saúde Mental na modalidade online para as equipes de saúde da família no estado de Pernambuco. Os investigadores compreendem que este espaço oportuniza a educação continuada em saúde mental.

Já Guimarães (2017) buscou compreender as concepções e práticas de cuidado em saúde mental entre os trabalhadores de um CAPS do município de Santos/SP. Entre os resultados, percebeu que a formação profissional de cada trabalhador não determina as concepções de cuidado em saúde, além disso, verificou a necessidade de ações de educação permanente e estímulos de compartilhamento de saberes entre a equipe e usuários.

No último estudo analisado, que trata da EPS, Cardozo (2019) investiga a relação entre assistentes sociais e familiares de usuários de municípios da Região Carbonífera do estado de Santa Catarina. A pesquisadora considera que há dificuldades em estabelecer relações horizontais e dialógicas, embora

com indícios de possibilidade de construção do agir educativo-comunicativo a partir dos preceitos antimanicomiais. Para tal, aponta a educação permanente em saúde como estratégia de desconstrução da percepção de educação evidenciada.

Seguindo para as pesquisas que tratam do matriciamento em saúde mental, entende-se este conceito como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (GONÇALVES, 2011, p. 15). Costa (2014) investiga a dimensão educacional das práticas de apoio matricial em saúde mental na atenção básica do município de Campinas/SP. A investigadora conclui que, no contexto estudado, os objetivos do matriciamento aproximam-se às práticas da pedagogia nova/progressista. Também aponta para o desafio de construir práticas dialógicas, democratizando o conhecimento.

Duas distintas pesquisas apontam como objeto de estudo as perspectivas dos trabalhadores acerca do apoio matricial. A partir de pesquisa realizada em um CAPS III do município do Rio de Janeiro/RJ, Menescal (2014) conclui que o matriciamento é um dispositivo educativo potente, apesar da burocracia e sobrecarga de trabalho. Já Oliveira (2019), a partir de pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal/DF, reforça a necessidade de equipes de apoio oriundas de serviços de saúde mental para a implementação do apoio matricial.

Em 2015, Oliveira investigou as contribuições do apoio matricial de saúde mental na qualificação das equipes da Atenção Básica em Saúde de uma região do município do Rio de Janeiro/RJ. Os resultados evidenciaram que o matriciamento já está implementado no contexto e que as equipes de saúde da família compreendem questões relativas aos cuidados em saúde mental (OLIVEIRA, 2015).

A partir da perspectiva dos profissionais de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo/SP, Melo (2017) buscou identificar a necessidade de ações educativas para a construção de estratégias de matriciamento. Entretanto, a pesquisadora evidencia que há a necessidade do enfrentamento das tensões vivenciadas pelas demandas crescentes de

atendimento, bem como a desconstrução das barreiras representadas pela estigmatização e medo acerca da temática. Ainda em 2017, a pesquisa de Ronchetti (2017) analisou o apoio matricial de uma equipe de saúde mental e duas de atenção básica de Santos/SP. Dos resultados, identificou a potencialidade do saber/agir leigo no cuidado em saúde mental na atenção básica, apontando a reunião de apoio matricial como espaço de educação permanente em Saúde.

Ramalho (2018) analisou a implementação do apoio matricial na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal, apresentando uma proposta de implementação do matriciamento para a promoção da saúde mental na RAPS na perspectiva do planejamento estratégico. Neste estudo, para que o apoio matricial seja um instrumento pedagógico na Atenção Básica, o investigador aponta para a anterior necessidade e qualificação dos profissionais da RAPS. Por fim, a pesquisa de Berwald (2019) propõe uma intervenção de educação permanente junto às equipes de CAPS e Atenção Básica do município de Porto Alegre/RS, apontando o apoio matricial como importante estratégia de cuidado em rede.

Os estudos apresentados, em sua maioria, aprofundam o objeto de estudo na relação entre os trabalhadores. Assim, pelo que pude percorrer nesta revisão, evidencia-se a importância de estudos relativos à educação em saúde nas relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental. Tais estudos podem contribuir para o entendimento dos princípios que acompanham o cuidado em saúde mental.

A diversidade do campo investigativo em que mergulho talvez reflita na dificuldade que tive em estabelecer parâmetros de busca de outras produções de pesquisa que utilizem os mesmos conceitos. Faço o apontamento dessa dificuldade ao mesmo tempo em que pude contemplar a riqueza de investigações que se produzem no território brasileiro enquanto fazia buscas pelos bancos de dados.

Assim, compreendo que possa ter outras produções próximas a esta investigação, que tem como objetivo investigar os princípios que sustentam e/ou emergem das relações entre trabalhadores e usuários nas práticas de cuidado em saúde mental. Para tal, delineei os seguintes objetivos específicos:

a) contextualizar a configuração da Política Nacional de Saúde Mental e a organização da Rede de Atenção Psicossocial do município de Caxias do Sul; b) conhecer os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, articulando-os à Política Nacional de Saúde Mental; c) identificar e analisar os princípios e as práticas de educação em saúde mental, que permeiam os processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do município de Caxias do Sul/RS e sua relação com a educação popular.

Organizei esta dissertação em seis capítulos. No primeiro apresento a minha caminhada até a pesquisa, as aproximações com outros estudos e os objetivos que proponho realizar.

No segundo capítulo, denominado *Linhas Conceituais em Saúde Mental*, apresento a Política de Saúde Mental e um breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira e faço a conceituação de alguns termos fundamentais no campo da saúde e da saúde mental. Por fim, contextualizo a Rede de Atenção Psicossocial do município de Caxias do Sul, campo de atuação dos participantes desta pesquisa.

No terceiro capítulo, *Linhas Conceituais da Educação na Política de Saúde Mental*, discorro sobre Educação em Saúde, educação permanente em saúde e educação popular em saúde. Apresento a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). Após, faço a articulação das diretrizes da PNEPS e da PNEPS-SUS com a Política Nacional de Saúde Mental.

Faço o endereçamento do quarto capítulo, intitulado *O Entrelace do Método*, aos procedimentos metodológicos. Neste, evidencio o delineamento da pesquisa, os participantes, o contexto, os instrumentos, os procedimentos, as considerações éticas e como realizei a análise de conteúdo. Para esta, optei por utilizar a proposta de Bardin.

No quinto capítulo, realizei a Análise de Dados e Interpretação das duas categorias produzidas a partir das entrevistas. Cada categoria foi tratada em subtítulos próprios em que pude compreender as percepções dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, aprofundando teoricamente os conceitos que surgiam no decorrer da análise.

Finalizo com as *Considerações Finais*, expondo minhas reflexões sobre o processo da pesquisa e entrelaces com meu processo de trabalho enquanto educadora social, além disso, aponto limites e potencialidades desta investigação.

2 LINHAS CONCEITUAIS EM SAÚDE MENTAL

Para iniciar a escrita no contexto em que a pesquisa objetivava, entendo ser de grande relevância, primeiramente, ‘puxar’ a linha conceitual do termo ‘saúde’. Da obviedade que aparenta expressar, o conceito de saúde foi ganhando outras dimensões ao longo do tempo, além de ser uma construção social, com características que emergem do contexto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma entidade ligada à Organização das Nações Unidas (ONU) e tem por principal objetivo desenvolver a saúde de todos os povos e em todos os territórios. Esta entidade conceituou saúde não apenas como ausência de doenças e enfermidades. Desde a Conferência Sanitária Internacional, ocorrida em 1946, em Nova York, que reuniu representantes de diversos países, saúde passou a ser concebida pela OMS como um estado de completo bem estar físico, mental e social. Esta definição não sofreu mais modificações na Constituição da Organização Mundial de Saúde desde que entrou em vigor, em 1948 (OMS, s/d).

No Brasil, a concepção de saúde embasou-se nos apontamentos da OMS, ganhando caráter de direito com a Constituição Cidadã de 1988. É válido salientar que o conceito de saúde foi construído anteriormente à Constituição, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, ocorrida por mobilização popular. Esta Conferência foi a primeira com a participação de usuários, viabilizando o que conhecemos hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, saúde é compreendida como resultado do processo histórico de engajamento e luta popular por um Estado Democrático e ampliado que desse conta das demandas sociais emergentes no país na década de 80. A partir da 8ª CNS, entende-se que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Este conceito ampliado de saúde influenciou na fundamentação dos artigos relacionados à saúde da Constituição Federal de 1988, que compreende a necessidade de um conjunto integrado de ações de diferentes atores e políticas setoriais para sua promoção (BRASIL, 1986; 1988a; 1988b).

Percebo ser importante enfatizar que o processo de redemocratização no Brasil é concomitante ao movimento sanitário e movimento da reforma psiquiátrica. Estes três caminhos – Redemocratização, movimento sanitário e movimento da reforma psiquiátrica – apontavam para diferentes objetivos, mas seguiam pelo mesmo campo de luta e tinham em comum a busca por significativas transformações sociais e estruturais.

Paim (1997) aponta que, na década de 70, a medicina preventiva e social e a medicina da família e da comunidade começaram a ganhar espaço nas universidades. Neste contexto, iniciaram-se aproximações entre os trabalhadores da saúde e as lideranças comunitárias que, pelo encontro entre os saberes da comunidade e os saberes científicos, fizeram laços e construções entre práticas e teorias antagônicas ao saber hegemônico biomédico. Estes enlaces de saberes populares e científicos possibilitaram, segundo Paim (1997), a construção de novos saberes no campo da saúde, permeados por práticas políticas e ideológicas.

No campo da Reforma Sanitária Brasileira, as transformações sociais e estruturais vinculavam-se a uma crítica ao modelo de saber hegemônico. Este modelo é atravessado pela visão americana mercantilizada da saúde e na lógica dicotômica de saúde ser a ausência de doença. A partir desta crítica, o movimento reformista buscou a construção de saberes contra hegemônicos e efetivos no campo político. Para evidenciar este processo de transformação estrutural, faço um resgate a alguns processos históricos e sociais que, entre outros importantes avanços, culminaram em legislações que embasam a caminhada da Reforma Sanitária pós Constituição Federal. Ressalto que é justamente pela Reforma ser um amplo fenômeno histórico-social que até os dias atuais gera constantes tensionamentos no campo da saúde pública brasileira, com disputas e interesses políticos-ideológicos (DÂMASO, 1989).

É possível distinguir dois conceitos fundamentais construídos a partir do movimento sanitário: ‘determinantes sociais de saúde’ (DSS) e o ‘processo de trabalho em saúde’. O DSS, calcado na concepção de saúde ampliada, foi construído para que intervenções no campo da saúde transcendessem a prevenção, o diagnóstico e a cura. A produção deste conceito fortaleceu a compreensão de saúde como parte da vida singular de cada um, em que entre

tantas questões, já que as desigualdades sociais também impactam a produção de saúde e os riscos sanitários da população (PAIM, 1997; PAIM, 2008).

Na construção desta linha conceitual que compõe a Rede de Atenção em Saúde, a compreensão dos DSS é possível quando se concebe que o conceito de saúde que trato aqui é produção social e histórica. Laurell (1989) considera que o processo de produção de saúde e de adoecimento é um fenômeno coletivo e, portanto, social. Por este entendimento, o que é considerado doença depende do grupo social e do momento histórico de que se trata. Neste sentido, posso compreender DSS como fenômenos que dependem dos modos de vida da sociedade e que interferem na produção de saúde de cada indivíduo. Além disso, também são parte dos determinantes sociais de saúde os fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos, comportamentais e étnico-raciais (BUSS; FILHO, 2007).

Estes fatores influenciam a produção de saúde e possibilitam pensar em fatores de risco à população em relação à saúde produzida. Os fatores que influenciam a produção de saúde podem ser ligados ao acesso à moradia, à alimentação adequada, à renda e ao emprego, à escolaridade, entre outros. Neste viés, ressalto sobre a importância de pensar os processos de cuidado junto aos outros segmentos da sociedade, de forma a promover a integralidade de atenção à saúde. No Brasil, foi criada no ano de 2006 a Comissão Nacional sobre os DSS (CNDSS), composta por especialistas de vários segmentos, no intuito de pensar de forma ampliada a produção de saúde no contexto brasileiro. Os principais objetivos da CNDSS são produzir conhecimentos, apoiar o desenvolvimento de políticas e programas e promover atividades de integração com a sociedade civil (BUSS; FILHO, 2007; CNDSS, 2008).

O outro conceito fundamental da Reforma Sanitária, denominado 'processo de trabalho em saúde', surgiu de construções teóricas sobre a possibilidade de criação de um sistema público de atenção à saúde. Este sistema deveria dar conta da atenção integral à saúde. Sendo assim, no campo estrutural de serviços, constituiu-se uma proposta de Sistema de Saúde organizado em rede, por regiões e hierarquizado, com a participação

comunitária e atendimento integral (TEIXEIRA, 1989; PAIM, 1997; PAIM, 2008).

Esta proposta, que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS), não se constituiu de uma hora para outra, mas pela participação intensa de vários segmentos que ansiavam por mudanças estruturais na sociedade. Isto, pois, apesar de o grande marco da Reforma Sanitária ocorrer em 1986 pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi a década de 70 o palco das primeiras organizações e mobilizações que culminaram no processo reformista em saúde (TEIXEIRA, 1989).

Nestes primórdios, segmentos da sociedade, intelectuais e trabalhadores seguiram pelo viés de contraponto ao modelo hegemônico não só da concepção de saúde-doença, mas de uma visão mercantilizada e privatizante da medicina no campo da previdência social. Assim, a 8ª CNS foi parte de um processo de muitas tratativas sobre a construção de um sistema de saúde que atendesse as demandas compreendidas para a efetivação da saúde como direito de todos (TEIXEIRA, 1989).

Além dos aspectos estruturais que concernem o conceito 'processo de trabalho em saúde', este também se dimensiona nas práticas dos trabalhadores no cotidiano do trabalho. Conceitua-se 'processo de trabalho em saúde' como práticas sociais, com influências de eventos e mudanças sociais, que ocorrem na dimensão do trabalho. Algumas influências são ocasionadas pelos avanços tecnológicos, pelas desigualdades sociais, precarização do trabalho, entre outros (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Em relação aos 'processos de trabalho em saúde', Fleury (1997b) aponta que todos, tanto trabalhadores e intelectuais que pesquisam e se engajam no campo da saúde pública quanto usuários do sistema de saúde sofrem com os mesmos determinantes sociais e históricos. Assim, é justamente por todos estarem neste mesmo cenário de intercorrências econômicas e desigualdades sociais que a busca pela democratização da saúde é coletiva. Esta perspectiva coletiva repercute não somente no campo da saúde, pois o movimento sanitário engrenou-se em luta social por demandas democráticas para toda a sociedade.

Paim (2008) aponta que a Reforma Sanitária pode ser concebida também como reforma social e projeto civilizatório, já que foi um processo que buscou o entrelaçamento de responsabilidades conjuntas do Estado e da sociedade para a efetivação, tanto do direito à saúde quanto de todos os demais direitos sociais. Assim, compreendo que a busca do movimento sanitário não foi apenas um processo de transformação da lógica organizativa dos serviços de saúde, dos processos de trabalho em saúde e da própria concepção de saúde, mas também almejou transformações que ecoassem em todo o conjunto social brasileiro.

Como já apontei, a 8ª CNS de 1986 foi o marco da Reforma Sanitária que legitimou a concepção reformista de saúde, sendo, então, instituída como 'direito de todos e dever do Estado' pela Constituição Federal de 1988. Assim, a saúde enquanto direito foi constituída como condição de função pública, com demandas de regulação, fiscalização e controle para o Estado. Entretanto, autores como Paim (1997) e Fleury (1997b) enfatizam que mais do que a materialização legal da Reforma Sanitária e instituição do Sistema Único de Saúde, há ainda a necessidade de que se abranja outras dimensões. Estas dimensões englobam a cultura e a própria participação plena da população para que assumam efetivamente o lugar de sujeitos ativos na sua condição sanitária e na continuidade de legitimação de seus direitos.

No campo da saúde mental, as transformações tensionam uma constante busca pela consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para além dos muros dos serviços com maior participação popular, do cuidado intersetorial comunitário. Se, no modelo tradicional, a atenção direcionava-se para o cuidado ambulatorial e este, para a hospitalização; no modelo de cuidado em rede, a porta de entrada para o cuidado em saúde mental dá-se pelos diversos dispositivos que compõem a RAPS e que serão tratados no próximo título.

2.1 Trançando a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS

Para trançar a Rede de Atenção Psicossocial, como a conhecemos hoje, concomitante ao movimento sanitário e às mudanças significativas que ocorreram no sistema de saúde brasileiro, o movimento da reforma psiquiátrica teve pontos históricos importantes nos anos 80.

Até os anos 70, os pressupostos de atenção eram pelo preventivismo e pela especialização e o modelo de serviço era o hospitalar. Este modelo surgiu nos Estados Unidos, como contraponto ao modelo asilar, e foi denominado de psiquiatria preventiva ou comunitária, que se ancorava em pressupostos da psiquiatria de setor originária da França pós-guerra. A psiquiatria comunitária ganhou espaço em território brasileiro e o cuidado em saúde mental passou a ser nos territórios. Entretanto, não se constituiu novas formas de cuidados em saúde mental, apenas se fragmentou a grande instituição psiquiátrica em pequenas instituições distribuídas pelo território geográfico. Destaco a questão de que os processos de trabalho, apesar de distribuídos em serviços especializados pelo território, ainda se perpetuavam, ao longo dos anos 70 e 80, pelo modelo asilar e pela hegemonia biomédica (AMARANTE, 1995; ALVES, 2001).

Amarante (1995) enfatiza sobre a latência do imaginário de salvação e de reducionismo conceitual produzidos pela medicina preventiva. Neste imaginário, a intervenção precoce da medicina preventiva através da medicalização evitaria um possível surgimento de doença mental. A meu ver, esta perspectiva preventivista linear enclausura a pluralidade da vida e da existência humana quando dita uma diretriz dicotômica de cuidado na área psiquiátrica. Tal diretriz é a dos adaptados e dos não adaptados ao contexto social. O preventivismo psiquiátrico ancora-se como um dispositivo de disciplinamento social, utilizando-se da medicalização como forma de controle. Assim, a hegemonia biomédica perpetua-se não mais no modelo de cuidado asilar, mas no modelo de cuidado atravessado pela medicalização como opção para a efetivação do cuidado no território.

Em 1987, trabalhadores da saúde mental redigiram o manifesto para o combate ao estigma e à exclusão de pessoas em sofrimento psíquico grave, na

cidade de Bauru, em São Paulo. O pensamento crítico ao saber hegemônico psiquiátrico, protagonizado principalmente pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi o eixo que embasou a reorganização do sistema assistencial no campo de cuidado. O movimento foi composto inicialmente por trabalhadores de saúde da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que reivindicavam melhores condições trabalhistas, condições de atendimentos ao público e reformulação do modelo médico-assistencial das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995, 2001; LANCETTI, 1997).

A política de saúde mental e seus preceitos foi ganhando seus traços com I Conferência de Saúde Mental (BRASIL, 1987), que reafirma as diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde pela implantação da Reforma Sanitária no Brasil. Deste primeiro marco para a futura implementação Política da Saúde Mental, aponta-se a necessária implementação de uma rede de atenção extra-hospitalar, a participação popular, além de evidenciar o debate sobre os direitos dos considerados doentes mentais:

Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a Legislação em vigor (Brasil, 1987, p. 21).

No que concerne ao manifesto na cidade de Bauru, a cidade de Santos foi palco de processos de trabalho e primeiras experiências de reorganização de equipes de saúde mental. Trabalhadores dispostos a mudanças no campo da saúde mental inauguraram o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que preconizava o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico grave integrado à comunidade (AMARANTE, 1997).

O processo de construção de cuidado junto à comunidade não é simplesmente o abandono das pessoas com sofrimento psíquico em uma sociedade que reproduz a continuidade de relações de poder hegemonicamente biomédicas e excludentes. Assim, como menciona Vasconcelos (2010), as II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental dos anos de 1992 e 2001 são palco de debates que repercutem na instituição da Lei 10.216, de 2001. O principal articulador dos debates é o movimento de Luta Antimanicomial que se fortalece como continuidade da Reforma Psiquiátrica e transita pela transformação da realidade, para que a sociedade acolha as

diferenças que excluía em manicômios. Passo a caminhar pelo entendimento de que o cuidado em comunidade não é simplesmente colocar as pessoas com sofrimento psíquico para fora do hospital, pois seria um abandono por parte do Estado.

Neste sentido, o cuidado em saúde mental comunitário é constituído não somente por uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial, mas também por uma rede composta pela própria sociedade que não depende do Estado para existir. Entretanto, trata-se da busca por uma sociedade que deve se transformar para que todas as diferenças possam conviver em comunidade. Ênfase que não é simplesmente virar uma chave para que uma outra sociedade possível almejada pela Luta Antimanicomial se estabeleça, sendo ela permeada por relações e tensionamentos que se constituem conforme o contexto e o processo histórico das sociedades.

Neste dimensionamento territorial de construção das RAPS, ressalto que o modelo manicomial é de centralidade do saber biomédico em que o foco é a doença mental e cuidado orientado na busca do diagnóstico e da indicação medicamentosa. Assim, entendo que não era prioridade, no viés manicomial, construções articuladas de uma rede ampla de cuidado justamente porque não se enxergava o sujeito para além da doença. Já no modelo de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica, o foco são os sujeitos de direitos que estão em sofrimento psíquico.

Ao longo dos anos 80 e 90, os pressupostos que permearam o cuidado no campo da saúde mental passaram pela racionalidade, hierarquização e regionalização dos serviços. Alves (2001) salienta que foi um período de muitas construções e amparos legislativos, entretanto, também um período de burocratização de acesso à população com construção de diretrizes de porta de entrada de acesso, referência e contrarreferência. Apesar de certa crítica, o autor aponta que os anos 90 também são permeados pela diversificação e complexidade da RAPS, que contempla os sujeitos atendidos na sua integralidade. Além dos serviços, a RAPS amplia-se também para as redes sociais construídas pelos sujeitos (ALVES, 2001).

No processo de transformação da atenção à saúde, Paim (2008) e Fleury (1997a) expõem que a dominância biomédica ainda se perpetua nas

práticas de saúde, mesmo com as construções conceituais relacionadas à saúde já expostas nesta escrita. Em um contexto de crise de financiamento e retrocessos político-institucionais, o processo de reformas no campo da saúde, pela sua complexidade e abrangência, depende da transformação tanto de práticas de saúde sob o constante questionamento da hegemonia do saber quanto da própria sociedade.

A busca por transformações ainda é atual e almeja a ruptura e superação radical de um modelo psiquiátrico tradicional de cuidado. Este modelo que se expressava nos manicômios e na hegemonia do saber médico sobre a 'loucura' repercute em práticas de cuidado até os dias atuais. Faço este apontamento em relação à hegemonia do saber médico, pois o campo da saúde mental é ainda uma grande arena de tensionamentos entre a lógica hospitalocêntrica e a lógica de cuidado em rede.

Vasconcelos (2014) concebe os anos 90, mais precisamente o período de 1992 a 2001, como a segunda grande fase da Reforma Psiquiátrica. Uma fase permeada por grandes avanços das estratégias de implementação da desinstitucionalização, com ampliação da rede de serviços substitutivos e significativa diminuição dos leitos psiquiátricos hospitalares. Porém, também um período de grandes impactos relacionados ao avanço neoliberal, com aumento significativo de desemprego, violência e desigualdade social, ampliando assim fatores de risco aos 'determinantes sociais de saúde' (VASCONCELOS, 2014).

No atual campo normativo, a Política de Saúde Mental passou a ter um reforçado amparo legal, principalmente após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. Aliás, Vasconcelos (2014) aponta que a partir de 2001 iniciou-se a grande terceira fase da Reforma Psiquiátrica, que se instaurou pela legitimação da RAPS e pela ampliação da agenda política em saúde mental em um contexto que tem como legado desafios para serem enfrentados pelos que buscam a continuidade da Luta Antimanicomial. Entretanto, se nos anos 80 a luta era pela busca dos direitos aos considerados 'loucos', compreendo ser de extrema importância o entendimento que, a partir dos anos 90, as lutas passaram a ser para manter o financiamento no campo da saúde mental e continuidade das construções permeadas pelas concepções antimanicomiais.

O desenho almejado da RAPS, em 2011, pelas mobilizações e Conferências Nacionais de Saúde Mental que promulgaram a Lei da Reforma Psiquiátrica, não se concretiza em muitos territórios, justamente pela constância destes enfrentamentos (ALVES, 2001).

A Política de Saúde Mental legitimou-se pela Lei Federal nº 10.216 de 2001, objetivando o redirecionamento do modelo assistencial hospitalar em saúde mental para o atendimento em rede. Além disso, regulamentou o cuidado no território aos que passaram longos períodos institucionalizados, prevendo, inclusive, a possibilidade de punição aos que tentam internações psiquiátricas desnecessárias e arbitrárias (BRASIL, 2001).

Apesar de estar exposto nesta lei que um dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental é “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”, é a Portaria nº 3.088 de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS, legitimada por esta Portaria e atendendo também à Portaria nº 7508 de 2011, constituiu-se como uma rede de cuidados territorializada. Esta Portaria almejou concretizar os princípios da Reforma Psiquiátrica que são análogos aos Princípios que legitimam o SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade. Além disso, esta lei segue as diretrizes de regionalização e hierarquização; descentralização, comando único e fomentos à participação popular (BRASIL, 2011a).

O que dá a forma de uma rede entrelaçada por diferentes níveis de atenção à saúde mental, que existem conforme à necessidade da população, são estes sete componentes da RAPS: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Na Figura 1, explano como se configura a RAPS, a partir da Política Nacional de Saúde Mental. Nesta configuração, pressupõe-se que os níveis de atenção se comunicam de acordo com a necessidade de cuidado em saúde mental do sujeito atendido.

Figura 1 - Organização da RAPS conforme Política de Saúde Mental

Componentes e Pontos de Atenção da RAPS	
ATENÇÃO BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde (UBS) • Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) • Consultório de Rua • Apoio dos Serviços Residencial de Caráter Transitório • Centro de Convivência e Cultura
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS I • CAPS II • CAPS III • CAPS IV • CAPS AD • CAPS iJ
ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU) 192 • Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas • Portas Hospitalares de Atenção de Urgência e Emergência
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) • Unidade de Acolhimento Infante Juvenil (UAIJ) • Comunidade Terapêutica (CT) • Unidade de Atenção em Regime Residencial
ATENÇÃO HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermarias Especializadas em Hospitais Gerais (HG) • Leitos de Serviços Hospitalares de Referência
ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Residencial Terapêutico Tipo I (SRT I) • Serviço de Residencial Terapêutico Tipo II (SRT II) • Programa de Volta para Casa (PVC)
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: elaborado pela autora (2020)

Cada componente da RAPS possui serviços de atendimento à população que são nominados como Pontos da Rede de Atenção Psicossocial e que possuem responsabilidades específicas. Estes Pontos, no processo vivo de trabalho na rede viram 'nós' de encontro e de fluxos entre serviços e entre profissionais para o cuidado integral dos usuários (BRASIL, 2011b).

Na atenção básica, estão os seguintes Pontos de Atenção: a Unidade Básica de Saúde (UBS); o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambos instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica; o Consultório de Rua, que passou a ser parte deste componente em 2012; o Apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência e Cultura, este último até então sem Portaria específica. Faço uma breve menção aos Centros de Convivência e Cultura, preconizados como parte de componente da atenção básica no sentido de não encontrar dados do Ministério da Saúde sobre implementações destes dispositivos nas Regiões de

Saúde (BRASIL, 2011c; VASCONCELOS, 2014). Os Centros de Convivência e Cultura seriam de relevância principalmente em territórios em que estão implementados os CAPS III, uma vez que estes acabam direcionados a situações de emergência.

As equipes que compõem os serviços de atenção básica em saúde têm significativa potencialidade de atenção e produção de saúde mental, uma vez que atuam em proximidade às famílias e comunidades. Lancetti e Amarante (2006) afirmam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, preconizada para as Redes de Saúde do SUS, pode ser considerada também como parte do Programa de Saúde Mental. Esta via de cuidado abre-se a partir do momento em que se pratica a escuta e acolhimento das famílias em continuidade de acompanhamento, estimulando um processo de ressignificação de sintomas e sofrimentos. Além disso, as estratégias preventivas e de produção de vidas mais saudáveis na atenção básica podem ser articuladas à Política de Saúde Mental. Nesta articulação, é possível enfrentar problemas relevantes de saúde pública e mental, vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como a agravos relacionados a outras formas de sofrimento psíquico.

A ESF tem potencialidade de abarcar o cuidado de transtornos psiquiátricos menores, que não necessitam do atendimento especializado em saúde mental, mas que abrangem grande parcela da população. Outra forma potencial de trabalho é a ressignificação do modelo grupal de atendimento, saindo da organização de demandas e transmissão de informação para um espaço de integração, socialização, apoio psíquico e trocas de experiências e saberes, com possibilidade de construção de projetos coletivos. Entretanto, ainda há a necessidade de muitos avanços na implementação da ESF em muitos centros urbanos. Isso se dá, pois, a Estratégia de Saúde da Família ainda está implementada de forma parcial, evidenciando a necessidade de mais investimentos nas Políticas de Saúde. O que pode ocorrer é o matriciamento, como um suporte técnico, por parte de equipes de saúde mental especializadas, para que a equipe da ESF dê conta de situações brandas relacionadas à saúde mental da população atendida. (CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2014).

Partindo da Atenção Psicossocial Estratégica, são sete modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como Pontos de Atenção: os CAPS I e CAPS II atendem a todas as faixas etárias de pessoas com transtornos graves e persistentes, bem como pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. O que os diferencia é o porte da cidade ou da região em que se referênciam. Assim, o CAPS I é implementado em cidades com pelo menos 15 mil habitantes, e o CAPS II com pelo menos 70 mil habitantes (BRASIL, 2011b; 2012b; 2017).

Nas cidades e regiões com pelo menos 70 mil habitantes, é possível estabelecer o CAPSi, muitas vezes, nominado também de CAPS ij, de modo a contemplar na nomenclatura a faixa etária do público que atende, crianças e adolescentes, tanto com transtornos mentais graves e persistentes quanto que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Além desta modalidade de CAPS, o CAPS AD como outro Ponto de Atenção para este nível populacional, atende pessoas de todas as faixas etárias do mesmo público (BRASIL, 2011b; 2012b; 2017).

Nas cidades e regiões com pelo menos 150 mil habitantes, é possível estabelecer o CAPS III que atende todas as faixas etárias de pessoas com transtorno mental grave e persistente, inclusive os que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Além dos atendimentos especializados, esta modalidade possui até cinco vagas de acolhimento noturno e observação. O outro dispositivo neste porte habitacional é o CAPS AD III, que se diferencia do primeiro por ter atendimento 24 horas, além do aumento de cinco para oito a doze vagas de acolhimento noturno. Por fim, há o CAPS AD IV para município de mais de 500 mil habitantes, ampliando a capacidade do CAPS AD III e com as mesmas características na modalidade de atendimento.

Desde a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica, pouco se avançou na implementação de CAPS III no território brasileiro. Faço essa ressalva pela característica de atendimento 24 horas e, portanto, por atender situações de crise. De acordo com os últimos dados disponíveis em 2015 pelo Ministério da Saúde, houve um aumento em 2013 no financiamento do CAPS III e do CAPS AD III, porém, do total de 2209 CAPS implementados até este ano, apenas 85 são CAPS III e 69 são CAPS AD III.

Vasconcelos (2014) enfatiza que esse dado de pouca implantação de CAPS III é de extrema relevância uma vez que o reduzido número sugere uma fragilidade no processo de substituição de cuidado hospitalar pelo cuidado no território. Este modelo de CAPS pode substituir diretamente internações curtas em hospitais especializados no atendimento de atenção à crise. O autor ainda aponta que a atenção à crise é uma área de extrema sensibilidade no que concerne aos avanços da reforma psiquiátrica, merecendo atenção por parte dos movimentos e maior investimento por parte dos gestores. Além disso, o CAPS III pode ser uma via para emergências psiquiátricas e atenção à crise, o que causa grandes tensionamentos pelo reduzido número de implantações destes dispositivos no território nacional.

Em relação ao cuidado em situações de crise em saúde mental, o componente de Atenção de Urgência e Emergência da RAPS tem como Pontos: o Serviço de Atenção Móvel de Urgências (SAMU) 192; as salas de estabilização; as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; além das portas hospitalares para urgência e emergência.

Na Atenção Residencial de Caráter Transitório, são quatro os Pontos de Atenção: A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e a Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil (UAIJ) diferenciam-se pela faixa etária do público atendido. Além disso, a UAA, com regulamentação própria, faz o acolhimento provisório de pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, já a UAIJ não tem, até o momento, portaria específica. Outro Ponto de Atenção deste componente é a Comunidade Terapêutica (CT) que foi regulamentada em 2012 e recebe pessoas para acolhimento por um período de até 6 meses, desde que referenciadas a um CAPS. O último ponto desta atenção é a Unidade de Atenção em Regime Residencial. (BRASIL, 2012a, 2012c, 2012f).

Percebo ser importante ressaltar que, nos últimos anos, o cuidado de base comunitária enfrenta fortes ataques na sua legitimação, principalmente no cuidado às pessoas que fazem o uso de álcool ou outras drogas. Em relação às comunidades terapêuticas, no ano de 2018, foi publicada a Portaria nº 3.449, instituindo um comitê que objetiva consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e

outras drogas, que envolvem a articulação das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2018b).

É necessário estar atento ao fortalecimento de modelos de cuidado que não priorizam articulações junto à comunidade e em rede intersetorial de atendimento. Em 2020, foram aprovadas Portarias que potencializam a atenção em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2020a). Em tempos de Pandemia do Covid-19¹, a Portaria nº 340 não limitou a internação de pessoas nestes espaços e nem determinou um plano de contingência para a propagação do vírus.

Além de continuidade do atendimento coletivo, ampliou-se o público atendido no espaço das CT's. Junto às pessoas adultas, foi autorizado o atendimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. A regulamentação da Resolução nº 3, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), ocorreu sem aprovação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA). É importante evidenciar que é necessária a pactuação com o CONANDA para que o cuidado em saúde mental direcionado aos adolescentes possa estar de acordo ao que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além deste público, também foi autorizado o acolhimento da população em situação de rua pela Portaria nº 69. No segundo semestre de 2020, foi fortalecido o entendimento das CT's como espaço de acolhimento para a população em situação de rua pela Portaria Conjunta nº 4 a qual orienta a atuação intersetorial e integrada entre as CT's e a rede socioassistencial (BRASIL, 2020b; 2020c; 2020d).

Na Atenção Hospitalar pode-se contar com as enfermarias especializadas em Hospitais Gerais (HG) e os leitos dos serviços hospitalares de referência para atendimento às pessoas com transtorno grave ou persistente. Há a atenção a este público e também o cuidado de pessoas com

¹ No contexto brasileiro, a pandemia do Covid-19 iniciou-se com o primeiro caso confirmado em março de 2020, sendo que em abril de 2021 ocorreu a maior média de óbitos. Somente em janeiro de 2021, ocorreram medidas do governo relativas à aquisição de vacinas destinadas à imunização da população contra a Covid-19. Até dezembro de 2021 foram registrados mais de 22 milhões de casos e 615.744 óbitos (BRASIL, 2021).

necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. A Portaria nº 148 de 2012 define normas para a habilitação e o referenciamento de serviços hospitalares, bem como o funcionamento e o acesso aos leitos (BRASIL, 2012e).

Em 2017, foi instituída a Portaria nº 3588, que inclui novamente Hospitais Psiquiátricos na RAPS. Este instrumento aumenta o financiamento para leitos de Hospitais Gerais, desfinanciando os CAPS. Em 2018, o complemento do financiamento aos hospitais é implementado pela Portaria nº 2434. Esta estimula um aumento de 60% nas diárias pagas aos hospitais, para atendimento de pacientes com internação superior a 90 dias ou que passam por reinternação em intervalo de tempo menor que 30 dias (BRASIL, 2017; 2018a).

Na continuidade, em 2019, a Lei nº 13.840 foi aprovada prescrevendo internações involuntárias como estratégia de cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. A legitimação deste instrumento ocorreu sem debates com o coletivo interessado na temática, retrocedendo as construções acerca do cuidado em saúde mental a este público (BRASIL, 2019). Como já mencionado quando tratei da reforma psiquiátrica, o cuidado hospitalar não deve ser prioridade na atenção em saúde mental. Assim, compreendo que as internações psiquiátricas involuntárias se tornam movimentos de contra reforma psiquiátrica.

Na Estratégia de Desinstitucionalização da RAPS, utiliza-se o Serviço de Residencial Terapêutico (SRT), que acolhe pessoas em processo de desinstitucionalização, que passaram por internações de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia. O SRT pode ser de duas modalidades, Tipo I e Tipo II. O primeiro acolhe até 8 pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. Já o SRT Tipo II acolhe no máximo 10 moradores com acentuado nível de dependência e que necessitam de mais atenção e cuidados permanentes. Outro Ponto de Atenção deste componente é o Programa de Volta para Casa (PVC), em que é disponibilizado um auxílio financeiro para reabilitação psicossocial de egressos de internações de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2003, 2011d).

A RAPS pode contar ainda com propostas de iniciativas de geração de trabalho e renda, além de empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Para a geração de trabalho e renda, prevê o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de estratégias de Reabilitação Psicossocial dentro dos Pontos de Atenção da Rede (BRASIL, 2012d). Compreendo que tais iniciativas podem ocorrer pelo engajamento comunitário e familiar em uma perspectiva coletiva.

Fazendo uma leitura da atual conjuntura, novamente saliento o desfinanciamento de serviços que substituem o modelo de cuidado hospitalar. Em 2018, a Portaria nº 3.659 legitimou a suspensão de repasses de recursos para os CAPS, os SRT's, as UA's e os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (BRASIL, 2018c).

De todos os pontos de atenção apresentados acima, faço destaque aos CAPS's por serem considerados serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico de cuidado. No Quadro 1 explano os dados de 2015 disponíveis pelo Ministério da Saúde, referente ao número de CAPS implementados até o ano de 2014 no território brasileiro, desde a legitimação Lei da Reforma Psiquiátrica:

Quadro 1 – Número de CAPS implementados até 2014

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSADIII	CAPS AD	CAPS IJ	TOTAL
2014	1069	476	86	69	309	201	2209

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Como os dados acima apresentados são de 2014, não há menção ao CAPS IV em relação a implementações no território brasileiro, visto que este foi regulamentado em 2017. Assinalo que não obtive dados posteriores ao ano de 2014 na pesquisa feita. Alves (2001) aponta para a sobre eficiência dos CAPS na substituição do modelo manicomial justamente por ser um dispositivo inserido no território e, portanto, comunitário. Com papel fundamental na RAPS, a equipe do CAPS pode coordenar atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, além da supervisão e capacitação de equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental para o cuidado às pessoas que necessitam de atenção em saúde mental.

Algo que se torna claro, quando se concebe a RAPS como importante estratégia de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, é a rede não ser apenas por dispositivos da Política de Saúde, mas ampliar-se de forma intersetorial, para a integralidade do cuidado, com outras políticas, bem como, com outros segmentos e instituições. Requer, assim, o desenvolvimento de ações integradas nos campos da assistência social, educação, cultura, habitação, esporte, trabalho, entre outras políticas e instituições. Além disso, juntar a concepção ampliada de saúde com a dimensão singular do cuidado abarca conceber também a rede já construída pelo sujeito como parte das estratégias de cuidado. Esta rede pode ser de base comunitária e familiar a qual possibilita suporte em situações de crise.

Evidencio a importância do CAPS como Ponto de Atenção que se liga a vários componentes da RAPS para a efetivação do cuidado integral em saúde mental. Conforme a Figura 2, vinculam-se ao CAPS os Pontos de Atenção dos componentes da Atenção Residencial de Caráter Transitório, das Estratégias de Desinstitucionalização e da Reabilitação Psicossocial. Além disso, outros pontos de atenção como o SAMU, que pode ser solicitado em casos de urgência e emergência, e os leitos hospitalares, para o encaminhamento de pessoas que passaram por internações, também podem ter fluxo direto ao CAPS.

Figura 2 – Pontos de Atenção Psicossocial que se referenciam ao CAPS



Fonte: elaborado pela autora (2020)

Além do que expõe a Figura 1 e a Figura 2, compreendo que a RAPS amplia-se para além da Política de Saúde, no que concerne à integralidade e à intersectorialidade do cuidado. Assim, outras políticas públicas podem compô-la em relação ao atendimento integral dos sujeitos que a acessam. Ademais, pode ser considerada também a valorização das redes de cuidado já construídas pelas pessoas atendidas, como as relações que estabelecem com a comunidade, com a família e com o trabalho. Por este entendimento, conceber estas relações como parte da RAPS dos usuários dos serviços, possibilita o cuidado e a atenção singularizada em saúde mental.

O cuidado preconizado na RAPS pode ser permeado pela concepção ampliada de saúde, em que os usuários dos serviços são sujeitos de direitos, portanto, com Cidadania. Dessa maneira, há o constante tensionamento pela implementação de serviços de saúde mental nos territórios, com a proposição da participação dos usuários e da comunidade em sua efetivação. Para tal,

também há a necessidade ainda de profundas transformações na sociedade para a convivência com a diversidade que sai de trás dos “muros psiquiátricos” e apropriam-se do seu direito de cuidado em liberdade.

No próximo subtítulo, apresento a Rede de Atenção Psicossocial no município de Caxias do Sul.

2.2 A RAPS do município de Caxias do Sul

Para entender como se trança a RAPS no município de Caxias do Sul, inicialmente, busquei dados disponíveis no perfil sociodemográfico disponibilizado no site oficial da prefeitura do município de Caxias do Sul. Os dados mais recentes do perfil sociodemográfico são de janeiro de 2020. Também participei de uma Plenária Ordinária do Conselho Municipal de Saúde no dia 8 de setembro de 2020, em que a Gestão Municipal de Saúde Mental expôs como está configurada a RAPS no município. Além disso, utilizei informações do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que estima, no ano de 2019, uma população de aproximadamente 511.000 habitantes na cidade (IBGE, 2020).

Assim, aproximando os dados coletados nos diferentes meios oficiais de comunicação, faço uma breve amarração do contexto da RAPS em Caxias do Sul, conforme segue a Figura 3:

Figura 3 – Rede de Atenção Psicossocial de Caxias do Sul

Componentes e Pontos de Atenção da RAPS de Caxias do Sul		
ATENÇÃO BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> • 46 UBS's • NASF - sem informações • Consultório na Rua - não possui 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio dos SRCT - sem informações • Centro de Convivência e Cultura - não possui
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS III Cidadania • CAPS IJ Mosaico-Aquarela 	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS AD III Reviver • CAPS AD Novo Amanhã • Consultório de Rua
ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • UPA Central 24 horas • UPA Zona Norte 24 horas • Portas Hospitalares de Atenção de Urgência e Emergência 	
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) • Unidade de Acolhimento Infante Juvenil (UAIJ) - não possui • Comunidade Terapêutica (CT) - sem informações • Unidade de Atenção em Regime Residencial 	
ATENÇÃO HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermarias Especializadas em HG - sem informações de quantia • 120 leitos Clínica Psiquiátrica Professor Paulo Guedes • 20 leitos (masculino) Clínica Virvi Ramos • 15 leitos Clínica de Repouso Dr. Rimom 	
ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Serviços de Residencial Terapêutico Tipo I (SRT I) • 2 Serviços de Residencial Terapêutico Tipo II (SRT II) • Programa de Volta para Casa (PVC) - sem informações 	
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Geração de Trabalho e Renda - sem informações • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais - sem informações 	

Fonte: elaborado pela autora (2020)

Na Atenção Básica, estão espalhadas pelo município de Caxias do Sul, aproximadamente, pois os dados são de 2012, 48 Unidades Básicas de Saúde.

No componente da Atenção Psicossocial Especializada, o município de Caxias do Sul dispõe de um CAPS IJ intersetorial com a Secretaria Municipal de Educação (SMED), denominado Mosaico Aquarela, que atende crianças e adolescentes com transtornos graves e persistentes; um CAPS II, denominado CAPS Cidadania que atende a população adulta com transtornos mentais graves e persistentes e dois CAPS AD III, com acolhimento noturno, respectivamente CAPS Novo Amanhã, o único terceirizado do município, e CAPS Reviver, este último com funcionamento 24 horas e com a equipe do Consultório de Rua vinculada ao serviço. Conforme informação disponível na descrição dos CAPS do município, os dois CAPS AD III desenvolvem atividades preventivas e educativas, junto à rede intersetorial, voltadas ao

público com transtornos graves e persistentes – tanto o infanto-juvenil quanto o adulto, além de atividades de matriciamento nos territórios de saúde.

No componente de Atenção de Urgência e Emergência, há disponível no município duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, a UPA Zona Norte e a UPA Central. Entretanto, somente a UPA Central dispõe de atendimento 24 horas de urgência e emergência em saúde mental. Além destes pontos de atenção, a cidade possui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 24 horas.

No componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório há como ponto de atenção uma Unidade de Acolhimento para Adultos (UAA) apenas para o público masculino que está em situação de vulnerabilidade, decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. As pessoas que acessam este dispositivo são atendidas e acompanhadas pelos CAPS Reviver ou CAPS Novo Amanhã. Foi apontado na Plenária do Conselho Municipal de Saúde a necessidade de repensar este ponto de atenção para atendimento misto do público masculino e feminino, ou ainda abrir uma nova UAA direcionada somente ao público feminino, já que não há UAA que atenda a este público, mas há demandas.

Além da UAA para o público masculino, as Comunidades Terapêuticas são parte da RAPS. Em relação a estas CT's, foi afirmado em plenária do Conselho Municipal de Saúde que são referenciadas, para custeio financeiro, à Política de Assistência Social do município de Caxias do Sul. Assim, não foram apresentados dados quantitativos de números de Comunidades e pessoas residentes.

No componente de Estratégias de Desinstitucionalização, a RAPS conta com quatro Residenciais Terapêuticos vinculados ao CAPS II Cidadania. Estes pontos de atenção acolhem pessoas com transtorno mental grave, em situação de vulnerabilidade e risco social, bem como egressos de longas internações psiquiátricas. Destes residenciais, dois são do tipo I, com atendimento de pessoas com mais autonomia, e dois são do tipo II, com atendimento de pessoas que necessitam de mais cuidado e são mais dependentes.

No componente de Atenção Hospitalar, foi explanado em plenária do Conselho Municipal de Saúde que fazem parte a Clínica Psiquiátrica Professor Paulo Guedes, com 120 leitos, o Hospital Virvi Ramos, com 20 leitos para o público masculino na Unidade de Saúde Mental, a Clínica de Repouso Dr. Rimon, com 15 leitos, e Hospital Geral do município com leitos direcionados à atenção à crise de saúde mental para gestantes, crianças e adolescentes.

Além dos componentes preconizados pela regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial, o município de Caxias do Sul dispõe, como parte da RAPS, de um ambulatório de atenção integral a crianças e adolescentes vítimas de maus tratos (APOIAR) e de um Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS Mental).

Finalizo, assim, o presente capítulo que faz o entrelace de como se compõe a Rede de Atenção Psicossocial do município de Caxias do Sul, a partir das informações disponibilizadas. No próximo capítulo, abordarei os conceitos referentes à educação em saúde, aprofundando aspectos relacionados à educação permanente em saúde, à educação popular em saúde e estabelecendo algumas relações entre educação popular e saúde mental.

3 LINHAS CONCEITUAIS DA EDUCAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Como já mencionei ao me apresentar, a educação perpassa nossa existência humana, pois é inerente às nossas relações. No campo da saúde, é importante reconhecer que a educação assume algumas nuances específicas que merecem ser explicitadas: educação na saúde; educação em saúde; educação permanente em saúde e educação popular em saúde. Brevemente abordarei sobre educação na saúde e educação em saúde para, em subtítulos próprios, discorrer sobre a educação permanente e a educação popular, visto que para ambas foram implementadas políticas próprias no âmbito da saúde.

Educação na saúde compreende práticas de ensino e sistematização curricular de conhecimentos para a formação de profissionais na atuação no âmbito da saúde. Na atualidade, alguns autores apontam a importância de repensar a formação dos profissionais que atuam no âmbito da saúde, saindo da predominância do modelo biomédico, curativo e hospitalar para a atuação, de acordo com os princípios do SUS e da concepção da clínica ampliada. Entretanto, é evidente que compete às universidades as mudanças de currículos e metodologias de ensinamentos nos cursos de graduação, o que faz pensar na importância de aproximação destas instituições com a realidade e com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006; MUÑOZ, FREITAS, SOUZA, 2020).

Muñoz, Freitas e Souza (2020) apontam que, no campo da saúde pública, o Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), desde 2003 vem estabelecendo uma série de Políticas Indutoras Ministeriais, a fim de colaborar na reordenação da formação profissional na área da saúde. Entre estas, está a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que será tratada logo a seguir.

No que concerne à educação em saúde, a atual compreensão surgiu na década de 80, junto ao conceito de saúde. Educação em saúde e saúde são conceitos advindos da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que

embasou o capítulo da Constituição Federal de 1988 e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). O MS define educação em saúde como um “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde” (Brasil, 2006, p.19). Além dessa definição, o MS ainda aponta que este conceito é um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2006, p.19-20).

Percebo ser válido lembrar que as políticas de saúde passaram por significativas transformações históricas no contexto brasileiro. Junto a estas políticas, as ações educativas em saúde também foram se transformando, delineando o conceito de educação em saúde conforme o período histórico. Souza e Jacobina (2009) apontam que havia práticas de educação que respondiam ao higienismo, bem como uma educação sanitária, anteriores ao conceito de educação em saúde que se conhece na atualidade.

No que se refere ao contexto higienista, que perdurou pelo século XIX e início do século XX, a educação impregnada nas práticas de saúde era uma educação controladora e simplista que ignorava uma possível participação da população na relação de cuidado. As doenças de grande transmissibilidade que eclodiram na época provocaram intervenções rígidas e punitivas por parte do Estado junto à população que, pobre e analfabeta, não compreendia os impressos que apenas transmitiam informações sobre as enfermidades. O tom da educação dirigida à população era de culpabilização em um contexto que não tinham condições para saber sobre as doenças nem como se prevenir, sendo responsabilizados pelos sintomas e adoecimentos que apresentavam (PELICIONI, PELICIONI, 2007; SOUZA, JACOBINA, 2009).

Relembro que é do período higienista a ‘Revolta da Vacina’, ocorrida no Rio de Janeiro, pelas camadas populares já bastante oprimidas, as quais não receberam informações sobre o que era novidade: seres humanos injetados por um líquido que vinha de vacas doentes. Muitos foram os boatos propagados acerca da vacinação e de possíveis sequelas para a população que, ignorante, rejeitou a imunização contra a varíola, doença que, como

consequência, se disseminou após conflitos provenientes da revolta e desobrigação da vacinação (FIOCRUZ, 2005).

Mais de um século depois, ainda estamos em meio a uma pandemia mundial, que no contexto nacional iniciou-se em meados de 2020. Desde então, uma parcela da população ainda desacredita na ciência e na eficiência imunizante da vacinação, propagando boatos enganosos sobre medicamentos milagrosos. Há o que se pensar sobre um ciclo que se repete evidenciando o quanto ainda urge avançar nos processos educativos junto à população no campo da saúde.

Pelicioni e Pelicioni (2007) apontam que a educação sanitária é uma expressão oriunda dos Estados Unidos do início do século passado, apesar de ser um conceito que se apresenta na literatura em períodos anteriores. Souza e Jacobina (2009) também evidenciam que educação sanitária ou *health education* no contexto estadunidense, substitui a palavra 'higiene'. No Brasil, este modelo educativo foi disseminado pelos Professores Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza, que se tornou titular da cadeira de higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e Diretor do Instituto de Higiene anexo à Faculdade, e pelo Dr. Francisco Borges Vieira. Ambos se formaram na primeira turma da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins e também foram responsáveis pela reorganização o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo da época (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Como consequência do emprego da educação sanitária no Brasil, o setor da saúde do Estado foi se distanciando do controle da população, em que havia apenas "confinamento de enfermos em desinfetórios e a vacinação compulsória da população, relegando a educação a um segundo plano" (SOUZA; JACOBINA, 2009, p. 622). Por este caminho, iniciou-se um processo de criação de cursos e centros de saúde com o intuito de promover 'consciências sanitárias' através da transmissão de conhecimentos sobre higiene em campanhas de prevenção de doenças. Entre 1960 e 1980, ocorreu a transição de nomenclatura de educação sanitária para educação em saúde, visto as mudanças de sentido que se faz em relação às práticas educativas no contexto da saúde. A educação no âmbito da saúde vai se transformando, saindo apenas de repasses de informações sobre saúde para o

desenvolvimento da compreensão da situação de saúde pelos saberes existentes (PELICIONI, PELICIONI, 2007; SOUZA, JACOBINA, 2009).

Assim, Levy *et al* (1997, p. 4), entendem:

Educação em saúde como disciplina de ação significa dizer que o **trabalho será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência.** [...] Estabelecer o **espaço de atuação** entre a **esperança do indivíduo** e os **projetos governamentais** significa, primordialmente, **considerar a pessoa como ser vivente, com alma, com idéias, com sentimentos e desejos, como gente**, enfim. Representa, ainda, **aproximar as conquistas técnicas e científicas do homem comum e a ação governamental do cidadão (grifo dos autores).**

De acordo com o que os autores acima pontuam, houve um processo de desconstrução de uma educação sanitária, que narrava informações à telespectadores para a construção de processos educativos emancipatórios. Desse modo, a educação em saúde busca a construção do papel social da população que se engaja pela luta e construção de sua cidadania.

Pelicioni e Pelicioni (2007, p. 326) contribuem ao afirmarem que:

com o enfoque político, a educação em saúde pretende ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Tem por objetivos preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena, criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos, mas, principalmente, possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade como sujeitos da história, como propõe a teoria freireana.

Apesar dessa construção, ainda hoje, o encontro entre trabalhadores e usuários de saúde no cotidiano do cuidado, pode ser perpassado tanto por concepções educativas que prescrevem como as pessoas devem se comportar diante dos sintomas que apresentam quanto por concepções que valorizam os conhecimentos que construíram ao longo de suas histórias. A partir do encontro, é possível construções e reflexões conjuntas entre trabalhadores e usuários para que as pessoas possam incorporar nos seus cotidianos uma consciência do que é saúde e de como produzi-la.

Reconhecendo os processos históricos e os movimentos populares envolvidos, as concepções educativas que considero serem coerentes à

perspectiva da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial são as construídas pela relação dialógica nos processos de trabalho em saúde. Tais diálogos reconhecem a presença dos diferentes saberes: científicos e populares, cada um trazendo suas vivências e um pouco de si para a construção conjunta do conhecimento, dentro de um contexto. Diferente de uma concepção educativa antidialógica, em que cada sujeito se questiona sozinho a partir do seu saber sobre determinado tema, Freire (1983) aponta que é, na relação comunicativa e dialógica entre sujeitos que possuem saberes diferentes sobre o mesmo tema, que se estabelece a construção de conhecimento, justamente porque acredita que é no diálogo que se é possível a educação:

Todo o ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá através de signos linguísticos. O mundo humano é desta forma, um mundo de comunicação. (FREIRE, p.66, 1983)

De tal modo, pelas concepções educativas que compreendem que a educação é dialógica, transito pelas concepções teóricas de educação em saúde que compreendem a saúde e a doença como produtos sociais. No processo de trabalho em saúde, o trabalhador, assim como os sujeitos atendidos, são concebidos como sujeitos políticos e sociais que, para além da relação em que se encontram no âmbito da saúde, são permeados pelos direitos sociais que possuem no âmbito coletivo.

Merhy e Franco (2008) apontam o trabalho em saúde como um “trabalho vivo em ato” para a produção de saúde. Trabalho vivo, pois é um processo que se dá na relação entre trabalhador e usuário. Entre a relação ocorre a produção do cuidado. Os autores apontam que a potencialização do “trabalho vivo em ato” possibilita transformações significativas nos modelos de atenção à saúde. Transformações que, compreendo, são permeadas pelos tensionamentos entre perspectivas hierarquizadas e médico-centradas e as que emancipam pela integralidade e interdisciplinaridade do cuidado, considerando não só a dimensão individual, mas também a dimensão coletiva do cuidado em saúde.

No âmbito da saúde pública são duas as políticas educacionais instituídas que objetivam fortalecer os processos de trabalho ancorados nos

princípios fundamentais do SUS: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). Ambas serão abordadas a seguir, em subtítulos próprios. A PNEPS direciona-se ao trabalho em saúde, enquanto a PNEPS-SUS tem foco na produção de cidadania junta à população atendida.

3.1 Pelos ‘nós’ da Educação Permanente em Saúde

Conforme fui delineando anteriormente, o contexto da política de saúde mental é permeado pela constância de tensionamentos entre a perspectiva centrada no saber médico e a perspectiva interdisciplinar, que repercutem no cotidiano do trabalho em saúde. Campos (2001) sugere ser um grande desafio desconstruir a hegemonia de um saber frente aos demais saberes que existem no âmbito da saúde. É relevante compreender que o contexto de trabalho da equipe interdisciplinar nos serviços de saúde é ao mesmo tempo concebido como um contexto de aprendizagem. Assim, o processo de trabalho é a via em que a Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilita a produção de conhecimento de forma reflexiva das práticas vivenciadas pela integração dos diferentes saberes que compõem as equipes.

Com proximidades em relação às perspectivas da educação popular, a EPS valoriza os diferentes saberes e as diferentes experiências dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho. A partir desta valorização, os processos educativos no âmbito do trabalho em saúde podem ocorrer levando em consideração a problematização que se faz da realidade laboral em que os sujeitos se encontram. Entretanto, percebo ser válido considerar o que Brandão (2006) salienta sobre as significativas diferenças entre a educação popular e a concepção original de educação permanente.

Enquanto a educação popular se contextualiza em meio às desigualdades de classes e parte da base e da visão das classes populares para a transformação da ordem social dominante, a educação permanente parte de concepções europeias em que a educação é apenas parte deste conceito. Assim, nas primeiras concepções de educação permanente, são utópicos os entendimentos de trabalhos educativos universalizantes que

perpassavam o campo cultural, envolvendo a todos o tempo todo e produzindo “valores, conhecimentos e técnicas que servem de base à práxis humana de forma plena” (TRIGUEIRO, 1969). Brandão (2006) aponta que a perspectiva de educação permanente idealizada por Pierre Furter ficou apenas no campo das ideias. Tal perspectiva influenciou alguns segmentos de educação humanista, reverberando em práticas atuais que se utilizam das principais ideias para a formatação de sujeitos ao ambiente em que se encontra esta proposta educativa.

No campo da saúde pública, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é prevista pelo Artigo 14 da Lei que institui o SUS nº 8080 de 1990 e ancorada no Pacto pela Saúde do Conselho Federal de Saúde. As diretrizes Operacionais e as Diretrizes de Orientação para a formação de trabalhadores da PNEPS consideram a educação permanente como aprendizagem no trabalho, portanto, aprendizagem-trabalho. No conceito de aprendizagem-trabalho, os processos de aprendizagem e de ensino são concomitantes ao cotidiano de trabalho nas instituições, sendo práticas de ensino aprendizagem. No sentido que se constrói, a aprendizagem-trabalho, ou Educação Permanente em Saúde, apresenta-se como planejamento pluralizado e coletivo que caminha pelas diretrizes do SUS, mas que também escuta a voz dos trabalhadores que sentem nas experiências e vivências de trabalho as demandas e necessidades de reflexões e transformações nos processos de trabalho se diferenciando dos processos rígidos de capacitação, treinamentos apáticos, programados e pontuais, sem relação com as problematizações que emergem do contexto. Aliás, um grande direcionamento das diretrizes da PNEPS é pelas aprendizagens que transformam as práticas profissionais (BRASIL, 1990; BRASIL, 2007a; CECCIM, FERLA, 2008).

Ceccim e Ferla (2008) apontam que a EPS pode ser concebida tanto como uma Política de Educação no âmbito da saúde quanto uma prática de ensino-aprendizagem. O tom de Política Educacional é concebido pela instituição da EPS em 2007, através da Portaria nº 1996, consolidando esta perspectiva educativa como a PNEPS (BRASIL, 2007a). Por este viés, a EPS possibilita um processo educativo concomitante ao processo de trabalho em que dispõe de ferramentas pedagógicas para a reflexão crítica das práticas no

contexto da saúde. A partir destas reflexões, abrem-se possibilidades de mudanças nas relações entre a equipe e a população, nos processos de trabalho e na perspectiva de cuidado em saúde (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

A Portaria 3.194, de 2017, foi implementada como forma de fortalecer a efetivação da educação permanente em saúde, através de um Programa para o Fortalecimento, pelo financiamento, das Práticas de Educação Permanente do SUS (PRO EPS-SUS). Diferente da Portaria nº 1996, de uma década anterior, que legitima a EPS no âmbito da saúde enquanto Política de Educação, a Portaria 3.194 expõe objetivos para a concretização da educação permanente nas Políticas de Saúde, da qual busco os pressupostos da PNEPS para relacionar aos pressupostos da Política de Saúde Mental no subtítulo 6.3 (BRASIL, 2006; 2017).

Para fomentar modelos de cuidados horizontalizados que respeitam as perspectivas dos diferentes saberes científicos que se encontram na equipe, a EPS concebe a equipe como um grupo com potencialidade de interação. Esta interação pode ser perpassada pela interdisciplinaridade no contexto de aprendizagem-trabalho, que é uma aprendizagem por vezes explícita e por vezes implícita, mas que coloca todos os envolvidos da equipe em uma postura reflexiva frente às práticas deste coletivo. A partir das reflexões coletivas, podem ocorrer construções de conhecimento conjuntas, bem como construções de ações que podem transformar os processos de trabalho da equipe (DAVINI, 2009).

Ainda em relação ao conceito de interdisciplinaridade nos processos educativos da EPS, Ceccim (2005) contribui sobre a importância dos espaços coletivos de reflexão. Nos processos educativos que permeiam os processos de trabalho, a reflexão coletiva sobre as práticas pode produzir novas ações também coletivas no contexto. São estas ações de dimensão coletiva que podem reverberar em transformações impregnadas pelos norteadores do SUS. Além da interdisciplinaridade, o conceito intersetorialidade abarca uma ampla rede de cuidado que transpassa os “muros” dos serviços de saúde para o território. Por esta linha, a educação permanente em saúde possibilita que o cuidado ocorra não somente pelos diferentes serviços que compõem as Redes

de Saúde, reconhecendo diferentes atores de outros setores para a efetivação da saúde a qual, não apenas na dimensão individual, efetiva-se na dimensão coletiva.

O que dá potência e credibilidade a esta política são as possibilidades de melhoria da qualidade dos serviços de saúde através da efetivação de ações em EPS. Esta potência pode também ser uma fragilidade, uma vez que trabalhadores que não se envolvem nestes processos educativos não transformam o contexto laboral e, por vezes, o adoecem. Assim, é possível pensar na implementação da PNEPS levando em consideração a pluralidade regional existente no Brasil. Para isso, cada território pode desenvolver proposições mais específicas e territorializadas para a efetivação desta Política Educacional em cada Estado e município (GONÇALVES; PINTO; FRANÇA; TEIXEIRA, 2019).

Pelas linhas que transitei neste capítulo em relação a PNEPS senti, por alguns momentos, caminhando também pelas linhas conceituais que embasam a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), talvez no que concerne à reflexão sobre a prática, concepção de base freiriana. Desta sensação de encontro, é possível também perceber nuances e diferenças entre estas duas políticas. No subtítulo a seguir, delinearei conceituações acerca da PNEPS-SUS.

3.2 Pelos ‘nós’ da Educação Popular em saúde

A educação popular pode ser concebida, ao mesmo passo, como uma concepção prático-teórica e uma metodologia de educação. É uma concepção educativa que diz do respeito pelo saber popular, não escalonando em nível hierárquico os saberes, mas horizontalizando a relação entre os saberes para construção de conhecimento. Além disso, é considerada uma concepção política e pedagógica por abordar questões de cunho político e social, de acordo com uma visão de mundo, bem como por se valer de experiências educativas no seu processo de construção de conhecimento. Na atualidade, comporta diferentes teorias e práticas que possuem como fator comum o compromisso com a emancipação humana. A principal experiência que

reverberou em posteriores práticas e reflexões teóricas no campo da educação popular é a que Freire desenvolveu em 1963, em Angicos, conhecida pelas “40 horas” de Angicos-RN, um processo de alfabetização e conscientização profunda do povo com a sua realidade (FREIRE, 1983; GADOTTI, 2007; BRASIL, 2014a).

A educação popular surgiu no campo da saúde, ainda antes da implementação da PNEPS-SUS, como um caminho de fazer educação pela criticidade e problematização das situações que envolvem a população atendida e o contexto, para então encontrar soluções coletivas para transformar a realidade. Quando se instituiu a saúde como um direito, fez-se necessário falar para a população o que é saúde. Porém, não bastou apenas dizer o que é saúde, mas pensar em estratégias e recursos pedagógicos que possibilitassem que as pessoas compreendam saúde, reflitam saúde, vivenciem e produzam saúde. Eis a contribuição da educação popular à educação em saúde. É uma perspectiva que valoriza a participação popular e a diversidade de existências na sociedade, fomentando a organização coletiva e política de luta pelo direito à saúde (VASCONCELOS, 2020).

Neste sentido, a educação popular em saúde pode ser concebida como um conjunto de formulações teóricas da educação construídas junto aos coletivos populares ligados ao campo da saúde as quais buscam aplicar estas formulações a este campo. Bonetti, Pedrosa e Siqueira (2011, p.400) compreendem educação popular em saúde como “um movimento que se expressa nas práticas de cuidado, na produção de conhecimentos compartilhados e na constituição de sujeitos que se tornam atores políticos no campo da saúde”.

Ao olharmos para o histórico da construção das políticas públicas sociais, no que concerne à educação popular, é possível perceber que muitos teóricos da educação popular em saúde foram profissionais da Reforma Sanitária. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) foi se materializando, legitimando os movimentos coletivos dos atores sociais, concomitante às Políticas transversais que também se instituíam à época, como a Política Nacional de Humanização do SUS, a Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Promoção da

Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (BONETTI, PEDROSA, SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2014a).

Em 2013, a PNEPS-SUS foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela Portaria nº 2.761. Entretanto, somente em 2017, foi estabelecido um Plano Operativo através da Resolução nº 15/2017, para a implementação da PNEPS-SUS no Sistema Único de Saúde. Ressalto que a publicação da PNEPS-SUS, em 2013, tornou-se um marco, sendo a primeira política pública reconhecida pela União que traz importantes formulações do educador Paulo Freire. Tem, em seu objetivo principal, a implementação da educação popular em Saúde no âmbito do SUS, incentivando a participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. Entretanto, para a participação é necessária “a compreensão ampliada de saúde e o entendimento crítico de seus determinantes sociais a fim de que cada sujeito perceba qual o mundo em que vive suas possibilidades para agir e modificar este mundo” (BONETTI, PEDROSA, SIQUEIRA, 2011, p. 402; BRASIL, 2013; 2017).

A PNEPS-SUS fortalece a luta popular na busca pelo direito à saúde, reafirmando os princípios e diretrizes do SUS, e valoriza os saberes e culturas populares no cotidiano dos serviços de saúde, sendo compreendida como:

práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão (Brasil, 2013, p.9)

Com diferenças em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cujo foco são os processos de trabalho, a PNEPS-SUS transita pela cidadania e construção de conhecimento em relação à saúde, mas sobretudo evidencia-se na construção de processos participativos em relação à Política de Saúde. A participação popular no SUS preconizada por esta política diz de uma aproximação das práticas e do conhecimento popular em saúde à política pública de saúde instituída. Entretanto, a dimensão desta política é muito maior, pois perpassa questões de saúde, cultura e educação da sociedade em que estamos quando busca promover o processo de saúde “a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes

populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS” (BRASIL, 2013, p.1).

Com a legitimação da PNEPS-SUS em 2013, práticas já existentes de educação popular em saúde podem ser orientadas pelos seguintes princípios: o diálogo; a amorosidade; a problematização; a construção compartilhada do conhecimento; a emancipação; o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Estes princípios se efetivam de forma concomitante nas práticas em saúde ancoradas na concepção da educação popular. Gadotti (2007) explana que a educação popular se constitui como um paradigma teórico da educação, quando aproxima os saberes científicos aos saberes e práticas dos setores populares, problematizando a realidade em conjunto, bem como reconhecendo o lugar e a voz dos oprimidos.

Por este espaço às vozes, no campo da saúde, a educação popular abre lugar também à escuta aos usuários do SUS, buscando a desconstrução da hegemonia do saber biomédico, emancipando os que acessam os serviços e os reconhecendo como protagonistas do processo terapêutico. Vale ressaltar que a construção conjunta do espaço coletivo, pelo respeito aos saberes populares, não é reforçar uma nova hierarquia de saberes, mas horizontalizar a relação entre o saber popular e o saber científico em que cada um tem o seu lugar de fala.

A PNEPS-SUS (2013, p.2) concebe no diálogo “o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, [...]”. Pelo princípio do diálogo, é possível desconstruir a imposição do saber biomédico dominante, pela construção compartilhada do conhecimento, entre vários atores, como trabalhadores, usuários e familiares. Como Freire (2018) conceitua, na relação entre saberes, não há hierarquização de saberes, mas saberes diferentes. Isso é muito relevante, pois proporciona o encontro entre os saberes científicos dos profissionais e os saberes e cultura popular que, em uma relação horizontalizada, que respeita a experiência prévia e a realidade vivida pelos usuários da política, dá o caráter emancipador do cuidado (BRASIL, 2007a; 2013).

Além do diálogo, a PNEPS-SUS conceitua a amorosidade, a conscientização e a construção compartilhada do conhecimento como parte deste diálogo que, entre suas características, é horizontal, afetivo, crítico e transformador. A amorosidade a que se refere a PNEPS-SUS é ética-cultural, materializando-se no afeto como compromisso com o outro. Junto a este afeto, está imbuído a solidariedade e a humildade (FERNANDES, 2019). Freire (2018, p. 110) entende que “o amor é um ato de coragem, [...] o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico”. Neste compromisso com o outro, pela amorosidade e dialogicidade, o processo de conscientização ocorre quando se compreende e apropria-se criticamente da realidade. Entretanto, só é possível compreender a realidade e desvelá-la no processo relacional, isto é, no processo de construção de conhecimento pela práxis nesta realidade (BRASIL, 2014a).

A emancipação, que busca a potencialidade nos processos de saúde pontuada na PNEPS-SUS, subentende a concepção freiriana de emancipação humana. A emancipação humana ocorre pela construção da consciência crítica e, portanto, libertadora. A educação popular assume este lugar de contraponto do sujeito dependente e dominado para a construção de espaços de autonomia através de uma visão crítica de sua existência no mundo (BRASIL, 2013; FREIRE, 2018).

Finalizando o entendimento das duas políticas educacionais no campo da saúde, farei, no subtítulo a seguir, a articulação das diretrizes destas com a Política Nacional de Saúde Mental.

3.3 Entrelace da Política Nacional de Saúde Mental à PNEPS e à PNEPS-SUS

A Política de Saúde Mental é implementada pela Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e trata sobre os direitos às pessoas com transtornos mentais. Na letra da lei, a reforma psiquiátrica buscou, através de implementação de políticas públicas, processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência (BRASIL, 2001).

Uma década depois da implementação da lei da Reforma Psiquiátrica, é a Portaria 3088, de 2011, que capilariza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é o que dá materialidade à Política de Saúde Mental. Tal Portaria especifica as diretrizes da RAPS e os objetivos no campo da Política de Saúde Mental, os quais não são explícitos na Lei 10.216. Assim, articulo as diretrizes desta Portaria com as diretrizes da PNEPS e PNEPS-SUS, o que possibilita contrapontos e reflexões (BRASIL, 2011b).

No que diz respeito ao PNEPS, a partir das diretrizes da RAPS, já é clara a diretriz que trata da “promoção de estratégias de educação permanente” no contexto da Política de Saúde Mental (BRASIL, 2011b, p. 2). Esta diretriz é complementada pela seguinte, que trata do “desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (BRASIL, 2011b, p. 2). Este complemento aponta à busca por educação permanente no campo da Política de Saúde Mental que preconize o cuidado centrado nos sujeitos atendidos. Além da diretriz explícita da RAPS, que converge com o objetivo da PNEPS de contratualizar metas e objetivos de EPS, são esses dois pontos que faço destaque a seguir.

O primeiro ponto trata da segunda diretriz da PNEPS. Evidencio que contribui com o fortalecimento de modelos de equipe interdisciplinares e descentralizadas do saber médico fomentar “modalidades formativas que se utilizem dos pressupostos da Educação e Práticas Interprofissionais em Saúde” (BRASIL, 2011b, p.2). A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é entendida “como uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de modo interativo, com a finalidade de valorizar a qualidade de atenção à saúde” (BRASIL, 2018d, p. 41). O Ministério da Saúde buscou implementar a EIP como forma de fortalecer a política de educação na saúde. Além disso, o MS compreende a EIP como “uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com propósito explícito de melhorar a colaboração interpessoal” (BRASIL, 2018d, p. 41).

Peduzzi (2016) afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) é espaço interprofissional, incorporando diferentes profissões em equipes para o cuidado compartilhado. Entretanto, a autora entende que há muito o que avançar na compreensão das práticas acerca do trabalho interdisciplinar e interprofissional que preconizam o cuidado integral da saúde (PEDUZZI, 2016). No contexto da Reforma Psiquiátrica, processos educativos que se utilizam de pressupostos e práticas interprofissionais podem colaborar no fortalecimento do modelo de cuidado integral em saúde mental comunitária.

O segundo ponto se refere à terceira diretriz da PNEPS, que indica a importância de fortalecer a Atenção Básica. Além disso, considera a integração com os outros níveis de atenção em saúde para a qualificação dos profissionais e melhor cuidado em saúde. Na articulação com a Portaria da RAPS, evidencia-se sobre a importância de qualificar profissionais para desenvolver e fomentar atividades no território para a inclusão social. Entendo que, quando os profissionais conhecem sobre suas práticas na atenção básica, conseguem promover processos educativos no território pela inclusão social, corroborando com o fortalecimento de práticas emancipatórias (BRASIL, 2007a; 2011).

No que concerne à articulação das diretrizes da RAPS com as 34 diretrizes da PNEPS-SUS, é perceptível que ambas se aproximam em muitos aspectos, aliás, todas as diretrizes da RAPS foram contempladas com uma ou mais diretrizes da PNEPS-SUS, visto o histórico de luta e de caminhada pelo movimento social da reforma psiquiátrica. Entretanto, é perceptível que as diretrizes da PNEPS-SUS aprofundam alguns conceitos além de evidenciar outros não mencionados que merecem destaque.

Relacionando-se ao processo de construção de autonomia, buscada pela Reforma Psiquiátrica, duas diretrizes da PNEPS-SUS são relevantes: a que se refere à contribuição com a organização popular e para o surgimento e novas lideranças e agentes populares e a que se refere ao fortalecimento do processo educativo através da economia popular e solidária, para a emancipação popular. Evidencio essas duas diretrizes por trazerem a questão da coletividade, quando é mencionada a organização popular no processo de libertação e a solidariedade. Além disso, o processo de economia popular é um

exemplo de libertação que a população, através da organização coletiva de geração de renda pode construir o processo de autonomia almejada pelos processos de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2014a).

Há uma contribuição à construção de uma lógica interdisciplinar nas relações de trabalho quando a PNEPS-SUS fomenta a busca pela sociabilização de saberes populares e científicos, além disso, é apontado sobre o diálogo entre tais saberes “na perspectiva crítica, com ênfase nos pensadores brasileiros e latino americanos” (BRASIL, 2014a, p.51). A valorização pelo conhecimento originário do Brasil e da América Latina revelam uma educação que respeita as raízes e os saberes do território e da realidade à qual se pertence. É relevante destacar a criticidade e a capacidade que os sujeitos têm de refletirem juntos sobre a realidade em que estão inseridos. A partir disso, podem constatar a realidade, construir conhecimento e transformar (MOREIRA, 2019).

As diretrizes que seguem contribuem significativamente com conceitos no que se refere aos processos de transformação social, emancipatórios e de libertação. Para a transformação da realidade, há um processo denominado conscientização que se evidencia em uma diretriz que busca “promover a **conscientização** com base na **leitura da realidade** para a conseqüente **transformação social**” (BRASIL, 2014a, p. 50-51 **grifo meu**). A conscientização é um processo necessário de dimensão política e estética em que os sujeitos se relacionam com o contexto histórico e cultural em que estão inseridos e, comprometidos com este contexto, o transformam e são transformados. O processo de conscientização da pedagogia de Paulo Freire pela prática da liberdade está para além de apenas tomar consciência do mundo, mas de uma construção crítica da tomada de consciência. Além disso, a dimensão estética pontuada refere-se aos saberes como a intuição, a emoção e a amorosidade, ambos necessários à práxis educativa (FREIRE, 1980; FREITAS, 2019).

A dimensão estética da conscientização é vislumbrada na diretriz “cultivar e valorizar a construção de relações de amorosidade, na escuta e no diálogo, atentos e capazes de perceber e respeitar a riqueza da diversidade das manifestações e tradições culturais e religiosas” (BRASIL, 2014a, p. 50). A

amorosidade é um conceito freiriano que tem um sentido de compromisso consigo e com o outro impregnado de solidariedade e humildade. A solidariedade de classe e a humildade que respeita a singularidade humana (FERNANDES, 2019).

Após o processo de conscientização, compreendendo a realidade, é possível a busca pelo engajamento com o coletivo, problematizando, discutindo e buscando a transformação desta realidade. Neste caminho, outra diretriz contribui ao “articular e construir processos que contribuam para explicitar as diferentes visões de mundo, **problematizando-as e confrontando-as** para se chegar a **novas sínteses teóricas e práticas**” (BRASIL, 2014a, p. 50-51 **grifo meu**).

O sentido de problematizar refere-se aos sujeitos ativos na relação com o mundo, em uma relação dialógica questionadora para a possibilidade de produção de conhecimento autêntico e libertador (FREITAS, 2019). Assim:

a problematização torna o conhecimento social e histórico, pois, ao problematizar, o ser humano começa a perceber que ele só se realiza quando ligado a uma prática social e sempre quando vinculado à produção material da vida. A problematização é uma forma de conhecer e de situar-se no mundo, que implica, antes de tudo, a intervenção na realidade e a produção de um sujeito crítico e politizado (Mühl, 2019, p. 384).

A problematização, como práxis social, respeitando o caráter dialógico horizontalizado e as experiências vividas, não apenas identifica problemas, mas também resgata potencialidades de intervenção construída em conjunto entre os envolvidos. Além disso, no que concerne o campo da Política de Saúde Mental, possibilita a desconstrução do preconceito e estigma das pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de substâncias, reverberando em novas práticas socioafetivo-culturais e em caminhos de transformação da realidade. Esta potência de problematização possibilita espaços ao desenvolvimento de sujeitos históricos e com consciência crítica, configurando-se em um processo humanizador, conscientizador e de protagonismo (Brasil, 2014a).

Partindo da problematização da realidade para a construção de novos conhecimentos e práticas, esta diretriz busca:

Assegurar, nos diversos processos de políticas públicas, o movimento de partir da **realidade concreta**, relacionando-a aos **níveis macro de compreensão de realidade** (totalidade), à análise das conjunturas

econômica, política e social, buscando, ao retornar a ela, **ações transformadoras** (BRASIL, 2014a, p. 51 **grifo meu**).

Buscando uma perspectiva dialógica, esta diretriz contribui ao “assumir a perspectiva dialética da práxis, promovendo a relação entre as esferas micro e macro da compreensão da realidade (BRASIL, 2014a, p. 51). Mas em que realidade? Gadotti (2019) aponta que a leitura da realidade na perspectiva freiriana é uma construção coletiva que acontece através do encontro de uma diversidade de visões da realidade concreta a partir daqueles que a vivem. Assim, é possível desvelar a realidade através da participação daqueles que estão inseridos no contexto e que interpretam a partir do que vivenciam.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, Vasconcelos (2014) reconhece que o processo reformista se mostra como um projeto de muitas limitações e potencialidades em meio a uma realidade muito complexa. Também aponta que a luta se fortalece quando mais pessoas se mobilizam e atuam em militâncias e em processos participativos. No atual contexto de desmonte do SUS, Pedrosa (2019) aponta para a inviabilidade da institucionalização da PNEPS-SUS. O atual contexto é de redução de Estado e privatização dos direitos sociais, processo antagônico ao preconizado pela PNEPS-SUS.

Assim, para além a implementação da PNEPS-SUS o autor questiona que inédito viável é possível ser construído utilizando as concepções da educação popular em saúde (PEDROSA, 2019). O inédito viável é entendido como sonhos coletivos a serviço da coletividade que não findam. São “sonhos fundamentalmente democráticos a serviço do mais humano que existe em nós seres humanos: assim, nos induzem a criar um novo homem e uma nova mulher para uma nova realidade” (FREIRE, 2019, p. 265).

Tais sonhos podem ser construídos, portanto, de forma coletiva, sendo tarefa de todos e todas. No contexto da Política de Saúde Mental, o inédito viável pode ocorrer quando o coletivo percebe as ‘situações-limites’ que impedem a concretização dos objetivos da Reforma Psiquiátrica. Depois que as situações-limites são ‘percebidas-destacadas’, possibilitam a realização dos sonhos coletivos (FREIRE, 2019). “O inédito-viável é, pois, uma categoria que

encerra nela mesma toda uma crença no sonho e na possibilidade da utopia, na transformação das pessoas e do mundo” (FREIRE, 2019, p 265).

Neste sentido, apesar do contexto atual apontar para a inviabilidade da institucionalização da PNEPS-SUS, mesmo estando implementada desde 2013, as concepções da educação popular em saúde resistem nos movimentos e coletivos. Destacam-se o Movimento Popular de Saúde (MOPS) existente desde a década de 70; a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, desde 1998; o Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP).

Estes coletivos, junto com pesquisadores, articulam desde 1991, os Encontros Nacionais de Educação Popular em Saúde (ENEPS) totalizando seis encontros até o momento. O primeiro ocorreu em 1991 em São Paulo com 400 participantes. Em 2001, o segundo encontro teve 900 participantes. Em 2007, o terceiro teve cerca de 800 participantes, 120 trabalhos em pôsteres e 180 comunicações orais. O quarto encontro ocorreu em 2008 com cerca de 160 trabalhos entre pôsteres e rodas de diálogos. Em 2012, o encontro contou com 982 participantes e 164 trabalhos apresentados. O último ENEPS ocorreu em 2019 junto ao I Encontro Latino Americano de Educação Popular e Saúde. O Encontro teve a apresentação de mais de 80 trabalhos, além de oficinas, minicursos e lançamentos de livros.

Estes encontros evidenciam que a educação popular em saúde existe e produz conhecimento de forma independente à institucionalização de uma política pública, apesar de sua fundamental importância. Justamente por produzir conhecimento, pode estar presente em práticas no cotidiano das instituições que compõem a RAPS. Além disso, é evidente que tanto a PNEPS quanto a PNEPS-SUS são políticas públicas de educação que implementadas podem potencializar a produção de saúde como direito, contribuindo para processos democráticos.

Após esta breve análise, entrelaçando os pressupostos das três políticas, PNEPS, PNEPS-SUS e Política de Saúde Mental, proponho no próximo capítulo os procedimentos metodológicos desta investigação.

4 O ENTRELACE DO MÉTODO

Em um processo artesanal de construção, as linhas do método foram configurando-se e transformando-se junto às relações que estabeleci com as buscas conceituais para esta pesquisa. Para Streck (2006, p. 270), “pesquisa é pronunciar o mundo”. Assim, com o objetivo de investigar as relações entre profissionais e usuários da Rede de Atenção Psicossocial do município de Caxias do Sul, buscando identificar os princípios delas emergentes, busquei pronunciar o mundo, transitando pela pesquisa em educação no campo da saúde mental, pela abordagem qualitativa.

O viés qualitativo configura-se à medida em que a pesquisa caminha por uma realidade social e intenciono a busca de significações e construções humanas nas relações educativas que emergem nos serviços que compõem a RAPS (MINAYO, 2015). Além de investigação qualitativa, esta pesquisa é do tipo exploratória, tendo em vista a aproximação com os conceitos que embasam o objetivo da pesquisa, além das formulações empíricas para a familiarização com a sua problemática (GIL, 2008).

4.1 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram gestores e trabalhadores que atuam ou atuaram nos serviços de atenção extra-hospitalar e de base comunitária que compõem a RAPS do município de Caxias do Sul. Foram realizadas 18 entrevistas, sendo as três primeiras com profissionais recentemente aposentadas, e 15 entrevistas com trabalhadores de nove diferentes Pontos de Atenção na RAPS.

O Quadro 2 apresenta resumidamente alguns dados dos participantes do estudo:

Quadro 2: Dados Gerais sobre os participantes

Participantes	Área Técnica	Função/Cargo	Pontos de Atenção	Tempo de atuação
Nome fictício				
Ana	Enfermagem	Aposentada	1	+ 20 anos
Bia	Enfermagem	Aposentada	1	15 anos
Cida	Psiquiatria	Aposentada	1	15 anos
Dora	Enfermagem	Enfermeira	2	11,5 anos
Elis	Serviço Social	Assistente Social	1	12 anos
Flora	Psicologia	Coordenadora	3	17 anos
Gil	Cuidador em Saúde	Cuidador em Saúde	3	2 anos
Hugo	Técnico de Enfermagem	Coordenador	4	5 anos
Iris	Enfermagem	Coordenadora	5	10 anos
Julia	Psicologia	Psicóloga	5	3 anos
Luan	Técnico de Enfermagem	Coordenador	2	10 anos
Manu	Enfermagem	Enfermeira	6	13 anos
Nina	Serviço Social	Coordenadora	6	18 anos
Otto	Psicologia	Psicólogo	6	7 anos
Paula	Serviço Social	Coordenadora	7	7 anos
Queli	Serviço Social	Assistente Social	8	15 anos
Rosa	Psicologia	Psicóloga	8	2 anos
Sara	Psicologia	Psicóloga	9	16 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Como forma de preservar a identidade dos participantes, optei por nomes fictícios, os quais nomino em ordem alfabética, conforme o tempo cronológico das datas das entrevistas, sendo Ana a primeira e Sara a última

entrevistada. A área técnica corresponde à função a qual cada entrevistado está concursado ou contratado nos locais em que atuam; já a 'função/cargo' se refere às atividades laborais que estão desempenhando no momento. Os nomes dos Pontos de Atenção, nos quais os entrevistados atuam ou já atuaram, são considerados informações relevantes as quais podem identificá-los. Assim, também foram resguardados e substituídos por números, a fim de garantir a confidencialidade do conteúdo obtido no decorrer da pesquisa.

A minha aproximação com os participantes da pesquisa ocorreu inicialmente através de Ana, que conheci há alguns anos atrás quando ingressei em uma especialização em Saúde Mental e Coletiva por ela ministrada. Os critérios que utilizei para a escolha de Ana como primeira participante, a qual nomino informante-chave, foram o amplo conhecimento e trajetória de atuação na RAPS e o grau alto de envolvimento, visto que já foi Gestora da Política de Saúde Mental Municipal. Segundo Bisol (2012), informante-chave é alguém com profundo conhecimento sobre o campo pelo qual transita a pesquisa, no caso do presente estudo, pela RAPS.

Ana colaborou no meu entendimento em como está configurada a RAPS do município e, a partir de suas redes de contatos, contribuiu com os próximos entrevistados, que, na entrevista, indicaram outros entrevistados e assim, sucessivamente. Este modo de definição de participantes, a partir da entrevista de um primeiro informante-chave que indica o participante posterior é nominado de amostragem em bola de neve. A amostragem em bola de neve não busca dados probabilísticos, não sendo esta a intenção desta pesquisa, mas se utiliza de cadeias de referência ou cadeia de informação, em que, com intencionalidade, considerando as características pertinentes para a pesquisa, um informante indica outro informante (VINUTO, 2014).

Neste sentido, a cada entrevista, a amostragem foi aumentando à medida que o próximo participante indicado estava nos critérios de participação da pesquisa, isto é, com pelos menos dois anos de atuação na RAPS. A finalidade do critério de tempo foi a obtenção de dados coletados com profundidade de conhecimento, de vivência e de práxis. A pesquisa finalizou conforme pude transitar pelos diferentes serviços extra-hospitalares e de base

comunitária da Rede de Atenção Psicossocial, sendo este o critério de finalização de coleta de dados das entrevistas.

4.2 Instrumentos e procedimentos

A utilização de entrevistas proporcionou a apreensão da narrativa que os trabalhadores fazem ao refletirem sobre a realidade que vivenciam, sendo estas semiestruturadas, para que a pesquisadora obtenha as informações necessárias para continuidade da pesquisa, com temas direcionadores e dando liberdade aos entrevistados de construção narrativa sobre a temática (Minayo, 2015).

Para início deste estudo, realizei apresentação do projeto de pesquisa ao Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Caxias do Sul (NEPS). A partir da aprovação do NEPS, protocolo nº 562/2020 (Apêndice A), o projeto foi cadastrado e aprovado na Plataforma Brasil, conforme a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE 42684821.2.0000.5341. Para resguardar a integridade e os direitos dos participantes, conforme determinações do Conselho Nacional de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP-UCS), foram esclarecidos sobre a natureza e os objetivos da pesquisa que, em concordância, receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Realizei contato telefônico com Ana, a primeira entrevistada e informante-chave, fazendo uma breve apresentação da pesquisa. Agendei o encontro virtual que foi gravado e transcrito na íntegra. O TCLE foi enviado por e-mail e retornado assinado, evitando o contato físico, de acordo com as medidas sanitárias que o período da Pandemia do Covid-19 exigia. Os mesmos procedimentos foram adotados para as participantes Bia, Cida e Dora.

As entrevistas com os demais participantes foram realizadas em salas de atendimento dos locais em que os trabalhadores atuavam, obedecendo as orientações sanitárias de distanciamento e uso de máscaras, em virtude da Pandemia do Covid-19. Em cada entrevista realizada, houve uma

apresentação breve da pesquisadora e da pesquisa, seguida da leitura e assinatura do TCLE.

As entrevistas tiveram a duração média de 35 minutos, sendo gravadas em dispositivo digital e posteriormente transcritas na íntegra. Além disso, foram orientadas por um roteiro, conforme o Quadro 3, em que busquei, por eixos temáticos, estabelecer uma relação com o conhecimento produzido na etapa de revisão de literatura da pesquisa, a qual, segundo (Minayo, 2015), é a etapa de construção deste projeto de pesquisa e dos objetivos do estudo.

Quadro 3: Roteiro das entrevistas:

Eixo/Foco:	Exemplo de introdução das questões:
Práticas de cuidado em saúde mental	Me conte sobre suas práticas de cuidado em saúde mental? Pode citar exemplos?
Educação Permanente em Saúde	O que entende por educação permanente em saúde? Pode me falar de experiências vividas?
Educação Popular em Saúde	O que entende por educação popular em saúde? Pode me falar de experiências vividas?

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

4.3 Análise de conteúdo

Sob o delineamento de uma pesquisa qualitativa, busquei compreender fenômenos dentro de seu contexto, no caso, a partir das perspectivas dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Caxias do Sul. Compreendendo o movimento constante e inconcluso de reconstrução de conhecimento, Moraes (2012) atenta para a necessidade metódica e rigorosa dos processos de pesquisa científica para a validação de resultados confiáveis.

Assim, para a análise do conteúdo, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que objetivam não somente a descrição do conteúdo que emerge nas entrevistas, mas os saberes deduzidos a partir do conteúdo que se manifesta, optei pela proposta de Bardin (2016). Para tal, sistematizei,

conforme o Quadro 4, a análise em três partes: a pré-análise, a exploração do material obtido e, por fim, o tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2016).

Quadro 4: Análise de Dados

Pré-análise	Exploração do material obtido	Tratamento dos resultados e interpretação
Organização do Material	Desmontagem do texto em categorias de análise	
1. Leitura flutuante	1. Categorização	1. Inferências
2. Formulação de hipóteses	2. Subcategorização	2. Interpretações
3. Elaboração de indicadores	3. Recortes do texto em unidades de registro	3. Resultados e conclusões

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na pré-análise, organizei o material a ser analisado. As gravações de cada entrevista foram transcritas e foi feita uma 'leitura flutuante', fazendo uma seleção de pré-temas que sobressaíam de cada entrevista. A seguir, formulei algumas hipóteses à medida que avançava a leitura das transcrições. Por fim, fiz algumas indicações no texto analisado, destacando alguns trechos das verbalizações dos entrevistados, sendo considerados 'indicadores' dos temas encontrados (BARDIN, 2016).

Na exploração do material obtido, fiz a desmontagem do texto em categorias e subcategorias de análise. "As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (as unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns desses elementos" (BARDIN, 2016, 117). A categorização ocorreu pelo agrupamento que obedeceu aos seguintes critérios: (a) cada elemento não estará em mais de uma categoria; (b) cada categoria será construída de forma homogênea; (c) as categorias serão construídas conforme o objetivo da pesquisa, bem como conforme possibilidade de discussão. Para tal, as entrevistas foram recortadas em unidades de registros que eram identificados, conforme a subcategoria pertencente (BARDIN, 2016).

A etapa de tratamento dos resultados e interpretação é feita no próximo capítulo em que faço inferências, que é uma forma de interpretação controlada, isto é, “interpretações a propósito dos objetivos previstos – ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 2016, p. 132). A interpretação dos dados ocorreu levando-se em conta os resultados categorizados obtidos, as inferências realizadas e o arcabouço teórico que embasa a pesquisa. É nesta etapa em que faço a explanação das categorias encontradas, relacionando com a revisão de literatura, chegando a alguns resultados (GOMES, 2015).

A seguir, no Quadro 5, as categorias que serão analisadas e interpretadas no próximo capítulo.

Quadro 5: Categorias

Categoria	Subcategoria
Autonomia	Produção/Construção de Autonomia
	Respeito à Singularidade
	Escuta
Interdisciplinaridade	Trabalho Coletivo
	Intersetorialidade

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5 ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO

Conforme exposto anteriormente, neste capítulo, farei a análise das categorias autonomia e interdisciplinaridade.

A identificação das categorias ocorreu a partir da análise dos dados coletados das entrevistas de acordo com as leituras, sendo observadas as concepções e as práticas de educação em saúde mental de cada participante. No decorrer das leituras, tanto a categoria autonomia quanto a interdisciplinaridade foram apresentando nuances específicas, necessitando a construção subcategorias para análise.

Assim, a categoria autonomia é subdividida em três subcategorias: a construção de autonomia, o respeito à singularidade e a escuta. Já a interdisciplinaridade subdivide-se em trabalho coletivo e intersetorialidade. Segue o primeiro subtítulo com a categoria autonomia.

5.1 AUTONOMIA

A primeira categoria de análise discorre sobre a autonomia e o modo heterogêneo como esta questão emerge nos diversos contextos desta pesquisa. Torna-se compreensível que os entendimentos e concepções que se têm acerca do que seja a autonomia dependem das construções vivenciais e do contexto em que o trabalhador entrevistado está inserido.

A política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem a autonomia como um dos valores fundantes que deve permear o trabalho em saúde. Esta política se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias. Entretanto, é necessário estar atento às expressões do termo autonomia nas legislações das políticas de saúde brasileira para que não fique somente o entendimento de que autonomia é inerente à espécie humana, ou mesmo ao conceito legal de competência (BRASIL, 2014; MELO, et al, 2016).

Onocko Campos e Campos (2006) conceituam autonomia no campo da saúde como um processo dinâmico que pode estar com movimentos de perdas e aquisições gradativas sendo correlacionada à produção de saúde. Os autores utilizam o termo ‘coconstituição’, pois é construída na dependência do sujeito, do indivíduo e da coletividade e concebe-se “em um processo de coconstituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto e conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (ONOCKO CAMPOS, CAMPOS, 2006, p. 2). Assim, autonomia é um conceito vinculado ao exercício da cidadania e do conhecimento de direitos e da capacidade de reivindicar, caso seus direitos não sejam respeitados.

Entretanto, é necessário reconhecer o paradoxo existente autonomia/dependência. Tal dicotomia sugere que o ser humano não se torna autossuficiente, uma vez que depende de outro ser humano para a sua sobrevivência. Assim, o conceito autonomia não deve ser confundido com independência ou liberdade absoluta, afinal, humanos como seres sociais, sem autonomia plena, são dependentes de relacionarem-se à sociedade, o que significa a necessidade de submeter-se minimamente a um conjunto de regras. Neste sentido, é um conceito perpassado pela capacidade do sujeito ir compreendendo e construindo ações sobre si mesmo, sobre sua realidade e sobre a sua rede de dependências (ONOCKO CAMPOS, CAMPOS, 2006; MACHADO, 2019).

É possível pensar, então, que a autonomia é relativa e vai se coconstituindo ao passo que o sujeito ontológico e histórico consegue construir sua rede de dependência de forma singular e pela coletividade. O sujeito necessita constituir-se concomitante ao tempo que necessita constituir o mundo que o cerca para que possa ele mesmo existir. O processo não depende apenas dele, mas do contexto em que está inserido e de como consegue percebê-lo. Quando percebe o contexto, consegue modificá-lo, para que possa acessar aspectos que até então não conseguia acessar (ONOCKO CAMPOS, CAMPOS, 2008; MOREIRA, 2019).

O conceito autonomia, no decorrer das entrevistas, foi surgindo conforme as especificidades de cada Ponto de Atenção da RAPS, bem como

conforme as demandas e singularidades dos sujeitos atendidos. Assim, autonomia mencionada dentro de uma instituição como em um Residencial Terapêutico é concebida de forma diferente de um serviço mais territorializado e no espaço da rua, como o Consultório de Rua.

Neste processo, a categoria autonomia foi ganhando nuances que se traduziram em três subcategorias: a construção/produção de autonomia, o respeito à singularidade e a escuta, tratadas em subtítulos próprios.

5.1.1 Construção/Produção de autonomia

Nesta subcategoria, apresentarei as concepções e práticas dos entrevistados que convergem com o subtema construção ou produção de autonomia. Além de ‘construção’ e ‘produção’, alguns autores utilizam o termo ‘constituição’ de autonomia.

Para Leal (2001), no campo do cuidado em saúde mental, a autonomia é considerada uma das produções de cuidado mais importantes no tratamento. Entretanto, o autor aponta que a produção de autonomia não pode ser tomada como um ‘ideal de cura’, ou seja, uma norma que ganha um caráter excludente (LEAL, 2001).

Em Freire (1996, p. 107), compreende-se que “a autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas”. De tal modo, a autonomia não é inata, mas um processo de construção entre os profissionais e os usuários dos diferentes serviços que compõem a RAPS, como um movimento de amadurecimento dos sujeitos através de relações que estimulam a decisão e a responsabilidade (FREIRE, 1996).

A participação dos trabalhadores na vida cotidiana dos usuários, respeitando movimentos e limitações e ampliando possibilidades, possibilita a construção conjunta de autonomia. Neste caminho trilhado juntos, pode-se perceber quais são as potencialidades e dificuldades, tanto no ambiente doméstico quanto nos espaços públicos. A partir do reconhecimento dos espaços coletivos de interesse do usuário atendido, potencializam-se

oportunidades de estabelecer novas relações em novos contextos, assim como de assimilar novas habilidades, ampliando a autonomia (GRUSKA, DIMENSTEIN, 2015).

No cotidiano dos processos de trabalho e nas relações entre os trabalhadores e os usuários atendidos, a constituição de autonomia pode estar atrelada aos cuidados em saúde mental. Observei, nos cuidados mais básicos, relatados por Gil, no local 3, e quando Dora relata o seu acompanhamento no local 1:

Gil, local 3: Então a gente ajuda desde essa questão de ‘ah como é que coloca um lençol na cama, como é que estende roupa, como é que lava roupa, como é que usa máquina de lavar’, desde as coisas mais básicas até as coisas mais complicadinhas de vamos dizer assim, de escutar eles assim quando eles estão mais abstinentes, tipo assim, quando eles estão com essa fissura de usar drogas assim, [...]

Dora local 1: A gente tem isso tanto no processo individual que ele é um processo educativo para um PTS junto com ele, que tu repete com ele sobre a necessidade dele, sobre o que que ele quer estar investindo essa energia, estar melhorando tudo né e desde coisas que a gente faz, por exemplo, de pensar junto com ele processos de prazer, de atividades que lhe dão prazer, até atividades em relação a questões financeiras, a educação financeira pra ver o que ele faz com a grana dele.

Ambos os relatos acima podem ser considerados processos de construção de autonomia. Gil relata de forma mais concreta este processo no cotidiano que atua, no local 3. Em sua explanação, é possível observar que trabalhador e usuário do serviço vão construindo normas da vida diária ao estabelecerem relações sociais entre si. Gil vai contribuindo com ampliação de autonomia na realização de cuidados diários até estratégias mais complexas no território, ou mesmo aproximações de vínculos familiares e comunitários. A autonomia aqui pode ser relacionada à noção de capacidade, no sentido de possibilitar estratégias de gerenciamento da própria vida (PITTA, 1996).

Dora, no Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído junto ao sujeito que acompanha, também demonstra, pela perspectiva de gerenciamento da própria vida do usuário, processos de constituição de autonomia. Nesta situação, evidencia-se que, partindo das necessidades do

sujeito atendido, a perspectiva de cuidado é pela superação da situação em que se encontra (PITTA, 1996).

Além disso, ao propor que o próprio sujeito pense sobre sua realidade, Dora potencializa um processo de coprodução entre o interno e o externo. Assim, entende-se o sujeito como:

um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades. (...) Um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto (CAMPOS, 2000, p.67-68).

A partir deste entendimento de sujeito, um dispositivo de cuidado que pode ser considerado, de acordo com o relato de Gil, é o do Acompanhante Terapêutico (AT), na medida que estabelece formas de cuidados em saúde mental centradas nas relações construídas entre os sujeitos atendidos e sua rede social. Flora também evidencia em seu relato este processo de cuidado:

Gil, local 3: [...] e até outras coisas também mais do dia a dia assim de emprego de documentos de tentar ir atrás de uma coisa, tentar ir atrás de outra, dos vínculos familiares de tentar ir atrás dos familiares, tentar contato com o filho, com a mãe com tal de tentar essa aproximação deles, então a gente tenta fazer de tudo um pouco.

Flora, local 3: a gente tem um cuidador de referência aqui. Ai assim, ele vai estar mais vinculado a este usuário, vai estar auxiliar nestas questões de currículo, de documento, às vezes até nestas questões de AT, de acompanhante terapêutico, pra não deixar eles saírem sozinhos, às vezes eles se sentem seguros né, encaminhar para dentista, auxiliar nas medicações, buscar medicações, se necessário, enfim, em toda essa parte que o usuário necessita, a gente está auxiliando né.

Segundo Galdós e Mandelstein (2009), acompanhante terapêutico é um dispositivo clínico que se desloca de um enquadre clínico tradicional para estratégias que se constituem na relação entre trabalhador, usuário, espaço institucional e espaço urbano. As rotinas cotidianas passam a estar relacionadas ao contexto e à realidade do sujeito atendido. Lancetti (2014, p. 30) contribui ao pontuar que “estar presente e em movimento, esse estar-aí-junto e em movimento, gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório”.

Ao escrever sobre coprodução de sujeitos, Campos (2000) pontua que a inter-relação de múltiplas variáveis influenciam os sujeitos no seu processo

de constituição a partir da coprodução entre o interno (imanência relativa) e o externo (transcendência relativa). Para o autor, existem regiões existenciais que se interproduzem na constituição dos sujeitos, podendo ser agrupadas em: regiões imanentes ao sujeito, que se referem às estruturas biológicas, desejo e interesses; regiões de contato do interno com o externo, onde há a sínteses entre o sujeito e seu contexto, pela formação de compromisso, de contrato e; regiões de forças do externo sobre o interno, nas quais manifestam-se as necessidades sociais conformando os modos de ser (CAMPOS, 2000).

Nos recortes dos relatos de Otto e Rosa, alguns processos de coprodução podem ser exemplificados. Segue um trecho da fala de Otto:

Otto, local 8: (...) nas oportunidades que o bairro, enfim, que o território, enfim, que o lugar onde ele mora pode oferecer. O espaço da cidade né. Então a gente vai estimulando, que talvez seja esse processo educativo né, que faz parte então, do atendimento, eu diria do técnico de referência né, conforme vai atendendo, vai conhecendo, vai construindo com o paciente e com o familiares propostas de que ele possa ser e de que ele possa ter um aproveitamento melhor da vida dele e dentro da viabilidade dele pra ficar bem e, dentro do que a gente entende, pode proporcionar uma melhora, ou então, amenização de sintomas, enfim, uma organização pessoal melhor né, que vai impedir que ele agrave os seus sintomas, seja quais forem, se é uma depressão ou se é um psicótico ou se é alguma coisa dessa ordem.

No relato de Otto, o processo de cuidado exemplificado pelo trabalhador demonstra, a partir das possibilidades e condições do sujeito atendido, uma coparticipação entre os envolvidos, no processo de síntese entre quem é cuidado e o contexto em que vive. A partir das demandas do sujeito e dentro de suas possibilidades, o trabalhador pode colaborar para que consiga ir assumindo novas responsabilidades, inaugurar compromissos e caminhos pelo território que habita, contribuindo para a ampliação de suas regiões existenciais.

Segue o exemplo de Rosa, que potencializa o cuidado no território pelo dispositivo da visita domiciliar (VD):

Rosa, local 9: (...) a gente fez um atendimento familiar, que desde o início do atendimento daquela usuária, tinha uma questão muito grande de desentendimento. Era uma usuária que morava com a avó e meio que reclamava da outra assim. E aí a gente se propôs com a técnica de referência a ir lá e tentar construir regras de boa

convivência assim, no sentido de tentar construir autonomia dessa usuária e tentar dizer, 'vó, tem X coisas que eu não gosto'. Então a gente vai construir juntas. E da vó também tentar perceber que vai ter um momento que ela vai ter que dar um passo pra trás né. E aí por exemplo, o positivo da visita domiciliar é que a gente viu que essa usuária não tem um quarto né, que ela dorme na sala. Aí muito da reclamação é que ela fica na TV e no celular até altas horas e passa por isso também. De talvez ela se sentir num não lugar porque ela não tem nem um quarto nem casa né. Então aos pouquinhos a gente vai construindo, 'o que que tu fulana pode dizer pra tua avó'? Que a fala possa ser um instrumento de autonomia né. (...) Então numa autonomia que vai no campo social, mas numa autonomia que fala de si também e de suas relações né.

No exemplo de Rosa, as trabalhadoras entrelaçam seus cuidados adentrando o território pela visita domiciliar (VD), uma estratégia de cuidado que deve ser organizada e planejada antecipadamente, de forma conjunta pela equipe. Esta estratégia deve ocorrer conforme objetivos prévios traçados pela equipe, assim os profissionais conseguem se aproximar de aspectos da vida familiar, que nos atendimentos dentro das instituições não teriam acesso. Adentrando a dinâmica familiar, a execução da VD proporciona perceber junto à família a situação das condições e das relações familiares, fazendo com que Rosa e sua colega conheçam e elaborem junto à adolescente, estratégias emancipadoras para o problema percebido. A implementação de ações educativas é parte fundamental da promoção em saúde mental sendo possível desenvolver como parte desta estratégia de cuidado no território (ABRAHÃO, LAGRANGE, 2007).

Nos relatos de Otto e Rosa, percebe-se uma busca conjunta de inserção no território e no espaço social: Otto, a partir de seus atendimentos dentro do serviço; Rosa, em um exemplo de visita domiciliar. A construção de autonomia depende da ação conjunta com a rede de apoio que colabora na inserção comunitária do usuário atendido. Além disso, é pensado junto com os profissionais, por isso, coprodução, mas também o sujeito como corresponsável pelo seu processo terapêutico, pela sua constituição de autonomia, subjetiva e de contexto que se transforma, conforme consegue intervir sobre ele (CAMPOS, 2000).

Quando se pensa que a autonomia não é inata, mas parte do movimento histórico e ontológico do sujeito, compreende-se que é necessário um tempo singular para cada um dentro de sua historicidade. Hugo evoca uma temporalidade para introduzir outras formas de lidar com os problemas na vida de um usuário que a tudo respondia com agressividade:

Hugo, local 4: Usando esse exemplo que eu tinha falado do morador que tá há muito tempo com nós aqui, ele sempre respondia muito agressivo, pelo fato de ele receber muita agressividade. Toda a vida dele ele sempre recebeu muita agressividade e a resposta dele era ser agressivo. E tu aos poucos ir introduzindo outras formas de lidar com os problemas, com as frustrações do dia a dia, ele foi assimilando, que ele podia agir diferente. Hoje ele tem as limitações dele, ele tem as dificuldades dele, mas ele tem uma evolução enorme.

O exemplo do Hugo denota o respeito no processo de construção de história do sujeito atendido, o que possibilita a abertura de espaço para a reconstrução e ressignificação da própria história. Tal reconstrução é possível pelo encontro das diferenças entre Hugo e este sujeito que, num primeiro momento agressivo, foi incorporando outros modos de ser sujeito. Por este caminho, são aprendizados que ocorrem nas experiências do cotidiano e em ato entre trabalhador e usuário (GRUSKA, DIMENSTEIN, 2015; FREIRE, 2018).

Em uma leitura da realidade econômica em que nos encontramos, é necessário compreender que a produção de autonomia é perpassada pela relação que os sujeitos atendidos constroem com o dinheiro que possuem. Neste aspecto, exemplos de práticas de construção de autonomia financeira são expostas por Flora e Hugo. Flora expõe sobre o processo de desligamento dos usuários do local 3 e Hugo relata sobre a relação dos sujeitos que atende com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o uso deste benefício pelos próprios sujeitos:

Flora, local 3: Até seis meses e um pouquinho antes de completar os seis meses né a gente vai trabalhando a questão do desligamento né junto com a técnica de referência né, 'olha? Como é que tu tá? Tem que ir em busca de emprego', 'como é que tu vai sobreviver lá fora', né? Daí a gente vai incentivando, eles vão no SINE, a gente ajuda aqui no computador a procurar currículo, a gente vai auxiliando, eles

nesse sentido né. Porque eles têm que ter algum ganho pra pagar alguma pensão ou algum aluguel quando saem daqui né. Então a gente trabalha essa questão da autonomia com eles, então tem alguns que conseguem retornar para as famílias né e quando a família percebe que a pessoa tá querendo alguma mudança ela até aceita eles de volta, eles começam a vir visitar aqui, então a família também auxilia.

Hugo, local 4: Hoje a gente tem dois tipos de oficina aqui no nosso serviço, que na verdade são pagas por eles mesmos, pelos próprios moradores, a maioria deles tem o BPC que é o benefício né, e aí com o BPC eles pagam as coisinhas deles, tanto material de higiene, roupa, saídas, coisas para eles mesmos, eles pagam... 'ai, quero comprar uma cama nova', então vai lá guardando o dinheiro deles e eles compram.

Além da autonomia financeira, é possível considerar que “ser autônomo é ter a capacidade de assumir essa dependência radical derivada de nossa finitude, estando livres de deixar cair às barreiras que não permitem que os outros sejam os outros e não um espelho de nós mesmos” (MACHADO, 2019, p. 61). Além do mais, “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 1996, p. 59).

Por este caminho, seguem recortes das falas de Rosa e Íris. Rosa expõe sobre situações de dependência e processos de construção de autonomia e Iris, suas concepções em relação ao Projeto Terapêutico Singular:

Rosa, local 9: A gente tem muitos casos de uma dependência assim, dos adultos, do contexto do qual eles vivem né, e ao mesmo tempo também, de quadros de um depressão um pouquinho mais acentuada, de uma dificuldade de se enxergar de produzir algo que gere um movimento assim. Então são coisas básicas assim. Desde, tu vai ser responsável pelo bilhete da nossa próxima consulta, não vai ser a avó, não vai ser a mãe, não vai ser o pai. Tu é o responsável por escolher o nosso jogo de hoje, tu é responsável por escolher do que é que tu gosta, que não fique no tanto faz ou no tu escolhe. Porque na minha casa é minha mãe que escolhe não é tu que escolhe. Então é dizer: 'não, aqui tu pode escolher, tu pode escolher na tua casa por exemplo, tu pode combinar com tua família o que tu vai vestir, o que vocês podem comer conjuntamente'. e também pensando como se pode construir um denominador comum naquela família.

Íris, local 5: (...) a gente vai trabalhar, dentro do projeto terapêutico com o objetivo que ele deseja. Se ele quer se manter abstinente, a gente vai tentar auxiliar ele a se manter abstinente. Se ele deseja reduzir o seu uso, trabalhar com redução de danos,

eu quero continuar usando essa droga mas com a outra eu quero parar, a gente vai auxiliar ele nesse sentido. A gente vai trabalhar com ele conforme o objetivo e a meta que ele deseja, até porque no projeto terapêutico a gente tem lá, qual é o objetivo do usuário? Trazido por ele. A gente vai trabalhar em cima do desejo dele e não do nosso desejo.

Nos exemplos acima, Rosa e Iris refletem sobre o respeito à autonomia de escolha dos sujeitos atendidos, um princípio ético fundamental. Respeitar o processo de escolha e construção de autonomia dos sujeitos que atendem possibilita que possam protagonizar processos independentes nas suas próprias vidas, um direito fundamental que possuem para ter um modo de pensar, fazer suas escolhas, ações, de acordo com sua cultura, história e crenças (LIMA, 2008).

Por este caminho, “a ampliação da autonomia, vista como ampliação das capacidades e possibilidades de escolha das pessoas, é a categoria central e o critério definidor da atuação em promoção de saúde” (FLEURY-TEIXEIRA et al, 2008, p. 2115). No que concerne à subjetividade, possibilitar espaços para exprimir a própria vontade nos serviços de saúde mental, dialoga com o processo de construção de autonomia quando autonomia “é definida como capacidade do indivíduo de gerar normas para a sua vida a partir de sua possibilidade de ampliar suas relações com o social” (LEAL, 2001, p.72).

É relevante considerar que proporcionar espaços em que os sujeitos atendidos possam expressar suas vontades é algo que se difere de uma construção individualista e arbitrária, sendo uma construção histórica e social do indivíduo junto aos que o atendem. A subjetividade, neste contexto, também passa por seu processo de transformação e pelas relações sociais que vão se estabelecendo. Deste modo, pode proporcionar construções de autonomia pela expressão de idéias, desejos e vontades (LEAL, 2001).

Um objetivo que se destaca nos serviços de saúde mental é a reabilitação psicossocial em que há a busca pela reconstrução da mobilidade nos espaços da cidade, introdução no mercado de trabalho e habilidades nos exercícios das atividades diárias de uma residência. Para Saraceno (1996), a reabilitação seria um processo de reconstrução de um exercício pleno da cidadania por três cenários: o habitat, a rede social e o trabalho com valor

social. O habitat estaria relacionado ao cotidiano doméstico, a rede social relaciona-se à construção de vínculos com a família, comunidade e pessoas que possam dar apoio em situações diversas e, por fim, a possibilidade de produção de mercadoria e trocas no campo social do trabalho. Neste sentido, é parte da reabilitação psicossocial a construção da cidadania e a capilarização da rede social no território em que os sujeitos em processo de reabilitação estarão.

Entretanto, ao questionar sobre a possibilidade de uma cidadania plena e, diante do histórico conceitual do termo reabilitação psicossocial, que transita por algumas contradições, Guerra (2004) pondera que a reabilitação pode considerar o movimento singular de cada sujeito, respeitando a sua história, a partir da realidade concreta que vivencia. Assim, a construção de cidadania pode não ser plena, mas singular, conforme as limitações dos sujeitos e do contexto. Já Pitta (1996, p.21) compreende a reabilitação psicossocial como “[...] uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados”.

Há um entendimento que não somente os sujeitos com transtorno mental podem construir processos de inserção à realidade existente, mas a sociedade também precisa constituir espaços para compreender sobre a Reforma Psiquiátrica vigente, bem como acolher as singularidades no território. Aparentemente é por este viés que transitam as concepções de Hugo, Luca e de Nina. Segue o recorte de Hugo:

Hugo, local 4: A nossa luta assim, quando a gente fala em antimanicômio, eu digo assim que tem a importância do tratamento emergencial assim, de urgência, num momento de surto, onde tu tem que realmente fazer uma intervenção medicamentosa onde pessoa estabilize o quadro. Mas a partir desse momento, que já está estável, o cuidado de ressocializar, de fazer interagir, de caminhar pelas ruas, interagir com as outras pessoas é muito importante não só para as pessoas com transtorno, mas para a própria sociedade também.

Pela concepção de Hugo, é possível compreender a ideia de que há uma reabilitação social de pessoas que por muito tempo passaram institucionalizadas, em um espaço social mais amplo. Contudo, neste espaço social, a própria sociedade que os acolhe (ou deveria os acolher) necessita

aprender também sobre o transtorno mental. Nos exemplos a seguir, Luca, por sua vez, faz uma crítica ao termo reabilitação social, relacionando como entende o conceito aos usuários que atende. Nina aponta sobre a importância que o local 6 tem em inserir os sujeitos que atende ao território, para que o serviço em que atua não perpetue um modelo de cuidado manicomial, mas em rede e comunitário:

Luca, local 2: Quem tá em situação de rua bate em uma outra batida, é em um outro tempo lógico e então como é de uma outra lógica, é preciso um serviço que funcione de um outro modo. (...) me parece que o reabilitar é fazer um processo de, não sei se é a melhor palavra, aprendizagem mas é aprender a se encaixar no modelo que tá dado né, e que não mais passe pra um modelo diferente. Então tu encaixa a pessoa. Tu ensine ela a se encaixar em um movimento que a sociedade tá vivendo, sem poder questionar nada, sem se questionar se esse é o melhor modelo e sem se dar conta de uma coisa, (...), eu entendo ela como um outro modo de viver. O ...(local 2)² entra nessa especificidade, pra uma população que funciona em uma outra batida, apesar de estar na cidade, só que estar invisibilizada, enfim, algumas pessoas vão sair (...) e vão se encaixar nesse outro modelo. Mas como é difícil ir pra rua né, quem não mora na rua, quem não tá em situação de rua, é difícil se organizar do modo que a rua exige, o sair da rua causa o mesmo sofrimento porque tem que mudar a lógica e esse mudar a lógica que é muito difícil de fazer. (...) Sem poder ter essa escuta e poder dizer não, talvez não.

Nina, local 6: Não é porque ele tem um transtorno mental que ele tem que fazer tudo no ...[local 6]. A gente tá fazendo o inverso do que o ...[local 6] tem que fazer né, o ...[local 6] tem que fazer que ele se insira na comunidade, na sociedade, no território dele, então isso também é um cuidado que pode parecer assim, ah não estão atendendo aqui, estão mandando pra outro lugar. Não. Encaminhar ele pra uma atenção básica, pra uma UBS de referência é um cuidado porque ele também vai ser cuidado lá. Então ele não vai ficar só com o nosso serviço, ele também vai ser cuidado lá.

É importante ressaltar que as concepções dos três entrevistados acima, Hugo, Luca e Nina, caminham pelo mesmo aspecto, mas com singularidades bem distintas, visto que de cada entrevistado ecoam falas de

² As referências dos entrevistados aos locais foram alteradas para preservar os participantes da pesquisa.

Pontos de Atenção distintos da RAPS. Ambos defendem seus pontos de vista, levando em consideração a relação com a sociedade e com o território, a partir da singularidade dos sujeitos que atendem. A partir destas singularidades, o reabilitar possui sentido diferente: pensar na inserção comunitária de um sujeito com transtorno mental difere de pensar na complexidade do atendimento de uma pessoa em situação de rua.

Justamente pelos diferentes sentidos que o reabilitar adquire que há importância na capilarização de serviços distintos para as especificidades da população atendida. Pitta (1996, p. 20) esclarece que “para pensarmos reabilitação psicossocial é necessário que se defina quem será o sujeito das políticas e das práticas reabilitadoras”. Ademais, a autora defende que a reabilitação psicossocial pode ser considerada um novo tratado ético e estético, quando se pensa em atendimentos singulares, subjetivos e equânimes, em uma de busca por sociedades justas e democráticas (PITTA, 1996).

No que concerne às práticas de inserção social e comunitária, segue a verbalização de Nina sobre processos de desinstitucionalização e vinculação ao território e à comunidade:

Nina, local 6: [...], um usuário nosso, que ele tinha 82 internações quando abriu o ... [local 6], então ele veio pra cá e ele nunca mais internou porque era simplesmente ele ter um local de referência que cuidasse dele, que desse a medicação, atendesse ele, socializasse, reabilitasse pras coisas que ele conseguia fazer, enfim, e ele não internou mais. Naquela época nós tínhamos muitas pessoas que internavam muitas vezes, então nosso objetivo principal lá no início do ...[local 6] era evitar mais uma internação e gradualmente ir ressocializando, ir inserindo em outros espaços né, seja na família, seja no lazer, seja no trabalho.

No relato de Nina, evidencia-se um processo de desinstitucionalização após anos de recorrentes hospitalizações psiquiátricas de um sujeito que, por muito tempo, conhecia exclusivamente o cuidado hospitalar como forma de cuidado em saúde mental, para o cuidado em território e comunitário em um novo dispositivo que se instalou na cidade, o local 6. O movimento para fora dos muros institucionais para uma vida no contexto comunitário requer um local de referência de acolhimento das demandas dos sujeitos. O processo de coconstrução de autonomia entre trabalhadores e sujeito pode ocorrer pela via da reabilitação social, potencializada pelo acompanhamento terapêutico,

quando houver necessidade respeitando o histórico vivencial, os limites funcionais e as necessidades apresentadas. Neste processo, é possível o ensino de habilidades e competências para o cotidiano, bem como para a busca pela transformação da realidade em que vive (GALDÓS, MANDELSTEIN, 2009).

O recorte do relato de Hugo, a seguir, traz exemplos de usuários que se desligaram do local 8, bem como, eventuais acompanhamentos que, por vezes, são necessários. Entretanto, no processo de emancipação dos sujeitos, quando pensar sobre o desligamento de um usuário do serviço de saúde mental? Percorrendo esta dúvida, segue também o relato de Queli sobre uma atividade desenvolvida no local 8, exemplificando um processo de construção coletiva junto com os usuários ao mesmo tempo em que demonstra preocupação para que eles não permaneçam institucionalizados ao serviço:

Hugo, local 4: Como tem moradores que já conseguiram se organizar, fazer esse desligamento, inclusive mudaram de cidade e foram morar sozinhos. Então da gente ir lá, acompanhar, saber que ele tá bem, 'ah não, comprei minha máquina, comprei isso, aquilo, tô bem', sabe. Então assim, um morador que tava dentro do ...[local 4] para um morador que foi morar sozinho, sabe. Isso é bem legal para uma pessoa que tem transtorno mental e a gente sabe das dificuldades que o transtorno mental oferece para a gente, tipo, que trazem pra gente, quando tu vê essa evolução assim é bem legal.

Queli, local 8: [...] Então na recepção ficava o nome de todos os aniversariantes de todos os usuários do ...[local 8] daquele mês. Então era uma forma de que fazem o serviço, mas ao mesmo tempo a gente também tem a preocupação de que não se feche aqui dentro do serviço. A gente trabalha pra que de alguma forma ele possam ocupar outros espaços também, possam estar saindo.

Estar atento aos processos de cuidado em saúde mental nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial torna-se essencial para que não ocorra um processo de modulação da tutela do sistema hospitalocêntrico para o controle dos serviços abertos: a substituição da doença mental-tutela-manicômio para a doença mental-controle-serviços abertos. O exercício de poder manicomial nas práticas de cuidados em saúde mental não necessita de um local de exclusão, mas da persistência da relação manicomial que pode

prevalecer nos diferentes dispositivos de cuidado territorializados, configurando novos modos de segmentação, captura e controle a céu aberto (OLIVEIRA, PASSOS, 2009; BRASIL, 2015).

Outro aspecto de relevância que está impregnada nas falas dos entrevistados são os processos de construção de autonomia que ocorrem pela coletividade. Inicialmente, apresento um recorte da fala de Nina que trata da potencialidade do espaço coletivo como campo de cuidado. Para Nina, é justamente este espaço que faz com que os usuários do serviço queiram retornar para interagir:

Nina, local: 13: Então as oficinas, o trabalho coletivo é justamente para que as pessoas se mantenham em contato com o outro né, para que se mantenham em interação e consigam manter trocas com o outro. Então, as oficinas, sem sombra de dúvidas, é o grande diferencial do ...[local13] e é o local onde acontece o cuidado. Pra quem olha assim, vão lá só pra fazer uma atividade. Não, mas isso tem muitas coisas envolvidas né. Ele ter chegado até aqui, estar dentro do grupo, estar conversando, pensando o que vai fazer, despertando a criatividade e várias outras coisas então, ali é um cuidado.

Nos diversos Pontos de Atenção, é possível ocorrer atividades grupais como “oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornais”, etc (BRASIL, 2004, p. 17). As oficinas terapêuticas são consideradas a principal forma de cuidado oferecido no campo da saúde mental, sendo atividades realizadas em grupo com a presença de trabalhadores e usuários com interesse em participar. É um espaço coletivo que propicia integração social e familiar, manifestações de problemáticas, sentimentos, desenvolvimento de habilidades corporais, produtivas e de construção de cidadania (BRASIL, 2004).

Nos recortes de Dora e Julia, é possível perceber que estes espaços, além de campo de cuidado, podem ser considerados ao mesmo tempo campo de aprendizagem:

Dora, local 1: Outros processos de cuidados que a gente desenvolve aqui dentro são as oficinas né, um processo de cuidado educativo. As oficinas que a gente faz tanto oficinas de arte como outros tipos de oficina são processos mais educativos de

cuidado. Hoje a gente tem oficina de arte, mas a gente já teve a oficina de costura, a gente tem grupos onde a gente faz rodas de conversa onde a gente tem a questão reflexiva, mas também educativa né, seria isso.

Julia, local 5: Os grupos que eu sou responsável e que trabalho com eles é o grupo de psicoterapia, o grupo sobre sentimentos e o grupo auto motivacional. Nestes grupos enfim, então, o que que eu trabalho com eles, é um espaço deles, é um espaço pra que a gente construa né, eu, o usuário, né, as estratégias né, as práticas deles, que eles vão conseguir se manter, ou abstinentes, ou em redução de danos. Então eu procuro não chegar com nada pronto pra eles né, que isso seja uma troca, uma construção. Muitas vezes eu trago um recurso concreto pra trabalhar com eles, mas eles é que vão construindo né as falas, os ensinamentos e a aprendizagem que a gente vai fazendo e trocando isso em grupo com eles.

Além das oficinas como espaço de cuidado, as assembleias foram explanadas em alguns recortes de entrevistas. Segundo Bontempo (2009), o conceito assembleia denomina o espaço em que os sujeitos envolvidos utilizam a palavra como meio de expressão. Bia, Flora, Júlia e Queli evidenciam, dos seus diferentes locais, as assembleias como espaços coletivos de construções:

Bia, local 1: o que a gente fazia muito era as assembleias com os usuários, então eu acho que ali a gente tentou. Sabe que as vezes não é tão fácil, porque um dia é um grupo, outro dia é outro grupo. (...) Então acho que isso entra nessa linha da educação popular de eles, o que que eles achavam que ajudava, como eles achavam que tinha que ser o cuidado deles, o que que seria legal que o ...[local 1] tivesse, essas coisas assim a gente fazia nas assembleias.

Flora, local 3: A gente organiza as normas e regras tudo através de assembleia e discute como é que vai ser assim, como que está sendo o horário para entrar, a entrada, a divisão de tarefas, a organização da casa, tudo a gente decide nas assembleias, com o consentimento deles, porque eles também participam dessas decisões né.

Julia, local 5: hoje as duas horas a gente teve grupo de assembleia que a gente chama, e o que que é um grupo de assembleia? É um espaço, uma troca entre os usuários e a equipe, a respeito do serviço CAPS e também do serviço da rede, enfim né, então aí é onde se faz a troca né, de aspectos positivos e negativos do serviço,

Queli, local 16: Mas as assembleias, todos são partícipes de poder estar dando pitaco realmente no serviço. De estar sugerindo espaços, de estar sugerindo oficinas, vão ter oficinas tanto para pais quanto para usuários, existe uma ata que eles mesmo

vão estar fazendo a ata, então fica documentado. A partir do diálogo, entre os profissionais e os usuários, entre os diferentes né, saberes, é que vão se constituindo, é que vão se fazendo os combinados, os acordos né. Sobre muitas idéias...

Nos diferentes contextos institucionais, foi possível considerar o que Freire (1996, p. 107) aponta quando trata que “uma pedagogia da autonomia tem que estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade”. Na coletividade, propiciada pelos grupos, os sujeitos envolvidos podem ter a possibilidade de vivenciar a coparticipação e a construção do protagonismo de suas próprias histórias, bem como do local em que estão inseridos.

Como já mencionado, o processo de constituição de autonomia não é solitário, tão pouco o processo de emancipação dos sujeitos atendidos. O cuidado em liberdade, conforme diretrizes de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, tornou-se possível pelo engajamento de pessoas com transtorno mental, familiares e trabalhadores em movimentos de luta no processo de reforma psiquiátrica constituindo a RAPS em contraponto ao cuidado hospitalocêntrico (BRASIL, 2011b). Os espaços coletivos evidenciados por Bia, Flora, Queli e Dora vem ao encontro da proposta pedagógica de Freire (2018, p.71) que afirma que “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”.

Tomando os sujeitos atendidos como oprimidos em processos de cuidado excludentes, sem respeito à autonomia, à singularidade e à liberdade, possibilitar espaços coletivos de encontros pode ser um importante passo para a emancipação. Entretanto, “somente quando os oprimidos descobrem, o opressor, e se engajam na luta organizada por sua libertação, começam a crer em si mesmos, superando, assim, sua ‘convivência’ com o regime opressor” (FREIRE, 2018, p.72). No viés da perspectiva da educação popular, a potencialidade dos espaços coletivos pode significar, para muitos, a possibilidade de reflexão sobre o contexto de cuidado, nos diferentes dispositivos da RAPS, além de tornar-se práxis, isto é, ação de luta pela libertação coletiva, afinal, os espaços de cuidados de saúde mental em que

estão inseridos estão em constante tensionamento no que concerne o modelo de cuidado (FREIRE, 2018).

No próximo subcapítulo, discorrerei sobre a subcategoria singularidade, que perpassa a autonomia.

5.1.2 Respeito à singularidade

A singularidade no campo da saúde mental situa-se pelo olhar integral da equipe aos sujeitos em sofrimento psíquico respeitando as suas diferenças. A atenção à singularidade, portanto diferença, não é olhar para a individualidade, mas para a complexidade dos sujeitos e famílias que acessam os serviços, contribuindo para ampliar a perspectiva ao considerar a multicausalidade relativa ao adoecimento em saúde mental (BRASIL, 2007b).

O respeito à singularidade é uma subcategoria que se desenha à medida que vai se costurando um enredo que transita no foco à vida dos sujeitos atendidos, respeitando as necessidades que surgem, bem como as decisões tomadas, dando atenção ao sofrimento psíquico específico e as demandas que emergem.

Para Cecílio (2006, p.117):

Podemos trabalhar com a idéia de que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar a vida.

Assim, ao olhar para as necessidades em saúde, pode-se contribuir para a construção singular de autonomia, isto, pois, cada sujeito atendido fará sua vinculação ao serviço de forma diferente com suas diferentes necessidades. A partir do princípio da integralidade, as equipes dos diferentes serviços podem construir processos de trabalho ampliados de cuidado que respeitem as subjetividades existentes superando práticas reducionistas. A integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades em saúde que são sempre heterogêneas e complexas. Entretanto, da complexidade que emergem, as

expressões das demandas são singulares, necessitando de cuidados também singulares (CECILIO, MATSUMOTO, 2005).

Nos trechos das falas de Luca, Dora, Elis e Flora, é possível perceber expressões sobre necessidades em saúde mental:

Luca, local 2: A intenção nossa é fazer isso, é não perder o foco da integralidade. É poder olhar praquele sujeito como um todo assim. Mas de olhar pra saúde mental, olhar até pra alguns aspectos sociais assim né. De poder pensar uma perspectiva psicossocial também né.

Dora, local 2: A gente pensa em um processo de cuidado bem singular com o usuário, de acordo com a necessidade que ele traz no momento. Muitas vezes uma necessidade social muito mais do que uma necessidade clínica, uma necessidade só em relação à dependência química né.

Elis, local 1: Acho que o importante que a gente faz enquanto equipe é olhar o singular, a necessidade daquele usuário, naquele momento e poder planejar um projeto terapêutico para ele, baseado nisso.

Flora, local 3: A gente vai trabalhando as questões bem individuais de cada um né, bem no singular, cada um tem uma necessidade. A gente tem que tá sempre olhando para cada um individualmente, vendo aquele ali que tá, que que ele tem hoje que tá um pouquinho diferente, tá mais pra baixo, tá mais deprimido e ali a gente chama, conversa e vê o que está acontecendo”.

Luca explana sobre a integralidade, assim como no recorte da fala de Dora evidencia-se um exemplo da atenção à necessidade em saúde mental que condiz com a integralidade do sujeito atendido. Isto significa não apenas olhar para a dependência química, mas para as demandas sociais que surgem, e outras vulnerabilidades sugerem que o cuidado em saúde mental pode ser centrado no sujeito e não na doença ou substância que utiliza. Campos (2000, p. 67-68) considera o sujeito como “ser biológico, com uma subjetividade complexa, mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades”.

Os recortes de Elis e Flora também evidenciam que o cuidado ocorre a partir da demanda que emerge no processo de trabalho junto aos sujeitos atendidos. Tais demandas são únicas, sendo singular o processo de cuidado em saúde mental que é prestado a cada indivíduo, quando são levadas em

consideração as diferenças de cada um. “Não há Sujeito sem Desejo, Interesses e necessidades e, portanto, não haverá forma de expressá-los sem que junto apareçam pedaços do próprio Sujeito, ou seja, sem que se manifeste sua singularidade” (CAMPOS, 2000, p.25).

Os trechos das falas de Gil e Otto evidenciam processos de autonomia perpassados pelo olhar à singularidade:

Gil, local 3: Desde o início aqui eu percebi que de um modo singular, cada morador, dentro do possível, o mesmo comportamento um com o outro, os problemas pessoais vão ser diferentes. E ai tem que entender a vida dele, a vida do outro. Claro que tem algumas coisas básicas do dia a dia que é pra todos. Mas pra poder achar o problema da pessoa, pra poder achar o que ele precisa, eu tenho que entender ele em específico, não ter um método de trabalho da rede ou em alguns locais de trabalho, que se eu ainda, as vezes ficar muito preso nesse método e tal, eu não vou conseguir fazer nada com os moradores, (...) Então as vezes a gente tem que se colocar e tem essa questão da singularidade que eu entendi que a gente precisa conhecer ele em específico, que talvez as vezes com uns eu vou ter que ser mais duro, com outros eu vou ser mais de boas. Então varia de um para outro.

Otto, local 6: As vezes é ter um pouco mais de autonomia de conseguir ir na farmácia de ir buscar o seu remédio, ou pra ir no postinho buscar a sua consulta, enfim, dentro da realidade de cada pessoa.

No recorte de Gil, tece-se a ideia de que não é possível aplicar um ‘método’ de trabalho igual para todos quando se concebe que há sujeitos com diferenças e singularidades na atenção em saúde mental. O processo de cuidado se constrói em atos produzidos na relação cotidiana, estabelecendo aberturas para novas formas de produzir saúde que se constituem na relação trabalhador-usuário. Já a autonomia, construída dentro da realidade de cada pessoa, apontada no exemplo de Otto, é o processo perpassado pelo respeito à singularidade dos diferentes que acessam o serviço. (MERHY, 2005).

Para possibilitar processos de cuidado que deem conta das particularidades de cada um que transita pela rede de atenção em saúde mental, alguns participantes como Dora, Manu e Rosa evidenciaram o Projeto terapêutico Singular (PTS) nas suas concepções de cuidado em saúde mental:

Dora, local 2: A gente tem isso tanto no processo individual que ele é um processo educativo para um PTS junto com ele, que tu repete com ele sobre a necessidade dele, sobre o que que ele quer estar investindo essa energia, estar melhorando tudo né e desde coisas que a gente faz, por exemplo, de pensar junto com ele processos de prazer, de atividades que lhe dão prazer, até atividades em relação a questões financeiras, a educação financeira pra ver o que ele faz com a grana dele.

Manu, local 6: o PTS é um projeto praquela pessoa, não é igual pra todos porque cada pessoa tem uma característica, uma singularidade, a mesma coisa a família, então a gente tem inúmeras situações. Então a mesma estratégia pode dar certo pra uma família, pode não dar certo pra outra, então por isso a gente chama de PTS.

Rosa, local 8: O próprio PTS assim, o PTS é o plano terapêutico singular, que ele vai ser, que ele vai ser designado praquela sujeito, por isso que ele é singular. Cada um vai ter a sua especificidade, cada um vai demandar a sua singularidade e a partir disso a gente oferta o que a gente tem no serviço também né. A gente vê muito na literatura quando a gente pensa num cuidado em saúde mental, que o cuidado em saúde mental ele tem que ser usuário-centrado e não serviço-centrado, então não vai ser todas as pessoas que vão chegar aqui que a gente vai dar uma receitinha de bolo e que vai seguir aquilo. A gente vai conhecendo aquele usuário e a gente vai vendo como é que a gente pode ofertar o melhor cuidado praquela questão que ele tá apresentando.

O PTS é um conjunto de propostas de ações terapêuticas, decorrentes da discussão coletiva da equipe interdisciplinar do serviço, com o objetivo de atender as demandas do sujeito, para além do critério diagnóstico. Busca superar o paradigma biomédico pelas ações coletivas, tendo como proposta a participação de todos os envolvidos, em especial os sujeitos atendidos, estimulando o protagonismo no processo terapêutico, pela escuta de sua história e de suas necessidades individuais (BRASIL, 2008; BARROS, 2010; LANCETTI, 2015).

Lancetti (2015, p. 122) expõe o PTS como:

um organizador do cuidado que inclui a família, a biografia, o território geográfico onde a pessoa habita, os recursos desse território e – o que é mais difícil de considerar – o território existencial do usuário e seu contexto. E, por fim, a potencialidade do sujeito individual e coletivo em questão.

A elaboração de um PTS é um dos processos mais complexos desenvolvidos no campo da saúde mental e depende da prioridade adotada

pela equipe envolvida. Para que não seja reduzido a procedimentos burocráticos, necessita da participação e construção conjunta dos sujeitos atendidos, analisando demandas, necessidades e descobrindo potencialidades (LANCETTI, 2015).

É possível pensar em um processo de cuidado singular quando se concebe a dimensão do cuidado em que todos os envolvidos são sujeitos de saberes em uma relação trabalhadores-usuários que inclua os usuários como sujeitos e partícipes nos modos de produzir cuidado e nas ações de saúde mental (MERHY, 2005). Neste sentido, segue o recorte de Dora:

Dora, local 2: O território, a gente tem que trabalhar bem de acordo com a vida deles. É eles que nos ensinam. A gente tem que agregar todo o nosso conhecimento, mas a prática de vida é deles assim”.

Por esta mesma perspectiva, o relato de Hugo evidencia um longo processo de cuidado perpassado pelo respeito à singularidade do casal envolvido:

Hugo, local 4: A gente tem moradores homens, moradores mulheres né. A gente tenta respeitar muito aquilo que eles nos trazem tá. [...] tem um casal ali ...[local X] que se conheceu dentro do próprio ...[local X], inclusive fizeram um casamento, então assim, foi bem legal. Então na época os dois desejaram e vieram conversar com a equipe. Na verdade, eles já vinham namorando havia um tempinho né e eles expressaram essa vontade, então a gente conseguiu ir atrás do banco de noivas, atrás do vestido, ele conseguiu comprar um terninho mais simples pra ele, a gente conseguiu na época, tinha uma igreja ...[nome] do lado ali, a gente conseguiu falar com o padre e conseguimos fazer o casamento, fomos atrás de um salão de uma moça que faz festas e ela forneceu, bem dizer de graça, desde garçom, talheres, o espaço, tudo de graça, assim. (...) Tu via que eles tavam crescendo como um casal mesmo. Dentro da vida deles, dentro do que eles poderiam oferecer um pelo outro, dentro das dificuldades que eles apresentavam.

É partindo do respeito à singularidade que Hugo evidencia, nos cuidados ao casal, que a autonomia se constitui à medida que vai sendo exercida, com o apoio da equipe, sem responsabilizar individualmente os sujeitos pelas condições que apresentam, frente às suas limitações e adversidades que a realidade anuncia. Em um processo de respeito ao desejo

do casal, bem como às suas limitações, construiu-se em conjunto, equipe com o casal, condições para que pudessem ter sua vida dentro da instituição. As práticas de cuidado em saúde mental permitiram abertura à construção de novos modos de vida na instituição, colocando o casal como sujeitos ativos de suas histórias, respeitando suas capacidades (CASTORIADIS, 1992).

Para Onocko Campos e Campos (2006) faz parte do processo de coconstrução de autonomia a valorização dos sujeitos e de suas singularidades, o que afeta radicalmente o campo de conhecimento das práticas de saúde coletiva e clínica. Assim, no contexto da Rede de Atenção à saúde mental os processos de produção de autonomia seriam condizentes ao respeito à singularidade.

Neste viés, parte-se da compreensão de sujeito como “um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto” (CAMPOS, 2000, 67-68). Na tessitura desta escrita, fui evidenciando que para o atendimento emancipatório a este sujeito, o olhar pela integralidade só pode ser resultado “do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde” (CECILIO, 2006, p.117).

Percebo que o cuidado em saúde mental que respeita a singularidade dos sujeitos vai ao encontro do reconhecimento da alteridade na relação dialógica com o outro, ou seja, na relação entre subjetividades. Na intersubjetividade, os seres humanos se constituem no diálogo, na comunhão e na escuta do outro (TROMBETA, 2019). Freire (2018, p. 166) compreende que:

O eu dialógico sabe que é exatamente o tu que o constitui. Sabe também que, constituído por um tu – um não-eu, esse tu que o constitui se constitui, por sua vez, como eu, ao ter no seu eu um tu. Desta forma, o eu e o tu passam a ser, na dialética destas relações constitutivas, dois tu que se fazem dois eu.

Neste sentido, a alteridade não é abstrata. “A alteridade tem face, é o pobre, os estrangeiros, a mulher, os excluídos que reclamam justiça” (TROMBETA, 2019, p. 36). No contexto desta pesquisa, a ética e o respeito à alteridade dos usuários em suas singularidades são indispensáveis para um fazer pedagógico em saúde na perspectiva da educação popular.

É possível modos de produzir cuidados singulares quando, no fazer profissional, há comprometimento de fato com a vida do outro. Tal comprometimento pode tomar a via da escuta como modo de acolhimento da complexidade dos sujeitos (MERHY, 2005). Assim, no próximo subtítulo, discorro sobre a escuta, última subcategoria da autonomia.

5.1.2 Escuta

A última subcategoria desta categoria foi denominada “escuta”. Conforme a Política Nacional de Humanização de atenção à Saúde no âmbito público, escutar relaciona-se ao acolhimento de toda a queixa ou relato do usuário atendido, mesmo que aparentemente não interesse ao diagnóstico ou ao tratamento. Partindo da ideia de acolhimento é possível, nesta escuta, colaborar para que o usuário compreenda sobre seu processo de adoecimento, correlacionando com sua vida e sua realidade. Um processo que torna o usuário partícipe de seu próprio tratamento à medida que é convidado a pensar junto sobre o que sente e os motivos que levaram ao adoecimento (BRASIL, 2008).

Nas orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de Unidades de Acolhimentos, a noção de escuta qualificada relaciona-se ao acolhimento inicial ou primeiro atendimento de sujeitos e seus familiares que buscam os serviços de saúde mental. Nesta primeira escuta, são acolhidas as demandas, construídos os vínculos terapêuticos iniciais, além de elaborados aspectos sobre a corresponsabilização e, quando necessário, direcionando o acesso a outros serviços (BRASIL, 2015).

Em Freire (1996), a escuta é compreendida como um processo essencial na produção de autonomia. “Trata-se de uma escuta que vai além da capacidade auditiva e difere da pura cordialidade” (SAUL, 2019, p. 196). Em um processo dialógico, há momentos de fala e de escuta. Ao escutar o outro, é possível colocar-se no lugar de sujeitos aprendentes que, sem anular o próprio conhecimento, nem mesmo concordar totalmente com aquela fala, proporciona

compreender a partir da realidade e da leitura do mundo do outro, dialogando com diferentes experiências. “Saber escutar é, portanto, uma prática que se imbrica, necessariamente, na construção do conhecimento crítico emancipador” (SAUL, 2019, p. 196). No que concerne um processo de emancipação, o recorte da fala de Rosa explana sua concepção de autonomia pela escuta. Já no recorte de Dora, há a explanação de sua concepção de escuta pelo acolhimento que faz aos usuários que atende:

Rosa, local 8: A questão da autonomia, ela passa muito por a gente facilitar, a gente escutar que caminhos esse sujeito quer seguir, que passos ele quer dar.

Dora, local 2: Então, por exemplo, eu abordo o usuário na rua, as vezes ele quer só conversar, ele pode ser usuário de drogas, pode não estar em um momento legal. Mas naquele momento que ele quer trocar uma idéia, tu vai fazer uma escuta, tu vai acolher, ele vai te acolher também né, porque é recíproco.

Na relação entre trabalhador e usuário, a construção de uma forma dialética de interação proporciona a produção de conhecimento nas práticas de cuidado e produção de saúde mental. Sobre a relação que se estabelece entre profissionais e usuários de álcool e outras drogas, Lancetti (2013) afirma que em dispositivos de atenção para este público, a escuta acontece quando se acolhe as expressões que emergem nos próprios corpos dos sujeitos atendidos, que, por vezes, não expressam na fala, mas de outras formas suas histórias. Ao atravessar a superfície discursiva das drogas, esta deixa de ser o foco para a centralidade do cuidado no sujeito que é visto na sua integralidade. Luca expressa um exemplo de escuta a sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas:

Luca, local 2: E tinha um local que a gente ia que ficava muito pesado porque não se usava e tinha uma galera que ficava muito fissurada, louca pra usar e a gente chegava e atrapalhava o movimento e quem tava no comando daquele território não deixava usar. E aí a gente disse, ‘olha a gente tá atrapalhando o espaço de vocês, pode usar e aí’. Um disse: ‘pera aí, esse é o único momento que a gente tem pra falar de outras coisas além de usar, então vocês não estão atrapalhando, vocês estão trazendo uma outra coisa’, que de novo né, de um aspecto da escuta que assim, é um cuidado que a gente tem que ter, pelo menos é o que eu penso.

Luca manifesta um exemplo de escuta no território, como produtora de cuidado, pela perspectiva da redução de danos. A escuta e o encontro como dispositivos de redução de danos são evidenciados em uma conversa entre Domiciano Siqueira e Lancetti (2013) sobre redução de danos. Siqueira menciona sobre uma equipe de cuidados em saúde mental que, no território, tornou-se outra opção para os usuários que atendia: “Nós somos pessoas com as quais elas se relacionam sem tirá-las do grupo onde estão, da vida em que vivem e não tentamos trazê-las para o nosso meio, a gente simplesmente se relaciona com elas” (LANCETTI, 2013, p. 59).

E o que se relaciona à autonomia? A perspectiva da redução de danos não classifica os sujeitos de acordo com as substâncias que consomem, mas busca conhecê-los a partir de suas singularidades. Por este caminho, estratégias de cuidado no território proporcionam novos encontros sem descontextualizar os sujeitos atendidos de suas realidades. A autonomia vai se constituindo à medida que se aceita o sujeito como ele é e no contexto em que está inserido e, em seguida, na colaboração para que ele caminhe por si na sua relação com a substância (LANCETTI, 2013). Siqueira afirma:

É a busca da autonomia, como você diz. Para mim a solução está aí: as pessoas tem que assumir a responsabilidade sobre si mesmas e as pessoas que têm responsabilidades sobre si mesmas, e isso é possível, dão automaticamente o primeiro passo para usar cada vez menos drogas e quem sabe, até um dia pare de usá-las, porque são elas quem tem de se responsabilizar pela própria vida e ver que tem muita coisa para fazer, além de ficar o tempo todo tomando uma injeção ou fumando ou pipando um crack. Penso, [...] que é essa proposta de redução de danos, é viável por causa disso: por ser uma possibilidade real de as pessoas fazerem sua própria história, e eu estou convencido disso, acho que é por isso que o nosso trabalho dá certo (LANCETTI, 2013).

Por esta linha de escuta que ocorre no território, Luca relata um exemplo:

Luca, local 2: Depois a gente passa por períodos assim, ‘ah, a gente não tá fazendo nada’. Porque não era uma realidade que se modificava. Era um barraco que, uma vez eu pisei no braço de alguém porque tinha um monte de lixo e a pessoa estava embaixo do lixo assim. Acho que eu pisei no pé, na perna, tu se afundava até mais ou menos no meio da canela assim de lixo, que era colocado dentro desse barraco, e com rato. E por mais que a gente tentasse intervir, de falar, de tentar problematizar a sujeira não era uma questão pra essas pessoas e isso não se modificou. E ai um dia a gente se perguntou, se a gente fazia alguma coisa e uma pessoa que disse, uma

fala muito parecida com aquela que, 'se não é vocês virem aqui, como assim vocês não fazem nada, quem é que vem aqui dentro escutar o que a gente tem pra falar'.

A problematização que parte da equipe, em relação ao contexto, ainda não é um problema para os sujeitos atendidos. Entretanto, estes reconhecem o espaço de encontro com estes trabalhadores como um espaço de pertencimento, dentro do território existencial, evidenciando aos trabalhadores que ali havia relação terapêutica. Lancetti (2015) pontua sobre a possibilidade de, neste espaço de cuidado no território, a perspectiva de a redução de danos ser nomeada de ampliação de vida, uma vez que tornam visíveis os que por muito tempo estão invisíveis pela sociedade e sem acesso às políticas públicas. Para o autor, tornar "visível é mais forte que reduzir danos" (LANCETTI, 2015, p.76)

Algumas situações no campo da saúde mental demandam que a equipe atenda situações de crise dos sujeitos. Tais situações podem ser manifestações das angústias e sofrimento psíquico que fazem com que o indivíduo saia da realidade, necessitando de acolhimento, conforme suas particularidades e suas demandas. As equipes de cuidado em saúde mental necessitam compreender que o diálogo é fundamental em situações de pacientes em crise (NETO, 2013). Para Hugo, a escuta torna-se terapêutica e propicia manejos verbais no local 4:

Hugo, local 4: eu brinco que 80% dos manejos dentro do ...[local4] são realizados verbalmente né, aqui a gente não precisa de medicação, aqui a gente não precisa de mais nada além de sentar do lado e conversar com a pessoa. Como? É poderoso isso. De tu realmente sentar e de tu distorcer todo um surto, todo um desenrolar que tu vai ver que vai ocasionar uma desestabilização maior para o morador, só de sentar do lado e de dizer assim, 'o que que foi'? 'Vamos conversar, vamos se acalmar', e de tu ter que entrar no mundo, porque a gente tem de tudo, a gente tem esquizofrênico, a gente tem autista sabe, então de tu ter que entrar no mundo deles e tu enxergar o mundo como eles estão enxergando pra tu tentar ajudar eles, sabe. Então eu digo assim, 80% daquilo que a gente faz é conversa e é isso que eu trabalho muito com a equipe sabe.

Em relação à escuta terapêutica, é uma forma de cuidado que pode ser estabelecida junto aos sujeitos que manifestam agitação e momentos de potencial agressividade. Os trabalhadores em saúde mental necessitam ter

incorporados, nos manejos de situações de crise, o respeito e a escuta ativa para a minimização das situações e consequente prevenção de agressões físicas e danos morais. Um bom manejo da situação de crise dependerá tanto da qualidade da intervenção técnica quanto da qualidade de interação entre o profissional que maneja e o usuário (MANTOVANI et al, 2010; NETO, 2013).

Para Ferigatto, Onocko Campos e Ballarin (2007), a escuta terapêutica é parte do atendimento de situações de crise. Na escuta terapêutica, de forma humanizada e singular, o processo de cuidado ocorre pela observação atenta e na interpretação das mensagens verbais e não verbais, demonstrando interesse no que é verbalizado, mesmo que em um primeiro momento não tenha sentido. Além disso, é fundamental, no processo de escuta, a diferenciação de si e do outro, evitando que as subjetividades envolvidas se misturem.

Além da escuta, nos cuidados em situação de crise, os autores entendem que o profissional deve ter uma postura de suporte ao sujeito, afirmando a realidade da situação da crise, sustentando-a em relação às forças destrutivas que emergem com respeito à valorização dos sujeitos no que concerne às suas singularidades. O auxílio farmacológico pode ser parte de uma estratégia geral de cuidados do projeto terapêutico singular e não como estratégia de simples eliminação de sintomas (FERIGATTO, ONOCKO CAMPOS, BALLARIN, 2007).

Cecílio (2006) ressalta a importância do grau de autonomia da própria equipe, considerando que se amplia proporcionalmente a possibilidade de escuta para os que são atendidos nos diferentes dispositivos de saúde quando se tem o entendimento de necessidade de saúde. Quando as equipes conseguem possibilitar espaços singulares de escuta em relação às necessidades dos usuários, torna-se possível a integralidade de cuidado. Neste sentido, segue um trecho da fala de Rosa, sobre a escuta de suas colegas em uma perspectiva ampliada:

Rosa, local: Inclusive as nossas médicas assim, sempre procuram escutar a sintomatologia. Inclusive elas têm um discurso de que inclusive não, o fulano de tal não é um CID né. Muitas vezes pras famílias se fala muito isso porque se precisa pra poder se acessar alguns direitos assim né. Então de tu poder conversar sobre essa

sintomatologia e sobre como é que a gente pode oferecer algum cuidado e que ele perpassa o que o manual disse né. Fechou X critérios então tu te enquadra em tal diagnóstico, então de a gente conseguir pensar sobre essa perspectiva ampliada também. Existem muitas coisas que podem ser ditas e que não cabem dentro de um diagnóstico.

Assim, é possível considerar também como uma necessidade de saúde, no campo da saúde mental, a escuta qualificada, integral e ampliada que vai além do diagnóstico psiquiátrico, o que requer, não somente atenção integral focalizada, mas ampliada, necessitando da integração dos cuidados em saúde mental com outros atores e serviços da rede. A integralidade focalizada é trabalhada no espaço delimitado, isto é, em um serviço específico de saúde como um CAPS ou um Unidade de Acolhimento. Já a integralidade ampliada ocorre pela articulação em rede de múltiplas integralidades focalizadas (CECÍLIO, 2006).

No campo do cuidado coletivo, segue um recorte da fala de Elis, em que os que são atendidos relatam como percebem o espaço de escuta:

Elis, local 1: Durante o dia fazem atividades, grupos, rodas de conversa né, então eles relatam pra gente, o quanto é importante ouvir o outro, poder refletir a respeito de sua situação, a partir da vivência do outro também. Enfim, acho que tudo isso é bem importante né.

Este recorte demonstra a dimensão coletiva do cuidado em que, na escuta do outro, dentro de um grupo, se reconhecem e, reconhecendo-se, conseguem refletir e problematizar sobre suas experiências de vida. Esta dimensão de cuidado coletivo aponta para a importância das relações que se estabelecem e que vão ao encontro das tecnologias leves na produção de cuidado no campo da saúde mental. Tecnologias de cuidado em saúde referem-se aos recursos humanos e aos recursos materiais que se utilizam. Nesta esfera, configuram-se tecnologias de cuidado em saúde os próprios profissionais, o conjunto de conhecimento que carregam e tudo o que utilizam nas interações e nas estratégias de cuidado nos diferentes contextos de saúde (KOERICH, et al, 2006).

Merhy (2002) considera que o trabalho no campo da saúde é pautado em três tecnologias de cuidado em saúde: duras, leve-duras e leves. As

tecnologias duras referem-se aos equipamentos necessários nos processos de cuidado em saúde como aparelho de pressão, formulários, etc. As tecnologias leves-duras são os conhecimentos específicos técnicos-científicos de cada trabalhador que auxiliam nas investigações e proposições no campo da saúde. Já as tecnologias leves são entendidas como “tecnologias de relação, de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando a autonomização” (KOERICH, M. S et al, 2006, p. 182). As tecnologias leves, no contexto da saúde mental, são direcionadas às relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários por meio do vínculo, diálogo, acolhimento, processos coprodução de autonomia e escuta.

Estas interações ocorrem no cotidiano do trabalho nos diferentes contextos, envolvendo a construção de processos terapêuticos pautados na confiança entre equipe e usuários que se estabelece pelo vínculo. Na relação de confiança, é possível considerar a abertura ao diálogo e ao pensar junto, como é perceptível no recorte do relato de Manu:

Manu, local 6: Então é bem interessante, é desafiador esse trabalho no ...[local 6]. porque tu não tá lidando com pessoas que vão seguir o que tu tá dizendo algumas vezes né. Tu tem que questionar elas pra ver como é que elas se sentem, quais as dificuldades que elas estão tendo, pra daí pensar junto com elas e não impor. Impor, criticar, não funciona. Ah fulano, tu não tá tomando a medicação de novo, tem que tomar no horário, mas porque que ele não tá tomando? Questionar isso. Ah eu tô com medo. Ah mas porque que tu tá com medo? Então todas essas situações.

O exemplo de Manu sugere a importância de perceber os diferentes papéis e saberes nas relações que se estabelecem no contexto de cuidado em saúde mental para que o processo de escuta seja acolhedor. Quando se estabelece uma relação dialógica de cuidado, compreender junto os afetos e sentimentos e problemáticas que emergem, sem julgamentos, possibilita a continuidade da coprodução de saúde mental e processos de autonomia. No mesmo viés, o exemplo de Otto contribui ao incluir a escuta da família:

Otto, local 8: (...) às vezes a gente precisa estar conversando com um familiar, porque às vezes, aí não consegue ir sozinho, então às vezes tem que adequar. (...) Se ele precisa de uma companhia muitas vezes precisa adequar o horário né, com o familiar ou com a pessoa que vai acompanhar. Então são todas essas combinações

que a gente precisa fazer, por que a gente, enquanto técnico de referência, enquanto equipe, vai estar conversando com aquele usuário né. Não é algo que seja imposto, até mesmo a gente oferece, pra ver se ele tá aceitando aquilo ou interpondo alguma outra situação.

Além da confiança, as tecnologias leves possibilitam estruturar e fortalecer as relações entre os profissionais e os que são atendidos nos serviços, refletindo nos processos terapêuticos. A disponibilidade dos profissionais à escuta nas relações que estabelecem com os sujeitos atendidos potencializa espaços de intervenções, aproximando-se ao contexto e às necessidades de saúde mental que emergem. Neste sentido, pensar no cuidado integral dos sujeitos que necessitam de atenção em saúde mental exige que os profissionais se apropriem e se utilizem das tecnologias leves no processo de trabalho, o que exige tempo e disponibilidade dos diferentes atores que compõem os serviços (MERHY, 2002).

É possível compreender que, quando o profissional se abre à escuta, entende que há sujeitos históricos, portanto, singulares e com demandas particulares. Além disso, os próprios profissionais também são sujeitos históricos, compondo e sendo parte do coletivo de cuidado, concebendo suas experiências e saberes no processo de co-produção de saúde mental e autonomia dos sujeitos atendidos. Ser parte, no entendimento de que “ninguém é sujeito da autonomia de ninguém” (FREIRE, 1996, p. 107), mas sim pela abertura ao cuidado em saúde mental em ações coletivas voltadas à defesa da vida que respeite às singularidades.

Na concepção da educação popular, a relação dialógica entre trabalhadores e usuários pode ocorrer quando há uma escuta que permite que os usuários possam dizer a sua palavra. Freire (2018) compreende a palavra como ‘palavra e ação”, assim, práxis. Neste entendimento, a palavra é indissociável da existência em que no diálogo, o encontro entre os sujeitos é mediatizado pelas realidades (FREIRE, 2018). A possibilidade de espaço à palavra pela escuta possibilita a desconstrução do silenciamento dos sujeitos com transtorno mental que, ao longo do histórico do cuidado em saúde mental, foram oprimidos por cuidados que os desumanizavam. Isto pois, como Gustsack (2019, p. 141) aponta, “sem a escuta não há diálogo, há monólogo; e

este é terreno fértil para a imposição de valores, a invasão cultural e a dominação”. A invasão cultural ocorre quando as relações não são dialógicas, gerando processos de dominação e dependência.

No decorrer desta análise, alguns sobrenomes são dados à escuta. Fazendo uma conexão aos processos educativos que acompanham o cuidado em saúde mental é possível tornar a escuta também pedagógica. A escuta pedagógica em saúde mental pode ser possível quando há atenção para as necessidades de saúde mental dos sujeitos e preocupação com a aprendizagem, em especial, com o que estes sujeitos precisam para aprender para produzirem saúde mental. A partir dos recortes de falas que explanam sobre processos de construção de autonomia, respeito à singularidade e espaço à escuta é possível tecer aproximações da categoria autonomia e suas nuances com a educação popular. Nesta concepção educativa, a autonomia é um processo construído historicamente, na experiência da práxis que respeita as diferenças. Para tal, nos espaços de cuidado em saúde mental, as ações pedagógicas em saúde necessitam da coparticipação dos envolvidos, em que o processo de construção de autonomia se dá pela reflexão crítica e prática, possibilitando a construção de consciência dos sujeitos (MACHADO, 2019).

No próximo título, discorro sobre a interdisciplinaridade, a segunda categoria que compõe esta análise.

5.2 INTERDISCIPLINARIDADE

A segunda categoria desta análise delineou-se concomitante à categoria da autonomia. Refere-se à interdisciplinaridade e a como esta se evidenciou nos diferentes locais onde os participantes desta pesquisa atuam.

A ciência moderna forjou processos de fragmentação de saberes, constituindo disciplinas, as quais refletiram nos processos de trabalho, na educação, na cultura e na forma fragmentada de visualizar o ser humano. Para que as disciplinas possam interagir, a interdisciplinaridade é um conceito historicamente construído que busca responder ao conhecimento pela visão da totalidade (FAZENDA, 1999; PEREIRA, 2009).

No contexto da educação, “a interdisciplinaridade é estabelecida por Freire como requisito para uma visão da realidade nas perspectivas da unidade e da totalidade do real” (ANDREOLA, 2019, p. 273). A interdisciplinaridade surgiu no fim do século passado como um campo de conhecimento que se propunha estabelecer um diálogo entre as diferentes ciências, estas fruto da fragmentação da epistemologia de cunho positivista. Com o tempo, o conceito desenvolveu-se em diversos campos, ganhando tons contraditórios de especialidade, o que diverge com as características que ganha no campo educacional: noção de temporalidade, crença no aprendizado, respeito à história dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem e a interdisciplinaridade como um processo de pensamento (GADOTTI, 2006).

A interdisciplinaridade é uma discussão epistemológica que vem sendo problematizada por várias vertentes da ciência, não possuindo um sentido único. Ao verificar tais discussões, é perceptível que o conceito pode ser utilizado em diversos contextos com diferentes propósitos (MINAYO, 2009). Matos, Gonçalves e Ramos (2005) apontam que no contexto da saúde:

(...) a perspectiva interdisciplinar emerge a partir da necessidade de retomar a unidade dos fenômenos, reagrupar o conhecimento separado progressivamente pelo intenso processo de especialização, no qual o saber não cessa de fragmentar-se e cada disciplina tende a isolar-se em suas próprias verdades e metodologias.

O conceito de interdisciplinaridade aprofundou-se em intervenções sociais, sendo necessário compreender a diferenciação das diferentes práticas de trabalho em equipe, pois dependem dos graus de cooperação e coordenação entre os diferentes campos de saberes: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (VASCONCELOS, 2002b).

A multidisciplinaridade é entendida como a presença, em uma mesma instituição, de diferentes disciplinas, em que algumas podem ser coordenadas, mas que não se comunicam, nem estabelecem algum tipo de interação entre elas. Estas equipes têm objetivos únicos, mas nenhum tipo de cooperação entre os envolvidos, ou mesmo troca de informações. Em alguns casos, o que pode ocorrer é um sistema tradicional de referência e contra-referência (VASCONCELOS, 2002b).

Já a pluridisciplinaridade compreende o conjunto de vários profissionais, com objetivos diversos, que reúnem para trocar pontos de vista, cada um dentro do seu campo de saber e de seus objetivos. Nesta situação, pode ocorrer a cooperação entre os envolvidos, com troca de informações, mas sem uma coordenação da situação. No campo da saúde, são exemplos as reuniões intersetoriais de estudo de caso (VASCONCELOS, 2002a).

Na interdisciplinaridade, “as práticas inter- significam a interação entre diversas fronteiras de saber” (VASCONCELOS, 2002b, p, 111). Na relação interdisciplinar, há práticas de interação participativas, com coordenação e objetivos múltiplos, tendendo há horizontalização das relações de poder. Há a busca de práticas de aprendizagens mútuas em que a problemática levantada pela equipe é tensionada por todos, com a colaboração dos saberes de todos os envolvidos. Assim, na interdisciplinaridade, deve ocorrer uma intensidade de trocas entre os diferentes saberes, com graus de integração, não se colocando em uma simples adição ou mistura linear dos saberes, mas pela abertura a reelaborações a partir da identificação das diferenças, convergências e possibilidades de comparações contextualizadas (VASCONCELOS, 2002b).

Por fim, a transdisciplinaridade seria uma ampliação da interdisciplinaridade decorrendo um novo campo de atuação. Vasconcelos (2002a, p. 114) entende que:

O campo da saúde mental também pode ser entendido como um campo transdisciplinar e transparadigmático, capaz de confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre elas, tendendo a criar inclusive, novos tipos de trabalhadores, com uma profissionalidade mais ampla. As categorias “operador” no sistema italiano, e a de “trabalhador da saúde mental”, no contexto brasileiro, são sinais claros dessa tendência.

É importante também diferenciar interdisciplinaridade do conceito de interprofissionalidade. A interdisciplinaridade faz referência à relação de interdependência do campo de conhecimento, já a interprofissionalidade aponta a relação de interdependência e interação relacionadas ao campo de práticas e qualificações exigidas para o desempenho das mesmas. Ambas, interdisciplinaridade e interprofissionalidade, têm como características a colaboração entre os diferentes domínios envolvidos para um objetivo comum (COSTA, et al, 2018).

No contexto das políticas de saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem a interdisciplinaridade como uma das diretrizes que regem as equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Atenção Básica. É uma diretriz que compreende que os diferentes saberes que compõem a equipe interagem e se complementam. Nesta compreensão, fazem parte dos saberes dos profissionais o conhecimento, os valores, crenças, bem como o modo como se relacionam (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011e).

De acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), o Humaniza SUS, entende-se que, para o desenvolvimento de processos de trabalho pautado em práticas coletivas, são necessárias equipes de trabalho com profissionais de diferentes núcleos de saberes, que mais que uma especialização, é o que delinea a identidade ou a área de saber de cada profissional. O núcleo de saber de cada profissional é dinâmico e composto pelo seu saber e sua prática dentro de uma instituição, em que o saber que possui e a prática que desenvolve na instituição relacionam-se e, assim, podem se transformar (BRASIL, 2008).

Nesta pesquisa, a questão da interdisciplinaridade evidenciou-se de forma a ser representada em duas subcategorias: o trabalho coletivo e a intersectorialidade.

5.2.1 Trabalho Coletivo

No que concerne ao trabalho coletivo, foi possível perceber que as atividades coletivas são predominantes no processo de cuidado em saúde mental nos diferentes locais. Assim como já mencionado, na categoria autonomia, o espaço coletivo de trabalho em saúde mental é heterogêneo e composto tanto por profissionais quanto por usuários quando se pensa nos grupos, assembleias, atividades terapêuticas, etc. O exemplo de Elis evidencia a característica da coletividade no que diz respeito ao trabalho no campo da saúde mental:

Elis, local 1: O ...[local 1], afinal é, muito mais o coletivo, o trabalho de forma mais coletiva, apesar da gente ter os atendimentos individuais, psicólogo, psicoterapia para alguns que são indicados, nosso trabalho sempre foi pautado em um trabalho mais em grupos né e em atividades terapêuticas, (...)

O recorte acima exemplifica que, no contexto de cuidado em saúde mental, não se exclui a possibilidade de desenvolver práticas de cuidado individuais como é o caso da psicoterapia. Entretanto, percebe-se que as atividades coletivas são predominantes entre os profissionais e junto aos usuários dos serviços. No trabalho coletivo entre os profissionais, os recortes das falas de Bia e Iris a seguir apresentam equipes compostas por profissionais de diferentes núcleos de saberes:

Bia, local 1: Como é uma equipe multidisciplinar, isso só o fulano faz, isso só o ciclano faz, claro o que é específico, o que é técnico, na tua área ok, só tu faz. Mas os acolhimentos todo mundo fazia, os grupos com familiares todo mundo fazia, então cada um, dentro daquilo que conseguia fazer, fazia também. Então o clínico, fazia as explicações clínicas do alcoolismo e o enfermeiro fazia o que era da parte da enfermagem e a gente fazia junto, participava das oficinas, as vezes a gente saía do ...[local 1], o enfermeiro estava inserido em todas as atividades.

Iris, local 5: Dentre as mais variadas assim e aí a gente divide, eu digo que o profissional, ele não trabalha na sua formação especificamente dentro do ...[local 5], ele vai fazer a sua formação técnica sim, mas ele também vai fazer outra parte, que é de todos os técnicos de referência, que é independente de profissão. Então um grupo de reflexão, um grupo de atividades recreativas, são grupos, são situações que qualquer técnico de referência pode fazer.

Ao evidenciar os exemplos acima, não se percebe um trabalho interdisciplinar, e sim que as diferentes profissões que compõem as equipes realizam atividades em comum. No campo da saúde mental, é de importância que relatos como estes surjam, evidenciando as possibilidades de horizontalização das relações da equipe, o que a potencializa como uma unidade de referência, afinal, a desconstrução de um saber hegemônico soberano aos demais é um processo em constante busca pela Reforma Psiquiátrica. Um caminho ainda em construção que merece a atenção de todos os envolvidos. O recorte de Cida exemplifica o processo de construção de relações horizontalizadas de cuidado entre a equipe:

Cida, local 1: A gente conseguiu e que é muito importante eu digo que a indicação de acolhimento noturno de desintoxicação ou de atendimento imediato da crise não tinha que passar pelo médico. Qualquer profissional estava habilitado a fazer escuta e já tinha experiência para saber sobre a necessidade de tirar aquela pessoa da situação de risco e de indicar acolhimento noturno e que depois claro, o médico ia avaliar, fazer uma prescrição, mas não era mais a indicação né. Então a gente deu uma deslocada de poder eu acho aí sabe? Eu penso assim, foi uma coisa de diluição de poder, de uma coisa de mudança de hierarquia que eu acho que foi bem importante. Então eu te diria que os dois pontos para mim, chaves nas mudanças de processos, eu acho que foram esses.

Para que os profissionais no âmbito da política de saúde mental compreendam e consigam produzir processos de trabalho coletivo que se conectem com a busca pela coprodução de sujeitos, respeitando suas singularidades, parte-se da necessidade da superação do paradigma biomédico. Para tal, a ampliação do olhar aos sujeitos atendidos pela integralidade evidencia a necessidade de múltiplos saberes que se encontrem para a construção de um cuidar pelo fazer coletivo. O recorte de Cida evidencia possíveis resultados da superação de paradigma biomédico que aquela equipe específica problematizou e ressignificou em um contexto interdisciplinar de reflexão. Para Pacheco et al (2010, p. 144):

A complexidade do processo de construção de um programa interdisciplinar passa pela necessidade não somente de entendê-la conceitualmente, mas principalmente pela necessidade de desconstruir, para logo após reconstruir em novas premissas, as regras básicas do paradigma científico vigente. Ao eleger um novo caminho, precisam-se reformular as regras que nos auxiliam na problematização e na limitação dos caminhos aceitáveis para suas soluções.

A intensidade dos encontros entre os profissionais das equipes é a marca estabelecida à interdisciplinaridade. Por este caminho, as reuniões de equipe podem ser consideradas importantes espaços de interações e diálogos entre os trabalhadores e local onde se promovem construções interdisciplinares. Nestes encontros, cada profissional pode apresentar, a partir da intensidade e da qualidade dos vínculos que estabeleceram com os usuários, suas perspectivas a respeito dos projetos terapêuticos que serão discutidos (BRASIL, 2007c).

Seguem os recortes das falas de Otto e Ana que se referem às reuniões de equipe:

Otto, local 6: O ...[local6] não visa, não é médico centrado, enfim, embora se tenha as consultas médicas e o uso da medicação, enfim, não se pode abrir mão do uso dessa terapêutica mas se procura oferecer os atendimentos sempre discutido em reunião de equipe né, que se imagina que possa estar auxiliando os pacientes e os familiares, digamos assim, na estabilização do quadro, melhora dos sintomas, enfim, melhor inserção na comunidade, dependendo se é um paciente que fica mais isolado em casa, pode estar em sofrimento ou poderia se beneficiar em estar inserido no espaço da comunidade né, mesmo na UBS, quando é um paciente que não vai na UBS, a gente estimula que ele vá.

Ana, local 1: (...) a gente problematizava o cotidiano do serviço e também as dificuldades que aconteciam na rede. Porque assim olha, trancou a situação lá na internação, nós tínhamos a gestante X. Teve um problema e eles não aceitaram a internação. Então assim. Nós conseguíamos problematizar inclusive as questões internas e as dificuldades que nós tínhamos com a rede.

Otto evidencia em seu exemplo que é reconhecido o saber do médico na discussão em equipe, além de ser pensado em um cuidado mais ampliado. Este cuidado é coletivo e discutido em reunião na qual a percepção de vários saberes muda o foco dos sintomas e do diagnóstico para centralizar o cuidado no sujeito, verificando possibilidades no território. No recorte de Ana, clarifica-se como o cuidado em saúde mental é realizado no trabalho coletivo e potencializa-se quando há trocas de saberes, além da qualidade de interação entre os diferentes núcleos de saberes que fazem parte do conjunto de trabalho. As práticas de cuidado interdisciplinares que ocorrem na interação da equipe podem aprofundar e avançar discussões relacionadas à produção de metodologias e práticas no cotidiano do serviço, ampliando as reflexões e práticas de atuações à rede intersetorial.

No trabalho coletivo interdisciplinar, uma dificuldade que pode se evidenciar é reconhecer a interdependência entre as profissões e os serviços para o cuidado integral dos sujeitos atendidos – o que significa para as equipes nos diferentes contextos reconhecer os limites de cada profissão e de cada instituição. Quando cada profissional vai reconhecendo os próprios limites, também vai ampliando possibilidades de interações com os outros núcleos de

saberes, bem como com outras instituições, para além do saber de cada envolvido (BRASIL, 2007c).

Assim, saindo da lógica centrada profissional-usuário, muitos serviços de saúde mental reconhecem as equipes como equipes de referências. A equipe de referência é a equipe interdisciplinar que é referência para um determinado público em um serviço de saúde. A equipe de referência é formada por profissionais de diferentes núcleos de saberes que atuam de forma conjunta, compartilhando seus saberes nos processos de trabalho em saúde. Para ser referência, torna-se necessário que a equipe elabore, em conjunto com o usuário, o projeto terapêutico, tendo o entendimento de que são corresponsáveis pela construção e pelas ações e seguimentos necessários para continuidade do projeto (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2008).

Neste sentido, segue o recorte da explanação de Manu:

Manu, local 6: (...) objetivo do trabalho no ...[local 6] deve ser interprofissional porque as situações elas são complexas. Elas demandam conhecimento, tanto do psicólogo, quanto do assistente social, pelas situações que envolvem tanto da família, quanto pela saúde mental ou do enfermeiro, que tem as situações relacionadas à saúde, também às comorbidades né, aos medicamentos né, que devem ser também monitorados, enfim, nos exames. E também as outras que agregam as equipes, que tem os cuidadores, tem osicineiros de música, de expressão corporal e o objetivo é trabalhar em equipe.

No exemplo, é possível perceber que, para que o cuidado em saúde seja efetivo, há a necessidade das diferentes profissões para a composição da equipe. A equipe de referência é um dispositivo que pode ser utilizado conforme os objetivos, características e disponibilidade de recursos de cada serviço de saúde, obedecendo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários, o que responderia à coprodução conjunta de saúde. O vínculo terapêutico é condicionado às demandas e às necessidades que o usuário vai projetando e às possibilidades que vão sendo construídas de forma conjunta. Neste sentido, torna-se singularizado à medida que são escutadas as demandas de cada sujeito para o cuidado coletivo (CAMPOS, 1999).

É importante para a humanização porque se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os Sujeitos em partes ou patologias, as equipes de referência são uma forma de resgatar o

compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico (BRASIL, 2007c, p. 39).

Percebe-se que é de extrema importância a constituição de equipes de referência que promovam vínculos terapêuticos no campo da saúde mental para que os processos de pertencimento dos sujeitos a estes serviços e aos territórios possam ser promovidos. Por esta lógica, segue o recorte de Nina:

Nina, local 6: A gente precisa que eles tenham essa referência porque em alguma situação ruim que eles procurem o ...[local 6] e que uma coisa que a gente sempre fala aqui no ...[local 6] que o que mantém o usuário bem e sem internações é quando ele consegue estabelecer um vínculo com o serviço, não é com determinado profissional. As vezes começa com determinado profissional, mas é um vínculo com o serviço. De ele saber que pode contar com o ...[local 6] quando ele não estiver bem, que é isso que vai acontecer quando ele não estiver bem, quando ele estiver em crise, quando ele precisar de alguma coisa, que ele venha para o ...[local 6] né, que seja aqui a referência dele em saúde mental e que não seja o pronto atendimento, o serviço de urgência, que o ...[local 6] seja anterior a isso, pra evitar que ele venha a precisar de um serviço de urgência né.

No exemplo acima, Nina tenta evidenciar a importância da vinculação dos usuários ao serviço para que não centralize os cuidados a um profissional. Esta referência só será possível se for entendido pelas diversas equipes o significado e as diferenças das equipes de referência e de técnico de referência. A mesma lógica de vinculação à equipe de referência serve para o técnico de referência, que dentro do coletivo de trabalhadores em um serviço deve ter por objetivo colocar o usuário referenciado como centro do processo terapêutico, referenciando-o ao serviço. “Propõe-se que os profissionais de referência sejam de diferentes formações e componham uma equipe de referência, que se constitui na menor unidade organizacional do serviço” (FURTADO, MIRANDA, 2006, p. 510-511).

A relação do técnico de referência com o usuário também deve ser pautada no vínculo que vai se construindo ao longo do processo terapêutico. No processo de vinculação que se estabelece entre o técnico de referência e o usuário referenciado, promove-se um encontro entre a busca do sujeito atendido com suas necessidades e o acolhimento de um sujeito que deve estar capacitado para o cuidado em saúde mental. “Desse modo cria-se um vínculo,

isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos” (BRASIL, 2007, p.70).

Assim, o técnico de referência passa a ser um elo entre o usuário e o coletivo interdisciplinar, que, de forma ética, trabalha de forma conjunta de modo a integrar o cuidado. Os recortes das falas de Rosa, Nina e Queli tratam sobre o técnico de referência:

Rosa, local 9: (...) a gente sempre tenta fazer com que a equipe toda saiba de todos os casos né, a gente discute em reunião de equipe, a gente troca bastante idéia, mas pra não se perder, a gente sempre pensar que se tenha um técnico que possa ser referência (...)

Nina, local 6: Se não tem o técnico de referência não tem como o ...[local 6] funcionar e o técnico de referência é aquela pessoa que é a referência dele dentro do serviço. É o que vai estar mais próximo e é o que vai cuidar do projeto terapêutico desse usuário. Então o técnico de referência é o que olha pra ele e, vamos dizer assim, dispara os cuidados todos né, dentro do ...[local 6] e fora do ...[local 6] né, inclusive trabalhando com a família pra ver o que que essa pessoa precisa.

Queli, local 8: (...) e ai os nossos técnicos, que eu te falei de várias categorias profissionais, eles são técnicos de referência. Então esses usuários vão estar sempre se reportando ao mesmo profissional, de modo que não precise então falar as mesmas coisas pra fazer combinados. A equipe toda acaba conhecendo todos os usuários do ...[local 8], porém vai ter sempre um técnico de referência.

É possível perceber nos três recortes que o trabalho coletivo se singulariza para cada usuário à medida que consegue ter quem se responsabilize pelo acolhimento de cada projeto terapêutico. Ao mesmo tempo que os técnicos são referências na relação de cuidado que se estabelece, Merhy (2005) aponta para a importância da integralidade que não captura, ao olhar para o saber do usuário que interroga o saber técnico, a partir de suas necessidades. Cada profissional tem seu núcleo de saber que não deve ser hegemônico, mas deve considerar o saber dos demais profissionais, bem como o saber do próprio usuário. Nesta relação, o cuidado deve ser pautado a partir do mundo do usuário, integrando-o à realidade que o serviço possibilita e aos demais trabalhadores. Ter um técnico de referência que acolha e escute o usuário possibilita que a centralidade do cuidado seja no usuário e o projeto

terapêutico seja singular. Neste sentido, segue recortes das falas de Ana e Rosa:

Ana, local 1: Dificilmente nós passamos uma semana sem problematizar ou fazer uma discussão de equipe coletiva sobre os casos. (...) A gente sempre deixava no mínimo, se não discutisse todos os casos, mas aqueles casos que o técnico de referência entendia que precisava ser discutido, ele era discutido de forma multiprofissional com a presença de psiquiatra com a presença dos psicólogos, do assistente social, dos atendentes, que foi um cargo que surgiu depois, enfim, dos técnicos de enfermagem, de quem estivesse na reunião, estagiários, enfim.

Rosa, local 9: O técnico de referência é um profissional da equipe que vai ficar responsável por aquele caso. (...) Quando a gente é o técnico de referência, a gente vai acompanhar esse usuário pela rede. Então vai cuidar né, vai dar conta de questões do serviço, assim, aí, precisa de uma questão de consulta, aí faz tempo que fulano não aparece no ...[local 9], vou dar uma ligadinha pra ver como tá a família, vamos marcar uma reunião de rede, a escola precisa trocar uma ideia, precisa de renovação de receita, precisa de psicoterapia, precisa ampliar o PTS, precisa entender um pouco mais desse contexto, então eu vou ligar no CREAS, eu vou ligar em um outro serviço, eu tô percebendo que essa família está com uma demanda um pouco diferente, então pra onde que a gente pode encaminhar essa família?

O recorte de Ana exemplifica o compartilhamento que o técnico vai fazendo com os demais para a construção conjunta do cuidado em um processo de trabalho coletivo. No exemplo de Rosa, fica claro que a referência é dinâmica, é um dispositivo em que o profissional atende, elabora e acompanha, de modo singular, cada um dos usuários aos quais é referência. Alguns serviços de saúde mental nominam o técnico de referência de Terapeuta de Referência (TR), que normalmente é o profissional que fez o acolhimento inicial e será responsável pelos contatos com a família, com a rede de apoio e no diálogo entre o usuário e equipe do serviço para o andamento em conjunto do projeto terapêutico (BRASIL, 2004; FURTADO, MIRANDA, 2006).

Para que o técnico de referência tenha seu papel desempenhado de forma mais efetiva possível, Furtado e Miranda (2006) apontam sobre a importância da constituição de um arranjo terapêutico, pautado na

horizontalização das relações de poder entre os trabalhadores partícipes da equipe. É o que se evidencia no exemplo a seguir:

Flora, local 3: o PTS ele é formado com o técnico de referência, o usuário e nós aqui, é tudo em equipe, a gente discute junto e vê o que é melhor, juntamente com o usuário, para ver o que ele vai dar continuidade em termos de tratamento, de mudança de vida, tem que ser com uma coparticipação né. Então a gente auxilia, o CAPS auxilia, com os atendimentos de referência que eles fazem lá e ele também, dependendo da motivação do que ele tem para realizar né porque tem que ter a parte dele também, não adianta nós impor alguma coisa que não é construída né, com a participação dele né, junto com o usuário.

No recorte de Flora, a participante explana sobre a importância da construção do projeto terapêutico em conjunto com o usuário. É através da manutenção das relações entre os profissionais e os usuários que se torna possível a construção de confiança, possibilitando a coprodução de saúde mental em conjunto com o sujeito referenciado ao projeto terapêutico desenvolvido.

Quando a relação terapêutica passa a ser construída de forma horizontalizada, é possível que os diferentes atores da equipe possam acompanhar o processo de coprodução de saúde de cada usuário do serviço de forma processual, respeitando a singularidade de cada projeto terapêutico (CAMPOS, 1999). O recorte de Manu exemplifica uma situação em que os diferentes saberes se encontram:

Manu, local 6: Na prática da saúde mental, inclusive nos outros serviços da atenção básica a gente faz que é discutir o processo terapêutico de uma pessoa e da família toda. Não é só da pessoa, é da família toda. Porque se uma pessoa está adoecida a família também está. É levantar o que que tem de bom naquela situação, naquela família, o que que tem de ruim, o que que tá atrapalhando o tratamento daquela pessoa ou porque ela não está aderindo a medicação, porque que ela não vem aos atendimentos, o que que está influenciando que ela não tem um sucesso na melhora. Então a gente pensar de forma interprofissional estratégias, que a gente possa estar elaborando, colocando em prática, pra melhorar aquela situação.

Cada profissional pode contribuir no processo do projeto terapêutico a partir das vivências e do vínculo que possui com o usuário e com a família. É entendível que a abertura de espaços para se pensar na história e nos sentidos

do adoecimento possibilitam a ressignificação e responsabilização pela produção de saúde, saindo de formas estereotipadas de cuidado para o cuidado singularizado em saúde mental (CAMPOS, 1999).

Operacionalizar processos de trabalho em equipe que atendam as diversas necessidades em saúde mental, requer a ampliação do conceito de clínica. Clínica ampliada é uma proposta que condiz com acolher e escutar outras demandas para além dos riscos biológicos e da própria sintomatologia dos transtornos mentais e do olhar fragmentado para os sujeitos. Amplia as possibilidades de ações conjuntas entre os trabalhadores e os usuários e potencializa a coprodução de autonomia e processos de autocuidado. Ademais, faz parte da ampliação da clínica observar os interesses e desejos dos sujeitos, além de suas fragilidades, bem como, observar as suas redes de apoio (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2007c).

A perspectiva da clínica ampliada condiz com a equipe interdisciplinar onde todos são partícipes nos processos de trabalho e de cuidado em saúde. Para que a prática interdisciplinar se desenvolva, a equipe deve ter objetivos em comum, como por exemplo, reflexões sobre o projeto terapêutico de um usuário do serviço, para, então, pensar em conjunto possibilidades de atuação. Segue o recorte da entrevista de Júlia:

Julia, local 5: Todo mundo divide né, seu conhecimento, seu olhar, seus saberes, enfim, daquele usuário, daquele problema, daquela situação, todos contribuem e tem essa troca né.

Por esta linha de cuidado, entende-se que, no local 5, onde Julia atua, ocorrem práticas interdisciplinares de cuidado em saúde mental. Contudo, é válido ressaltar que as práticas interdisciplinares são um processo de construção de vários trabalhadores que trazem suas próprias metodologias e verdades oriundas de suas especializações. A perspectiva interdisciplinar que intenta reagrupar o conhecimento, por vezes, é uma tarefa de difícil execução, o que demanda reflexões conjuntas para um pensamento crítico, ético e comprometido com o coletivo (MATOS, RAMOS, 2005).

Ressalto que não é porque há um coletivo de trabalho que o trabalho é coletivo e nem interdisciplinar. Na perspectiva da educação popular, o trabalho coletivo possibilita o exercício de ações dialógicas em que essencialmente há

“o reconhecimento da desumanização e o envolvimento coletivo em um processo de humanização do homem, que só pode se dar nas atividades coletivas” (GOES, 2019, p. 91). A desumanização é a interdição das pessoas poderem ser o que são e constituírem-se, justamente pelo entendimento de que somos vocacionados a sermos mais. Freire (2018, p. 40) aponta que:

A desumanização, que não se verifica apenas nos que têm sua humanidade roubada, mas também, ainda que de forma diferente, nos que a roubam, é a distorção da vocação do ser mais. É distorção possível na história, mas não distorção histórica.

Assim, os diferentes espaços de cuidado que reconhecem a potência do trabalho coletivo, proporcionam a dimensão do cuidado integral ao sujeito atendido, entendendo-o como um sujeito singular e de direitos que necessita da atenção de diferentes saberes. Pelos recortes que construíram a subcategoria do trabalho coletivo, é possível compreender a busca pelo cuidado em saúde mental pautado em processos educativos de trabalho coletivo comprometidos com os sujeitos atendidos. Tal comprometimento potencializa a singularidade da atenção em saúde mental e a busca pela construção de autonomia com responsabilidade.

Além do trabalho coletivo, as equipes nos diferentes locais pelos quais transita esta pesquisa evidenciaram a intersetorialidade, última subcategoria a ser investigada e tratada na categoria da interdisciplinaridade, no subtítulo a seguir.

5.2.2 Intersectorialidade

A subcategoria intersectorialidade é uma continuidade da interdisciplinaridade, pois percebe-se que não há como pensar em intersectorialidade sem o entendimento da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado. Neste viés, fica compreensível que as equipes conseguem propor práticas intersectoriais quando têm introjetados em seus processos de trabalho em saúde a interdisciplinaridade e o olhar integral aos

sujeitos atendidos, saindo da lógica do atendimento individualizado e fragmentado do sujeito.

A concepção ampliada de saúde e o entendimento dos múltiplos condicionantes e determinantes sociais que produzem saúde evidenciam a necessidade de articulação de diferentes atores para a efetivação do direito à saúde. A articulação entre diferentes políticas públicas que buscam a efetivação dos direitos sociais que colaboram na produção de saúde é feita pela intersetorialidade. Esta articulação busca superar a fragmentação de conhecimentos produzindo efeitos mais significativos na saúde coletiva (BRASIL, 2011c).

Os processos de democratização para a gestão mais participativa no Sistema Único de Saúde incorporaram o conceito de gestão descentralizada e participativa, permitindo que a gestão da organização da saúde pública se aproxime à população. Entretanto, a gestão descentralizada ainda não transformou algumas práticas setorializadas de saúde que perpetuam em práticas de cuidado que não compactuam com a integralidade de atenção à saúde, afinal, o sujeito cidadão para ser considerado na sua integralidade necessita da atenção das mais diversas políticas sociais. Para a resolutividade da atenção integral, a intersetorialidade busca a integração não somente entre os serviços de saúde, mas de outras políticas sociais que contribuam e potencializem produção de saúde para a população. As diferentes políticas sociais, por diversos fatores, entre eles seus limites institucionais, enfrentam dificuldades em promover de forma equânime e integral a efetivação de direitos à população, dependendo, muitas vezes, da ação conjunta com outras políticas (JUNQUEIRA, 1997).

No contexto da saúde, a Política Nacional de Saúde (PNS) considera a intersetorialidade como a articulação de diferentes setores que se propõem a pensar sobre saúde de forma corresponsabilizada. Esta corresponsabilização promove relações transversalizadas que contribuem para a construção de espaços de reflexões e articulações conjuntas sobre os processos de cuidado em saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aponta a intersetorialidade como uma estratégia de produção e promoção da saúde, envolvendo tanto trabalhadores e usuários, como territórios, na produção de

subjetividades mais corresponsáveis, solidárias e participativas. Para tal, é necessária a articulação de recursos humanos, financeiros, territoriais e políticos, garantindo assim a produção de saúde e de cidadania (BRASIL, 2006b; 2008; 2015).

No campo da saúde mental, a discussão sobre o conceito de intersetorialidade fortaleceu-se principalmente pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Esta conferência, com características intersetoriais, contou com a participação de usuários, trabalhadores, gestores, bem como atores de outras políticas públicas como Assistência Social, Cultura, Segurança Pública, entre outros. O aspecto intersetorial foi justificado, pois se reconhecia a importância dos avanços que a rede substitutiva ao modelo de cuidado hospitalocêntrico vinha fazendo, contudo, também se percebia que haviam mudanças no cenário trazendo lacunas e desafios que necessitavam de debates interdisciplinares e interssetoriais para a problematização conjunta dos temas (BRASIL, 2010).

Nos recortes das falas de Iris e Sara, seguem exemplos de vivências que percorrem a intersetorialidade como forma de cuidado:

Íris, local 5: E o contato com outros serviços com as UBS's com o CES, a respeito de doenças infecto contagiosas, às vezes até questões judiciais que alguns usuários têm, um movimento que a gente acaba tendo que fazer uma troca né, não com o objetivo de investigar o usuário, mas com o objetivo de auxiliar ele nesse processo. Então esse processo é construído, a equipe, juntamente com o usuário e o aval vai ser sempre dele.

Sara, local 9: (...) a gente acaba conversando, trocando algumas ideias, eu na coordenação acabo fazendo contato com a UBS, com o conselho, e tudo o que for possível né. Também sou convidada pra algumas reuniões de rede, também é pra falar na condução de alguns casos, também casos bem complicados, que já passaram por várias instituições, (...) e precisa ser feita uma reunião intersetorial pra poder ser feita algumas coisas né. Então eu acho que tem várias formas de cuidado até que a gente nem se dá conta né e que são diárias assim.

No exemplo que se verifica no recorte da fala de Iris, percebe-se que a complexidade das situações requer atenção das equipes para a articulação de vários setores para a resolução dos problemas em conjunto com os usuários na coprodução de cuidado em saúde mental. A multicausalidade do

adoecimento deve ser considerada no processo reflexivo junto ao usuário, construindo espaços compartilhados de decisões, entre as quais a prevalência da decisão do usuário. No exemplo de Sara, evidencia-se no cotidiano de trabalho que, a partir das trocas entre a própria equipe, há a necessidade da busca por contatos intersetoriais para continuidade do cuidado. Neste mesmo percurso, o recorte de Manu também coloca a intersetorialidade como estratégia de cuidado em saúde mental, respeitando a proximidade das pessoas atendidas com o território:

Manu, local 6: também tem uma outra situação de um caso que eu tenho que tem é muito próxima de um agente comunitário, tem duas situações, de dois usuários, que estruturas familiares muito precárias. O contexto assim, eles passam muitas necessidades, não tem muito conhecimento, eles têm assim, a família, ou o pai que é muito, muito... muito simples, muito humilde. A mãe já tem um retardo, o irmão também. Então esse é o núcleo familiar. Então eles precisam do apoio da UBS e também da assistência. Então sempre que eu dou uma orientação eu entro em contato com o agente comunitário. Olha, eu dei a seguinte orientação, tu reforça faz favor né e junto com a equipe. Olha ele trouxe os exames e eu vi que deu uma alteração no exame, já avisei a agente comunitária e a agente me deu um retorno ontem e já marcaram consulta sexta feira pra ele. Então a gente tem essa comunicação muito próxima porque a Unidade Básica, ela fica no território onde aquela pessoa mora e muitas delas tem a agente comunitária que acompanha. E como nós somos da rede especializada, a gente precisa ter esse contato próximo com a comunidade, a gente precisa acompanhar melhor as famílias né.

Considerar a intersetorialidade na coprodução de saúde mental é estar pautado pelo entendimento de que as instituições não são completas. Além disso, Manu explana sobre a importância de cuidar e acompanhar os usuários que atende de acordo com sua realidade social, próximos ao território, conversando com o agente comunitário de saúde que estará mais próximo à família. Cuidar no território considera não somente os sujeitos na sua integralidade, mas também a própria cidade na sua totalidade como parte do processo do cuidado (JUNQUEIRA, 1997). Este mesmo sentido pode ser evidenciado no recorte da fala de Paula:

Paula, local 7: (...) não são atendimento do profissional e do individual que vão dar conta de um único paciente. É a equipe, e não é somente o ...[local 7] como único

dispositivo que vai dar conta daquelas demandas, daquelas necessidades, então, o ...[local 7] inserido dentro de uma rede maior de atendimentos né, começa lá na Unidade Básica, no postinho, enfim, passa pelos outros serviços especializados, pelos outros tipos de atendimentos né. Uma rede de assistência social também, que tem uma circulação importante, porque são usuários que vão usar os serviços dos outros dispositivos que tem no município, ou seja, na saúde, na assistência, na educação, enfim, na habitação, tudo aquilo que se possa imaginar que está envolvido a vida de um cidadão.

O exemplo de Paula evidencia o entendimento de que o serviço não vai dar conta de todas as necessidades que emergem a partir da escuta das demandas do sujeito. O cuidado em saúde mental pela clínica ampliada compreende que outros setores devem se envolver no projeto terapêutico desenvolvido. Na lógica de cuidado integral, interdisciplinar e intersetorial, a coprodução de saúde é coletiva e envolve a equipe de referência do serviço, o usuário do serviço, que deve ser estimulado a ser protagonista do projeto terapêutico, familiares, além da rede intersetorial. A potencialidade da mudança da lógica de cuidado individualizada para a coletiva está no encontro dos vários saberes, tanto populares quanto técnico-científicos, que colaboram na coprodução do cuidado em saúde mental potencializando a coprodução de autonomia e respeitando a caminhada singular dos sujeitos atendidos. Por esta perspectiva, o recorte da fala de Julia exemplifica:

Julia, local 5: Quando a gente precisa fazer contato com outro serviço da rede né, por exemplo, quando a gente encaminha o nosso usuário que ficou aqui acolhido, pra ...[local X], a gente tem essa troca com eles né. De ir construindo, liga pra lá e eles ligam pra cá, a gente tem um retorno de como eles estão lá, se eles estão vindo, a gente faz essa troca né. 'O que que tu acha melhor pra esse usuário aqui nessa ...[local X]? 'olha ela tá assim'... 'o que que tu enquanto técnica pode me ajudar nesse comportamento'?

Muito mais que um encaminhamento de um serviço para outro, o exemplo de Julia evidencia porque é necessária uma relação de compartilhamento do cuidado. Pensar intersetorialmente requer que as equipes de referências flexibilizem seus projetos terapêuticos, sempre respeitando as construções conjuntas com o usuário, compreendendo os sujeitos atendidos

pela integralidade. Na mesma lógica de compartilhamento de cuidado, segue o recorte de Nina:

Nina, local 6: (...) a gente desenvolver as ações de matriciamento que é o que: montar uma micro equipe que vai lá na atenção básica e vai trabalhar as questões que eles tem dificuldades. Vai compartilhar o cuidado com a atenção básica, vai fazer tudo compartilhado. Vai deixar a atenção básica atender e a equipe do ...[local 6] vai lá como uma assessoria técnica, vai lá discutir os casos, se necessário vai lá com uma consulta compartilhada, visita domiciliar compartilhada e outras ações compartilhada. Ele não assumir nenhuma responsabilidade sobre a pessoa que está sendo atendidas lá. Ele vai ser o técnico que está ajudando a pensar o caso pra que ele fique lá no território e pra que não precise vir para o ... [local 6].

Pela perspectiva de cuidado interdisciplinar, Nina aparenta compreender que o dispositivo do apoio matricial é uma ferramenta intersetorial de cuidado que consegue estabelecer entre a equipe de Saúde da Família (SF) na Atenção Básica e a equipe de Saúde Mental (SM) para cuidado integral em saúde mental.

O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de SF, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e SM, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários (BRASIL, 2011e, p. 39).

É um dispositivo de cuidado que altera a forma tradicional de referência e contrarreferência de encaminhamentos nos cuidados de saúde fazendo com que tanto a equipe do serviço matriciado quanto a equipe referência que faz o apoio matricial sejam corresponsáveis pela execução do projeto terapêutico que passa a ser pensado em conjunto. O que dá potencialidade ao pensamento de Nina, no que concerne a não referenciar alguns casos matriciados ao ...[local 6], é a importância de conduzir os cuidados em saúde mental pela equipe de Saúde da Família de forma territorializada, possibilitando com que os sujeitos atendidos permaneçam atendidos em suas comunidades, em suas UBS's de referências, sem a necessidade de encaminhamentos a serviços especializados de saúde mental (CAMPOS, 1999; BRASIL, 2011e).

A responsabilização compartilhada dos cuidados estimula interdisciplinarmente e intersetorialmente a capacidade resolutiva da equipe na atenção básica, tornando-se também um dispositivo educativo que estimula

novas aquisições de competências. Além do mais, a possibilidade de visita domiciliar compartilhada entre as equipes torna o usuário partícipe e corresponsável pelo seu tratamento, produzindo novas formas de relações no processo de coprodução de saúde (BRASIL, 2011e).

O recorte da fala de Queli evidencia um exemplo de busca pelo cuidado conjunto intersetorial:

Queli, local 8: Então o técnico de referência vai estar sempre organizando, chamando a reunião de rede, ou às vezes são outros serviços da rede que nos convidam. É importante, e a gente fala bastante com os nossos colegas. Não é porque está na saúde que é só saúde. Às vezes têm outras questões né que precisam ser vistas da educação, da assistência. Tem a visita domiciliar que também é um espaço riquíssimo. Então semanalmente, duas vezes por semana nós temos um carro, que é feito as visitas. Até então, ontem, foi feito uma visita junto com uma técnica do CREAS e está se pensando em estratégias conjuntas de cuidado. Então isso é importante entre os serviços.

Através da fala de Queli, é possível perceber que o técnico de referência se torna o elo de contato entre as construções da equipe, do usuário e da rede. Este elo representa que o projeto terapêutico continua em andamento no local 8, o que ocorre é uma ampliação do cuidado pela rede que se desenha a partir da singularidade de demandas que emergem do usuário. O profissional de referência tem como objetivo desconstruir o processo de encaminhamentos de um serviço para outro e “constituir uma “constelação” articulada e dotada de sentido para aquele caso, através de um projeto terapêutico individual” (FURTADO, MIRANDA, 2006, p. 511).

Além de ter como horizonte a desconstrução da lógica tradicional de referência e contrarreferência, faz parte do movimento das equipes a busca por práticas de cuidado territorializadas. Neste sentido, segue o recorte da explanação de Paula:

Paula, local 7: Busca ativa é o fato de procurar o paciente, buscar o paciente pra ele vir para cá e a perspectiva que o SUS tem numa visão mais ampliada, como um cuidado no território, cuidado na realidade, então a gente está mudando essa lógica e começando com alguns casos que não vinha, não aderira, tinha muitas dificuldades. Agora a gente tá se deslocando pra cuidar e não é uma sessão de psicoterapia, porque o ...[local 7] não é só psicoterapia, a gente está se deslocando pra cuidar lá no

território, lá naquela casa, lá naquela UBS, aonde aquela família transita dentro da sua realidade né. Então esse é um trabalho a ser desenvolvido. Então temos alguns casos. A grande maioria ainda é vir aqui no ...[local 7], mas a gente tem que investir. Primeiro tem que mudar a concepção né. Como mudar, como virar a chave, eu digo sempre pra elas, quando virar a chave vocês vão pisar muito no barro, vocês vão entender que é só lá que vocês conseguem mudar.

O exemplo acima traz o desafio do processo de mudança de concepção em um dos serviços de saúde mental, em que a equipe compreende sobre a importância de o cuidado sair da centralidade do serviço para o trabalho em rede. A intersetorialidade é um exercício que necessita ser construído em cada projeto terapêutico, promovendo estratégias de cuidado e participação da própria família. A busca pelo compromisso concreto entre serviço, outros setores, o usuário e a família traduzem-se na construção de uma corresponsabilização do cuidado.

Assim, a construção da intersetorialidade pode ocorrer através de equipes que constroem processos pedagógicos interdisciplinares no contexto dos serviços. A metodologia interdisciplinar de perspectiva educacional popular compreende a valorização dos diferentes saberes, contextualizando à realidade concreta (ANDREOLA, 2019).

Compreendo que as categorias autonomia e interdisciplinaridade têm o ponto comum da humanização do cuidado em saúde mental. O viés pedagógico da educação popular assume, pela humanização, uma “posição radicalmente comprometida com as lutas por humanização e resistência contra toda e qualquer forma de desumanização em relação à vida concreta das pessoas” (ZITKOSKI, 2019b, p. 251).

Este entendimento, da busca pela humanização do cuidado às pessoas que utilizam os serviços da Política de Saúde Mental, é perceptível na evidência do comprometimento que os trabalhadores apresentam no decorrer de suas falas. Este comprometimento é direcionado ao respeito à existência histórica dos sujeitos atendidos para a ressignificação e possibilidades de auto fazerem-se no mundo (ZITKOSKI, 2019b).

Além disso, ao longo da escrita desta análise, evidenciou-se o prefixo ‘co’ nos termos, sugerindo a importância do cuidado em saúde mental entre os

trabalhadores e usuários de forma coletiva, ampliando-o para além dos espaços institucionais, de forma intersetorial. A produção de saúde mental de forma coletiva possibilita espaços de aprendizagem entre os envolvidos, quando estes estão pautados por relações interdisciplinares, afinal, é na incompletude de cada um que se reconhece os limites de seus saberes e de suas práticas, que é, enfim, possível produzir espaços educativos. Mediatizados pela realidade em que estão inseridos, nos diferentes contextos da Rede de Atenção em Saúde Mental, as equipes podem problematizar, junto com os usuários dos serviços, as questões que emergem, tornando as discussões potentes espaços de aprendizagem que promovem a coprodução de autonomia de forma singularizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desta pesquisa partiu do meu desejo de compreender sobre os princípios que emergem ou sustentam as relações que se estabelecem no cuidado em saúde mental. Seria uma boniteza escutar todo o coletivo envolvido, tanto trabalhadores quanto usuários. Entretanto, é importante contextualizar que toda a pesquisa foi realizada em período de pandemia, sendo este um critério importante para não incluir os usuários da Rede de Atenção Psicossocial como participantes. Assim, é da identidade deste trabalho os princípios que emergem ou sustentam o cuidado em saúde mental pela perspectiva dos trabalhadores.

As primeiras entrevistas com os trabalhadores ocorreram na modalidade on-line. Ao longo do período de coleta de dados, houve a flexibilização de abertura de espaços coletivos e pude continuar as entrevistas de modo presencial, indo aos locais de atuação dos demais participantes. A cada entrevista, fui percebendo a riqueza que se apresentava e, assim, sentia vontade de sempre aumentar o número de participantes, afinal, a Rede de Atenção em Saúde Mental é diversa e ampla e, por curiosidade epistemológica, tive interesse em contemplar os diferentes serviços que compõem a RAPS.

“A curiosidade epistemológica não é qualquer curiosidade, mas a que está ligada ao difícil, mas prazeroso ato de estudar” (FREITAS, 2019). De tal modo, foi despertando em mim a vontade de escutar cada vez mais trabalhadores e, à medida que as entrevistas avançavam, percebia-me com eles aprendendo. Entretanto, não esquecendo dos tempos pandêmicos, o tempo cronológico me alertou sobre o momento de aceitar que toda a pesquisa tem um recorte.

Ainda bem. O processo de análise e interpretação das 18 entrevistas foi profundo e intenso e, para estar de acordo com os objetivos da pesquisa, demandou atentar-me à singularidade das relações que se estabeleciam em cada contexto. Um exemplo é a desinstitucionalização que não pode ser pensada de forma estática, quando se concebe que há sujeitos que poderão permanecer acolhidos em Residenciais Terapêuticos. A coconstrução de autonomia pode ocorrer dentro das instituições. Como foi vislumbrado nos

diferentes relatos dos participantes, a coconstrução de autonomia é um processo que respeita cada sujeito histórico implicado, a partir da realidade vivenciada. Não sair de um Residencial Terapêutico ao longo do processo de coconstrução de autonomia de um sujeito atendido não significa que o cuidado não pode ser pela liberdade.

Percebi, na análise dos dados, que os profissionais tiveram dificuldade para nomear as políticas educacionais em saúde ou para exprimir com clareza conceitos relativos às políticas de educação permanente e de educação popular em saúde. Entretanto, penso que os princípios relativos a estas políticas podem ser percebidos no modo como se situam diante dos processos de trabalho. Ao longo das entrevistas, estes trabalhadores trazem de modo recorrente sua preocupação com a autonomia, a escuta e a singularidade em suas relações.

Visto o longo tempo de atuação profissional da maioria dos entrevistados, pode-se supor que sejam profissionais que tiveram a possibilidade de vivenciar um certo momento histórico de maior fomento aos processos formativos e de educação em saúde. Além disso, participaram ativamente da construção de políticas públicas no município.

A situação atual mostra um cenário muito diferente, visto o desmonte das políticas públicas e desinvestimento nas políticas educacionais em saúde. Estas questões sinalizam a importância de fomento à formação pedagógica dos profissionais que atuam nas redes de saúde, no intuito de que se reverbere os princípios que são base ao cuidado em saúde mental.

Sendo um recorte, necessito evidenciar que esta pesquisa não expõe princípios de todos os trabalhadores da rede de saúde mental pesquisada. Pela escolha da metodologia bola de neve, em que um entrevistado foi indicando outro, os princípios construídos na análise foram de acordo com uma rede de cuidado em saúde mental extra-hospitalar e de base comunitária. Não participaram das entrevistas trabalhadores de hospitais psiquiátricos, leitos hospitalares e comunidades terapêuticas, pois estes locais não são apontados como parte da rede pela maioria dos participantes. A rede construída foi a rede substitutiva ao 'modelo manicomial'.

Considero que a intencionalidade de indicação pelos trabalhadores gerou a identidade de uma rede de apoio entre os mesmos. Neste sentido, um entrevistado indicou outro que tinha princípios próximos aos seus. Talvez por isso não tenha sido exposto percepções de cunho manicomial e antagônico a esta rede de trabalhadores que foi construída. A evidência da identidade deste grupo de trabalhadores sugere como os participantes podem se sustentar um no outro, como uma rede de suporte. Isso pois, esta rede interconectada, com os mesmos princípios educativos, pode apoiar-se mutuamente e fortalecer-se frente aos tensionamentos e desmontes no contexto da política de saúde mental.

Do recorte deste grupo de trabalhadores, uma importante característica relacionada aos cuidados em saúde mental preconizados pela Reforma Psiquiátrica evidenciou-se: o coletivo. Portanto, acredito que, quando houver possibilidade, em relação às condições sanitárias, penso que esta pesquisa tem potencialidade de estudos com instrumentos de coleta de dados de cunho coletivo. Neste sentido, poderá ser contemplada, inclusive, a escuta dos usuários da Política de Saúde Mental, sendo essa uma questão de profunda importância para uma pesquisa que caminha pelas concepções da educação popular.

Apesar das limitações acerca do contexto de pandemia, entendo que foi possível fazer um percurso de pesquisa que me proporcionou produzir novos conhecimentos. Além de evidenciar o coletivo, desvelaram-se a riqueza de dispositivos educativos pela coletividade. Por exemplo, ao longo das entrevistas, foram explicitadas as visitas domiciliares interdisciplinares e intersetoriais como importantes dispositivos no território. Além delas, o matriciamento ou apoio matricial, entre outros encontros, também surgiram como dispositivos educativos. O pensar interdisciplinar como forma de cuidado pode ser por si só um dispositivo educativo à medida que diferentes saberes se inter-relacionam, podendo constituir conhecimento acerca das situações que se apresentam. Além disso, a intersetorialidade é uma importante estratégia de cuidado em um plano macro de atuação, que também necessita do encontro de grupos de saberes interdisciplinares para o cuidado em saúde mental.

Outra questão que se evidenciou e não foi aprofundada, por não ser objeto desta investigação, foi que a maioria dos trabalhadores aprenderam sobre o cuidado em saúde mental no cotidiano do trabalho. Tive a oportunidade de entrevistar trabalhadores que vieram a ser cuidadores em saúde mental, ao mesmo tempo em que os serviços abriram as portas ao público. Neste sentido, ainda tenho caminhos abertos por esta pesquisa em estudos relacionados a este tema.

Consigo perceber que, ao passo que fui me aprofundando na pesquisa e constituindo conhecimento, fazia relações com meu próprio contexto de trabalho, pois, enquanto pesquisadora, direcionava minha escuta e olhar para o contexto da Política de Saúde Mental e, enquanto trabalhadora da Política de Assistência Social, meus pés continuavam por ali andando e atuando. Novamente retorno à curiosidade epistemológica que me movia a querer escutar cada vez mais profissionais da RAPS. Ao pensar e estudar as práticas de cuidado dos trabalhadores no contexto da Política de Saúde Mental, comecei a pensar e estudar as minhas próprias práticas. Nesse sentido, eu, pesquisadora-psicóloga-educadora social, impregnada pelos meus saberes, dúvidas e limitações, percebi-me em movimentos de ir e vir, entre a pesquisa e o contexto de trabalho. Por estes movimentos, comecei a identificar possibilidades de problematizar e refletir sobre o que fui aprendendo na pesquisa, junto ao coletivo ao qual sou pertencente. Neste coletivo, fazem parte os colegas trabalhadores e os usuários do serviço onde atuo. Das reverberações que produziram, percebo ser necessário fazer três considerações.

A primeira está relacionada à minha identidade de educadora social. Quando comecei este processo de pesquisa, eu não compreendia sobre a educação social no Brasil e a luta pela regulamentação da profissão. Entrei concursada há quase 10 anos e segui atuando. Percebia dificuldades no fazer, problematizava algumas questões, porém não refletia a respeito da profissão do educador social. No trajeto da pesquisa, pude aprofundar-me nas concepções teóricas da educação popular, além de vincular-me a educadores sociais de outras regiões que problematizam e refletem criticamente sobre a profissão.

Vejo-me assumindo uma postura mais crítica frente à instituição onde atuo e mais atenta às minhas práticas. Mesmo sendo pertencente à instituição, enquanto servidora pública, partilho de diálogos e questionamentos junto aos meus colegas para que a política pública seja de acesso aos direitos à população. Considero que este movimento que faço se relaciona, em parte, à verbalização de uma trabalhadora da saúde mental que disse que o serviço não poderia ser 'caps-centrado', mas ter os atendimentos centralizados nos usuários. Isto me fez questionar muito a minha postura em relação ao serviço e aos usuários.

Afinal, à medida que a concepção educativa em uma política pública de acesso aos direitos é centralizada no usuário e não no serviço, é possível construir processos singulares de atenção. Compreendo também ser possível produzir protagonismos, processos de autonomia e construção de cidadania. Do contrário, a centralidade no serviço torna-se inquestionável. Assim, fui identificando-me e constituindo-me nestes últimos dois anos, transformando também as minhas relações com o coletivo em que sou pertencente.

A segunda consideração que faço refere-se ao trabalho coletivo. Como na Política de Saúde Mental, na Política de Assistência Social é imprescindível o trabalho coletivo de equipes interdisciplinares para processos de construção de cidadania e autonomia. Entretanto, no contexto desta Política há ainda muitos debates sobre o fazer interdisciplinar para superar a questão social.

Acredito que, ao iniciar meu mestrado, fui buscar em outro lugar as respostas que não encontrava onde estava, talvez eu mesma não soubesse atuar no coletivo e tive que partir para a pesquisa para aprender. Nas experiências que fui vivenciando, compreendendo as relações interdisciplinares na Política de Saúde Mental, percebi abrindo-me a um mundo de riquezas de experiências vivenciadas e compartilhadas com meus colegas. Esta abertura potencializou espaços de diálogo e de perspectivas de trabalho em conjunto. Além disso, entre alguns encontros formativos com educadores sociais de Fóruns de Educadores Sociais de outras localidades, aprendi que não devemos desperdiçar nossas experiências nos espaços de trabalho. Sendo assim, aprendi sobre sistematização de experiências e fiz o convite aos meus

colegas. Vamos sistematizar nossas experiências? O convite ainda está aberto e quem sabe não fazemos produções conjuntas.

Por fim, a terceira consideração diz respeito aos sujeitos que atendo. Quando pensei em considerar a educação popular como base para esta pesquisa, tive certa dificuldade, pois a princípio imaginei um grande movimento que tivesse que envolver um coletivo de usuários engajados. Acho que a minha aflição e a minha inquietude só foram amenizadas com a escuta que fiz nas entrevistas desta pesquisa. Então, finalmente entendi. Ao me encontrar com os trabalhadores nas entrevistas, tive a possibilidade de escutar 18 diferentes sujeitos que explanaram, entre outras questões, sobre as suas percepções das relações com os usuários que atendiam.

A predominância de percepções dialógicas, que respeitam o espaço coletivo, que buscam a participação e compreendem a singularidade de cada situação, fez-me compreender que dentro das instituições o processo de engajamento dos usuários é complexo. Talvez eu estivesse procurando em outra Política Pública um engajamento e participação que na Política Pública em que eu estava não acontecia. Entretanto, é necessário fazer uma leitura de realidade mais ampla, levando em consideração a história de participação e de desmobilização popular no Brasil, o que não é o foco desta pesquisa.

Para além da participação, conforme fui compreendendo os processos de coconstituição de autonomia, tanto pela busca teórica, quanto pelos recortes que se evidenciavam nas entrevistas, quase como um espelhamento, o conhecimento construído passou a ser parte do meu processo de trabalho junto aos sujeitos que atendo. No cotidiano do serviço, pude ampliar a questão da produção de cidadania, pensando junto sobre as potencialidades dos sujeitos frente à situação em que se encontram.

É necessário evidenciar que a Política de Assistência Social é uma arena de tensionamentos entre processos de produção de cidadania para acesso aos direitos e benevolência que reproduzem o assistencialismo, minimizando os direitos sociais aos cidadãos. Assim, potencializar processos de autonomia é uma forma de buscar direitos sociais, além disso, penso que ainda é um desafio que as pessoas compreendam sobre estes direitos. Pela coconstrução de autonomia é possível pensar junto e, pensando junto, é

possível problematizar e refletir sobre a busca pelos direitos básicos, de onde surgiu e como manter tais direitos.

De certa forma, acho que ampliou a minha escuta aos sujeitos que atendo conforme fui constituindo-me pesquisadora-educadora social-psicóloga. Neste processo, pude construir processos de respeito à integralidade e à singularidade dos sujeitos que atendo, através de uma escuta qualificada que possibilita a acolhida.

Esta produção de entrelaces entre a pesquisa e meu campo de atuação são contribuições deste estudo que estão em movimento. Assim como eu transito entre educação, saúde mental e assistência social, escrevo aprofundando-me em autores ancorada na saúde mental; movimento-me pela educação e pela assistência social, pensando sobre os conceitos que emergiram nesta pesquisa, de forma integral e intersetorial.

Por fim, aproximar-me de alguns princípios dos trabalhadores da Política de Saúde Mental possibilitou reflexões acerca dos enfoques educativos que sustentam o cuidado em saúde mental. Junto ao cuidado, fica compreensível que há uma arena de tensionamentos entre modelos tradicionais de transmissão de conteúdo e modelos participativos que valorizam a interação entre os sujeitos e sua realidade. Para a desconstrução de modelos tradicionais, a opção pedagógica que problematiza a situação de saúde pode fortalecer o desenvolvimento da consciência crítica do coletivo, potencializando a produção de saúde mental.

De igual maneira, foi possível aprofundar a compreensão sobre a educação em saúde. A busca por processos de construção de autonomia da população no cuidado com a própria saúde mental pode ocorrer pela construção do conhecimento acerca das necessidades em saúde mental. Entretanto, como construir conhecimento em saúde mental junto à população em um contexto de fragilização de políticas públicas? A falta de incentivos às políticas educacionais vigentes no campo da saúde pública torna necessário estar atenta às potencialidades que surgem nas relações de saberes entre profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; LAGRANGE, Valéria. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio**. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea Org. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 151-171.

ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 167-176.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995.

_____. **Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. In: FLEURY, Sonia (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

ANDREOLA, Balduino. **Interdisciplinaridade**. In: Dicionário Paulo Freire. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, Juliana de Oliveira. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade de São Paulo, SP, 2010.

BERWALDT, Daiane Schellin. **Educação permanente e processos de trabalho em saúde mental: limites e possibilidades – um estudo de caso no município de Guaíba/RS**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/196898?show=full> Acesso em: 03 jun. 2020.

BISOL, Claudia Alquati. **Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informante-chave e grupos focais**. Estudos de psicologia: Campinas 719-726 out-dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/08.pdf>

BONETTI, Osvaldo Peralta. PEDROSA, José Ivo dos Santos. SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. **Educação Popular em saúde como política do Sistema único de Saúde**. rev. APS. 2011 Out/dez. 14(4): 397-407.

BONTEMPO, Valéria Lima. **A assembléia de usuários e o CAPSI**. Psicologia, ciência e profissão, Brasília, v. 29, n. 1, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100015. Acesso: 08 set. 2021.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação popular.** São Paulo: Braziliense, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988a.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde:** relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde,** de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica,** de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União Brasília, DF, 06 abr. 2001. Seção 1.

_____. **Lei nº 10.708** de 31 de julho de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jul. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm Acesso em: 04 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687,** de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 30 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996,** de 20 de agosto de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de gestão e participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial**: relatório final, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm Acesso em 13 de jul 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 13 de jul 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 out. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3090**, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 15 de jul 2020.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: 2011e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121**, de 25 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jan. 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em 05 de jan 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html Acesso em 05 de jan 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html Acesso em 05 de jan 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 132**, de 26 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2012d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html Acesso em 05 de jan 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2012e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html Acesso em 05 de jan 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 856**, de 31 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2012f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html Acesso em 05 de jan 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 23 ago. 2020.

_____. **Marco de referência da educação popular para políticas públicas**. Secretaria Nacional de Articulação Social. Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. Brasília, DF, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2446**, de 11 de novembro de 2014. Portaria Nacional de Promoção da Saúde. 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html Acesso em: 15. Ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília, 2015. 548 (Caderno HumanizaSUS ; v. 5) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf> Acesso em: 15. Ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194**, de 28 de novembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 15. Ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.434**, de 15 de agosto de 2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 ago 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html Acesso em: 15. Ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.449**, de 25 de outubro de 2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 out 2018b. Disponível em:

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.659**, de 14 de novembro de 2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 nov 2018c. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n Acesso em: 15. Ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1 ed. ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.840**, de 05 de junho de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 jun. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm Acesso em: 03. ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 340**, de 30 de março de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 marc. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535> Acesso em 08 de ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretárias Estaduais de Saúde. 2021 Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

_____. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 69**, de 14 de maio de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 marc. 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675> Acesso em 08 de ago 2020.

_____. Ministério da Cidadania. **Portaria Conjunta nº 4**, de 22 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-4-de-22-de-outubro-de-2020-284713412> Acesso em 08 de ago 2020.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Resolução nº 3**, de 24 de julho de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 marc. 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/em/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833> Acesso em 08 de ago 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus determinantes sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 03. Abr. 2021.

CARDOZO, Priscila Schacht. **O primeiro remédio somos nós: a educação em saúde e a comunicação na relação de assistentes sociais com familiares em Centros de Atenção Psicossocial**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2019. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/6974> Acesso em: 03 jun. 2020.

CASTORIADIS, Cornelius. **As encruzilhadas do labirinto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra Ltda, v 3. 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Rosana Onocko. **O Planejamento no labirinto** : Uma viagem hermenêutica. Campinas, SP: [s.n.], 2001. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310445/1/Campos_RosanaOnocko_D.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2020.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora Kawamura; SALAZAR, Janine Salazar. **Educação permanente em saúde**: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde soc. vol.18 supl.1 São Paulo Jan./Mar. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500008 Acesso em 05 jun 2020.

CECCIN, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde**: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIN, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação Permanente em Saúde**. In: Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. 2ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de Orgs. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Fumie. **Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde**. In: _____. Gestão em rede: tecendo os fios da integralidade. Caxias do Sul: Educs, 2005.

CHIAVERINI, Dulce (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Abr. 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf Acesso em 05 mai 2020.

COSTA, Fernanda Reboucas Maia. **A dimensão educacional das práticas de apoio matricial em saúde mental na atenção básica**: desafios de uma pedagogia dialógica. 2014. Dissertação (Mestrado profissional em Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica). Universidade Federal de São Carlos, 2014.

COSTA, Marcelo Viana da; et. al. **Educação Interprofissional em saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. 85 p. :il.

DÂMASO, Romualdo. **Saber e práxis na Reforma Sanitária**: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). Reforma sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. 232p

DAVINI, Maria Cesar. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2009.

FAZENDA, Ivani (Org). **Práticas Interdisciplinares na Escola**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FERIGATO, Sabrina Helen; ONOCKO CAMPOS, Rosana T; BALLARIN Maria Luisa G. S. **O atendimento à crise em saúde mental**: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP. v. 6. n. 1. 2007. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007_oatendimentoacrise.pdf Acesso em: 01 set. 2021.

FERNANDES, Cleoni. **Amorosidade**. In: Dicionário Paulo Freire. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

FIOCRUZ, **Agência Fiocruz de notícias**, c25/04/2005. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>. Acesso em: 05 mai. 2021.

FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a.

_____. **A questão democrática na saúde**. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; VAZ, Fernando Antonio Camargo; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; ÁLVARES, Juliana. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, sup.2, p.2115-22, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QhQkpN8KWSmc67jX56j5whz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Extensão ou comunicação?** 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 66 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

FREIRE, Ana Maria Araújo. **Inédito Viável**. In: *Dicionário Paulo Freire*. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

FREITAS, Ana Lucia Souza de. **Conscientização**. In: *Dicionário Paulo Freire*. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

_____. **Curiosidade Epistemológica**. In: *Dicionário Paulo Freire*. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

FURTADO, Juarez Pereira; MIRANDA, Lilian. **O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano IX, n. 3, p. 508-524, set. 2006.

GADOTTI, Moacir. **Interdisciplinaridade: atitude e método**. São Paulo: Instituto Paulo Freire. Disponível: . Acesso em: 26 dez. 2006.

_____. **Paulo Freire e a educação popular**. *Revista Trimestral de debates da FASE*. Nº 113, 2007.

_____. **Realidade**. In: *Dicionário Paulo Freire*. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

GALDÓS, Jesús Saiz; MANDELSTEIN, Alejandro Chevez. **La intervención socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas**. *Intervención Psicosocial*, 18(1), 75-88, 2009. Disponível em:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-05592009000100009. Acesso em: 03 jun. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOES, Moacir de. **Coletivo**. In: Dicionário Paulo Freire. 4^o ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

GOMES, Romeu. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

GONÇALVES, Daniel Almeida. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GONÇALVES, Cláudia Brandão; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; FRANÇA, Tania; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 1, p. 12-23, Ago 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500012 Acesso em: 10 set. 2020.

GRUSKA, Victor; DIMENSTEIN, Magda. **Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico**: equacionando a reinserção em saúde mental. Psicol Clín. [Internet]. 2015 101-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00101.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100006>. Acesso em: 05 jun. 2021.

GUERRA, Andréa Maris Campos. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica**: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, 7(2), 83-96, 2004.

GUIMARÃES, Lislaine Santos. **Concepções e práticas de cuidado em saúde mental a partir de diferentes formações profissionais**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/50944?show=full> Acesso em: 03 jun. 2020.

GUSTSACK, Felipe. **Diferença**. In: STRECK, Danilo R; REDIN, Euclides; ZITKOSK, Jaime José. Dicionário Paulo Freire. 4 ed. Revisada em ampliada. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/caxias-do-sul/panorama>. Acesso em 3 de junho de 2020.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Novas formas de gestão na saúde**. Saude soc. Dez, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hvM7qCyy5M5wNpWc7xQJjGt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 05 set. 2021.

KOERICH, Magda Santos; et al. **Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp.,p. 178-85, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Dqfr5DHqbc6hC4kpxHrm5mJ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 20 ago. 2021.

LANCETTI, Antônio. **Clinica Peripatética**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. In: CAMPOS, GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.615-634, 2006.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. In: NUNES, E. D. (org). *Textos. Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo: Global, 1989.

LEAL, Erotildes Maria. **Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira**. In: FIGUEIREDO, A. C. CAVALCANTI, M. T. Org. A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dez. 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, v. 1, p. 69-83, 2001.

LEVY, Sylvain Nahum; et al. **Educação em saúde: histórico, conceito e propostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

LIMA, Rita de Cassia Gabrielli Souza. **Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na Atenção Primária de Saúde**. 2008. 175 f. Mestrado (Dissertação de Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92088>. Acesso em 08 ago. 2021.

MACHADO, Rita de Cássia de Fraga. **Autonomia**. In: STRECK, Danilo R; REDIN, Euclides; ZITKOSK, Jaime José. Dicionário Paulo Freire. 4 ed. Revisada em ampliada. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

MANTOVANI, Célia; MIGON, Marcelo Nobre; ALHEIRA, Flávio Valdozende; DEL-BEN; Cristina Marta. **Manejo de paciente agitado ou agressivo**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 96-103, out. 2010. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2021/04/protocolo-de-contencao.pdf>. Acesso em: 2 set. 2021.

MATOS, Eliane; GONÇALVES, Jadete R. RAMOS, Flávia Regina Souza. **A epistemologia de LudwickFleck**: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. Texto contexto - enferm. [online]. vol.14, n. 3- ISSN 0104-0707. 2005.

MELO, Anna Karynne da Silva. FREITAS, Luiza Maria Silva de. SIEBRA, Adolfe Jesiel. VALE, Silva Fernandes do. **A autonomia no âmbito da política nacional de promoção de saúde**. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 29(4): 585-594, out./dez., 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Fred/Downloads/5442-21391-1-PB.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

MELO, Lidiane Soares dos Santos. **Necessidades de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde**. Dissertação. (Mestrado Profissional Interdisciplinar) – Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-03082017-120207/pt-br.php> Acesso em: 03 jun. 2020.

MENESCAL, Livia Lopes. **O apoio matricial de um Centro Atenção Psicossocial ij**: um estudo de enfermagem 2014. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2014.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **Engravidando Palavras**: o Caso da Integralidade, 2005. Disponível em: <https://www.circonteudo.com/colunista/engravidando-palavras-o-caso-da-integralidade/>. Acesso em: 05 set. 2021.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em saúde**. In: Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. 2ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Interdisciplinaridade**: funcionalidade ou utopia? Saude soc. 3 (2), Dez, 1994.

_____. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MORAES, Roque. **Pesquisar é processar conhecimentos e teorias**: caminhos diversificados e nunca concluídos de reconstrução. In: Diálogos com a educação: a escolha do método e a identidade do pesquisador / org. Nilda Stecanela. – Caxias do Sul : Educus, 2012.

MOREIRA, Carlos Eduardo. **Criticidade**. In: Dicionário Paulo Freire. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

MUÑOZ, Rilva Lopes de Sousa; FREITAS, Jandira Arlete Cunegundes de; SOUSA, Freitas Eduardo Sérgio Soares. **Qualificação Docente para a Formação Profissional no SUS**. In: Educação na saúde para o fortalecimento do SUS / Rilva Lopes de Souza Muñoz, Eduardo Sérgio Soares Sousa Org. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

NETO, Alcides Viana de Lima; et al. **Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros**. Rev Enferm UFSM, 2013. Mai/Ago;3(2):276-286. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8279>. Acesso em: 06 set. 2021.

NOVAES, Magdala de Araújo et al. **Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil**. Revista Interface: comunicação, saúde e educação. (Botucatu) 16 (43) Dez, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/m3kqhhtZxTL7qMB6NtmVCvt/?lang=pt> Acesso em: 03 jun. 2020.

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo; PASSOS, Eduardo Henrique. **Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção à saúde mental**. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, Org. Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, p. 322-41, 2009.

OLIVEIRA, Luciana Pinto Barros de. **O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/11193> Acesso em: 03 jun. 2020.

OLIVEIRA, Ricardo Alves de. **Apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária do Paranoá, Distrito Federal**. 2019. 118 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35347> Acesso em: 03 jun. 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. (s/d). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672. Acesso em: 25 de set. 2020.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **O Planejamento no labirinto: Uma viagem hermenêutica**. Campinas, SP: [s.n.], 2001. Acesso em: 30 de junho de 2020. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310445/1/Campos_RosanaOnocko_D.pdf

ONOCKO CAMPOS, Rosana T; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Co-construção de Autonomia: o sujeito em questão.** In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, v. 1, p.669-88, 2006.

PACHECO, Roberto Carlos dos Santos. et al. **Interdisciplinaridade vista como um processo complexo de construção do conhecimento: uma análise do Programa de Pós-Graduação EGC/UFSC.** RBPG, Brasília. v. 7, n. 12, Julho, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira.** In: FLEURY, Sonia (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASTANA, Diego Henrique. **O aspecto técnico-pedagógico do apoio matricial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** 2019. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa. **Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica.** O Mundo da Saúde 2007;31(3):320-28. Disponível em: [\[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf\]](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf) Acesso em: 19 jun. 2021.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. **Processo de trabalho em saúde.** In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org). Dicionário de educação profissional em saúde. 2 ed. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>. Acesso em: 30 ago. 2020.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Interdisciplinaridade.** In: Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. 2ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandez. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. **Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 253-271, 2014.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312014000100253&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 01 jul. 2020.

RAMALHO, Otávio Cavalcante. **O apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no Distrito Federal.** 2018. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34190> Acesso em: 03 de jun. 2020.

RODRIGUES, Rosilene Gomes de Azevedo. **Desafios e possibilidades do matriciamento na construção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica em Saúde.** 2018. 109 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2018. Disponível em: <https://tede.ufrj.br/jspui/handle/jspui/4938> Acesso em: 03 jun. 2020.

RONCHETTI, Simone de Sousa Bernardino. **Saúde mental na atenção básica: apoio matricial no município de Santos.** 2017. 122f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/49098?show=full> Acesso em: 03 jun. 2020.

SANTOS, Evelise Motta dos. **Análise do apoio matricial como dispositivo de educação permanente em saúde mental para os trabalhadores da atenção primária em saúde no município de Guaíba/RS.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul) Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/194341/001092089.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 03 jun. 2020.

SANTOS, Francéli Francki dos; FERLA, Alcindo Antônio. **Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.** Revista Interface: comunicação, saúde e educação. Oct-Dec, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sJs6gW4cKXjF3k5r8Xcj4LQ/abstract/?lang=pt> Acesso em 03 jun. 2020.

SARACENO, Beneddetto. **Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio.** In: Pitta, Ana Maria Fernandez. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

SAUL. Ana Maria. **Escutar.** In: Dicionário Paulo Freire. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

STRECK. Danilo R. **Pesquisa é pronunciar o mundo: notas sobre método e metodologia.** In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo Romeu. Pesquisa participante: o saber da partilha. São Paulo: Idéias e Letras, 2006.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. **Educação em saúde e suas versões na história brasileira**. Revista Baiana de Saúde Pública. V. 33. nº4. SESAB, 2009 p. 618-627 Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/293/pdf_106 Acesso em: 22 ago. 2020.

TROMBETTA, Sérgio. In: STRECK, Danilo R; REDIN, Euclides; ZITKOSK, Jaime José. Dicionário Paulo Freire. 4 ed. Revisada em ampliada. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

TRIGUEIRO, Demerval. **Um Novo Mundo, Uma Nova Educação**. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. jan./mar. p. 15, 1969.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. In: VASCONCELOS, E.M. (org). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da Interdisciplinaridade. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002a.

_____. **Abordagens psicossociais**, V.II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2014. Acesso em: 22 ago. 2020.

_____. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002b.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde**. Interface (Botucatu). 2001;5(8):121-1. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009>. Acesso em: 22 ago. 2020.

_____. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas, Campinas, 202-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/download/10977/6250>. Acesso em 07 mai. 2020.

ZITKOSKI, Jaime José. **Ser mais**. In: Dicionário Paulo Freire. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019a.

ZITKOSKI, Jaime José. **Humanização/desumanização**. In: Dicionário Paulo Freire. 4º ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019b.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - NEPS



CARTA DE ANUÊNCIA

Título da Pesquisa:	EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ENCONTROS COM A EDUCAÇÃO POPULAR
Pesquisador:	JANAINA DORIGO DOS SANTOS
Orientador:	PROF. DRA. CLÁUDIA ALQUATI BISOL
Curso e Instituição:	PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO - MESTRADO EM EDUCAÇÃO / UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL (UCS)
Nº de Protocolo:	562/2020

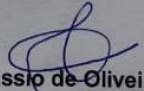
Em relação ao pedido de realização da Pesquisa supracitada, esta Secretaria, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados, manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:


- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Além disso, é de **responsabilidade do Pesquisador(a)**:

- 1) Entregar, **obrigatoriamente**, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com a aprovação do Projeto antes da coleta de dados;
- 2) Fornecer uma cópia da conclusão do trabalho à Secretaria Municipal da Saúde;
- 3) Incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul/SMS em possíveis publicações científicas.

Caxias do Sul, 17 de novembro de 2020.


Cássio de Oliveira
Gerente do NEPS


Lenara Lamperti Thomazi
Diretora de Gestão Trabalho e Educação

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) trabalhador(a),

Venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa, vinculada ao Programa de Mestrado em Educação da Universidade de Caxias do Sul (UCS), intitulada “Educação em Saúde Mental: encontros com a educação popular”, desenvolvida por mim, Janaina Dorigo dos Santos, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Cláudia Alquati Bisol e coorientação do Prof. Dr. Sandro de Castro Pitano. A pesquisa visa analisar os princípios que permeiam os processos de trabalho em saúde na Rede de Atenção Psicossocial do município de Caxias do Sul.

1. Participantes da Pesquisa: Serão convidados trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Caxias do Sul.

2. Envolvimento na pesquisa: Você está sendo convidado a participar de uma entrevista em que as falas serão gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. Estima-se duração de uma hora para a realização desta etapa. Você receberá esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sinta-se livre para recusar e interromper a sua participação ou solicitar o acesso a esse registro de consentimento a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar da pesquisa não irá acarretar qualquer penalidade.

3. Procedimentos: Como instrumentos, serão utilizadas entrevistas, os quais serão realizados no local de serviço em que o(a) trabalhador(a) está vinculado em horário a ser definido conforme sua disponibilidade. O material produzido ficará sob a guarda da pesquisadora responsável pelo período de cinco (5) anos e, após esse prazo, será totalmente destruído/apagado/inutilizado.

4. Riscos e desconforto: A participação na pesquisa não traz complicações legais. A pesquisa oferece riscos mínimos a integridade física, psíquica e moral dos participantes, semelhante a um dia normal. No entanto, pode haver algum desconforto ou constrangimento em responder alguma pergunta e você terá total liberdade para não responder a qualquer pergunta que o/a faça se sentir desconfortável.

5. Benefícios: Esta pesquisa possibilitará a compreensão de perspectivas educativas no campo da Política de Saúde Mental. Mesmo que não haja benefícios diretos em sua participação, indiretamente você contribuirá para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

6. Pagamento: A participação na pesquisa é voluntária e não gerará nenhum tipo de pagamento. Além disso, não haverá nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa.

7. Confidencialidade: As informações obtidas no decorrer da pesquisa serão utilizadas somente com a finalidade científica. Os dados da pesquisa poderão ser vistos exclusivamente pela pesquisadora, orientadora e coorientador. Na publicação dos resultados da pesquisa, a identidade dos participantes será mantida em sigilo e todas as informações que possam identificar os participantes serão omitidas.

8. Dúvidas e esclarecimentos: A pesquisadora se compromete a esclarecer qualquer dúvida que o participante possa ter no momento da pesquisa ou posteriormente, através do telefone (54) 99250-4352 e e-mail: idsantos@ucs.br.

9. Comitê de Ética: Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP/ UCS), colegiado interdisciplinar e independente, criado para aprovar ética e cientificamente as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como acompanhar e contribuir com o seu desenvolvimento. O CEP/UCS pode ser contatado na Universidade de Caxias do Sul (UCS), cidade universitária, Bloco M, sala 306, telefone: (54) 3218-2829, e-mail: cep_ucs@ucs.br.

Atenciosamente,

Janaina Dorigo dos Santos

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista as informações apresentadas, eu, _____, CPF nº _____, aceito o convite para participar de forma voluntária da pesquisa acima e declaro que fui informado do objetivo do estudo de forma clara e esclareci minhas dúvidas. Informo também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Caxias do Sul, ____ de _____ de 2021.

Assinatura