

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

Valquíria Toledo Souto

**INÉDITO VIÁVEL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
CONSTRUÇÕES COLETIVAS DIANTE DA APRECIÇÃO DE SEUS
TRABALHADORES**

Santa Maria, RS
2022

Valquíria Toledo Souto

**INÉDITO VIÁVEL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
CONSTRUÇÕES COLETIVAS DIANTE DA APRECIÇÃO DE SEUS
TRABALHADORES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Trivisiol Arnemann

Santa Maria, RS
2022

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

TOLEDO SOUTO, VALQUIRIA
INÉDITO VIÁVEL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
CONSTRUÇÕES COLETIVAS DIANTE DA APRECIÇÃO DE SEUS
TRABALHADORES / VALQUIRIA TOLEDO SOUTO.- 2022.
153 p.; 30 cm

Orientadora: MARLENE GOMES TERRA
Coorientadora: CRISTIANE TRIVISIOI ARNEMANN
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2022

1. Assistência à saúde mental 2. Serviços de saúde
mental 3. Redes de saúde 4. Relações interprofissionais
5. Enfermagem I. GOMES TERRA, MARLENE II. TRIVISIOI
ARNEMANN, CRISTIANE III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, VALQUIRIA TOLEDO SOUTO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Tese) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Valquíria Toledo Souto

**INÉDITO VIÁVEL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONSTRUÇÕES
COLETIVAS DIANTE DA APRECIÇÃO DE SEUS TRABALHADORES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Aprovado em 22 de agosto de 2022

Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Cristiane Trivisiol Arnemann, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
(1ª Examinadora)

Daiana Foggiato de Siqueira, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)

Maria Elisabeth Kleba da Silva, Dra. (COREN/Seção SC)
(3ª Examinadora)

Amanda de Lemos Mello, Dra. (Estácio de Sá – IDOMED Polo Jaraguá do Sul)
(4ª Examinadora)

Keity Laís Siepmann Soccol, Dra. (UFN)
(Suplente)

Mariane da Silva Xavier, Dra.
(Suplente)

Santa Maria, RS
2022

DEDICATÓRIA

**“O educador se eterniza em cada ser que educa”
(Paulo Freire)**

Dedico esta tese a prof^a Marlene Terra, que em sua trajetória como educadora ensinou muito mais que teorias, mas orientou para a vida, de maneira generosa, sensível, acolhedora e essencialmente humana. Nessa “filha do coração” tem muito de ti!
Minha admiração, carinho e gratidão eternas!

AGRADECIMENTOS

Direciono meus agradecimentos àqueles que, perto ou longe, estiveram próximos a mim durante essa trajetória de estudos e foram suporte, estímulo, auxílio, escuta, acolhimento, afeto, compreensão e cuidado.

A Deus, presença divina que é proteção e refúgio nos momentos mais difíceis.

À minha família, especialmente meu pai (*in memoriam*), mãe, irmãos, tios, primas e avó, que mesmo sem compreender bem o mundo acadêmico, apoiaram meus sonhos e foram compreensivos com a distância e as ausências.

À família que me acolheu como parte da sua, e me possibilitou sonhar mais alto, incentivando e amparando em um momento difícil, me possibilitando acreditar que a mudança no futuro se faz mediada pela educação, pelo estudo e também pelo exemplo. Ao tio Guilherme, tia Cláudia, Camila e Carolina e família, minha eterna gratidão, carinho, respeito e admiração.

Ao Douglas, tia Cida e família, que também sonharam junto comigo e sempre apoiaram minhas escolhas, nem sempre fáceis, para me manter focada em meus objetivos profissionais.

À Corona, minha filha canina, que chegou junto com a pandemia e me ensinou sobre dedicação, lealdade, confiança, amor. Foi fonte de alegria em um período triste e solitário.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf-UFSM), pela possibilidade e oportunidade de cursar este Doutorado. E aos professores do Departamento de Enfermagem pelo conhecimento compartilhado e exemplo de determinação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro por meio da concessão de bolsa de doutorado.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa GP FORESM, em especial à Prof^a Janice, Prof^a Sadja, Keity, Mariane, Daiana, Amanda, Raíssa, Dilce e Joze, pela amizade construída, pelos momentos de discussão, descontração, afetividade, e produções compartilhadas.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck, Profa. Dra. Daiana Foggiato de Siqueira, Profa. Dra. Maria Elisabeth Kleba da Silva, Profa. Dra. Amanda de Lemos Mello, Profa. Dra. Keity Laís Siepmann Soccol, e Profa. Dra. Mariane da Silva Xavier, pelo aceite de participação e contribuições valiosas à construção e aprimoramento do trabalho final de minha tese.

Aos participantes da pesquisa, por acreditarem na proposta apresentada e percorrerem comigo um caminho para a qualificação da atenção em saúde mental na RAPS, esse sonho que também compartilho e pelo qual me movo.

À Coordenação de Saúde Mental do Município de Santa Maria, pela autorização da realização da pesquisa, e ao Núcleo de Educação Permanente (NEPeS) pelo aceite e apoio logístico para que fosse possível a execução inicial da pesquisa.

À minha coorientadora e amiga, Profa Dra Cristiane Trivisiol Arnemann, por ser apoio e inspiração, com sua inteligência, humildade e afetividade, possibilitou encarar o desafio de uma pesquisa apreciativa crítica, dando suporte fundamental para a implementação da pesquisa.

Em especial, a minha orientadora, Profa. Dra. Marlene Gomes Terra, muito mais que uma orientadora, uma amiga, que com carinho, paciência, sabedoria, calma e tranqüilidade me conduziu nesse percurso, acreditando nas minhas potencialidades, incentivando a continuar e fazendo possível esse sonho tão desafiador. Profa Marlene, sem você eu não teria conseguido! Muito obrigada!

Enfim, a todos aqueles que de forma direta ou indireta participaram do meu itinerário de pesquisa. Muito obrigada!!!

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas para participar de práticas com ela coerente (FREIRE, 2000, p. 33).

RESUMO

INÉDITO VIÁVEL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONSTRUÇÕES COLETIVAS DIANTE DA APRECIÇÃO DE SEUS TRABALHADORES

AUTORA: Dda. Valquíria Toledo Souto

ORIENTADORA: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

COORIENTADORA: Profa. Dra. Cristiane Trivisiol Arnemann

Essa pesquisa tem como objetivo geral: analisar de que forma o trabalho coletivo de trabalhadores tem impulsionado a construção de inéditos viáveis, na perspectiva da transformação e consequente qualificação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Está fundamentada no referencial teórico de Paulo Freire, articulando sua teoria crítica à Pesquisa Apreciativa, por meio do desenvolvimento do Ciclo DSPD (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino). Participaram da pesquisa 16 trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de dezembro de 2019 a julho de 2020. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos de discussão, de forma presencial e remota. A análise dos dados foi realizada por meio da codificação, categorização e identificação de temas, seguindo etapas descritas por Green, Sampieri, Colado e Lucio. Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, sendo aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Como resultados, identifiquei cinco grandes temas: O que deu certo no trabalho na Rede de Atenção Psicossocial; O que dá vida ao trabalho na Rede de Atenção Psicossocial; Utopias de trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial; Coletivizando sonhos; e, A Rede somos Nós em comunhão. Os resultados mostraram que o que deu certo (melhores práticas) foi a relação construída com os usuários, o trabalho coletivo e multiprofissional, as parcerias com a rede intersetorial, a relação com a Residência Multiprofissional, a participação em espaços de discussão e gestão, o trabalho com base no território, as atividades de grupo desenvolvidas com os usuários dos serviços, o apoio matricial, iniciativas de controle social, como a criação de um Conselho Gestor de Saúde Mental, e a experiência de criação de uma Escola de Redução de Danos. O que dá vida ao trabalho é sua conformação em um coletivo, principalmente, quando há diálogo, apoio, comprometimento, compartilhamento entre os seus trabalhadores. É também o seu caráter interdisciplinar, sua dinamicidade, politicidade e afetividade. Trabalhar na Rede possibilita integração ensino-serviço, possibilita ser agente de mudanças (na vida do usuário). Os sonhos para a Rede foram dentro do que já é preconizado: uma rede estruturada (com recursos humanos e estruturais suficientes); um fluxo assistencial melhor definido (coletivamente); maior aproximação com a gestão; uma dinâmica de trabalho que se aproxime mais da realidade/território dos usuários, que consiga atuar sobre os determinantes com ações de prevenção em saúde; que os trabalhadores sejam comprometidos, que haja investimento em ações de cuidado à saúde mental do trabalhador, que está vulnerável, requer reconhecimento, suporte e valorização. Os trabalhadores planejaram ações para que alguns desses sonhos possam se tornar inéditos viáveis. Querem aumentar o coletivo envolvido e comprometido com as mudanças na Rede e a aproximação com a gestão. Farão isso melhorando a divulgação dos espaços de encontro que já existem, como Fórum de Saúde Mental, as Reuniões de rede, o Interequipes, e sensibilizado a gestão para que também participe. Compreendem como fundamental a parceria com o Núcleo de Educação Permanente do município, que será mobilizado para ampliar ações, dar suporte à organização das ações de apoio matricial, bem como ampliar e qualificar a interlocução com as instituições de ensino, melhorando a devolutiva destas aos serviços. Essa pesquisa contribui com o registro dos processos vivenciados ao longo da história da Rede estudada, dando visibilidade às suas melhores práticas, suas fortalezas, desafios e, principalmente, seus sujeitos (trabalhadores percebidos como agentes de mudança). Reconheço que a qualificação do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, e por conseguinte, da assistência ao usuário, que dá sentido à ação desses trabalhadores, é um desafio. Envolve múltiplos sujeitos em um processo que necessita ser de comunhão e solidariedade entre os existentes. Não é possível avançar sem políticas públicas que garantam uma assistência digna e de qualidade. Também, não é possível conquistá-las sem que haja um coletivo organizado, consciente de seu compromisso histórico, ético, político, moral e afetivo, que lute pela mudança.

Palavras-chave: Assistência à saúde mental. Serviços de saúde mental. Redes de saúde. Relações interprofissionais. Enfermagem.

ABSTRACT

FEASIBLE UNPRECEDENTED IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK: COLLECTIVE CONSTRUCTIONS IN THE FACE OF ITS WORKERS' APPRECIATION

AUTHOR: Valquíria Toledo Souto, PhD

SUPERVISOR: PhD. Prof. Marlene Gomes Terra

CO-SUPERVISOR: PhD. Prof. Cristiane Trivisiol Arnemann

This research has as a general objective: to analyze how the collective work of workers has driven the construction of unpublished viable, in the perspective of the transformation and consequent qualification of care in the Psychosocial Care Network. It is based on Paulo Freire's theoretical referential, articulating his critical theory to Appreciative Research, through the development of the 4D Cycle (Discovery, Dream, Design and Destiny). Sixteen workers from the Psychosocial Care Network of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil, participated in the research in the period from December 2019 to July 2020. Data production occurred through semi-structured interviews and focus groups, in person and remotely. Data analysis was performed through coding, categorization, and identification of themes, following steps described by Green, Sampieri, Colado, and Lucio. The ethical aspects of the research were respected, being approved by the Research Ethics Committee and registered in the Plataforma Brasil. As results, I identified five major themes: what gives life, what worked out, utopias of workers in the Psychosocial Care Network, collectivizing dreams, and the network is us in communion. The results showed that what worked (best practices) was the relationship built with users, collective and multiprofessional work, partnerships with the intersectoral network, the relationship with the Multiprofessional Residency, participation in discussion and management spaces, the work based on the territory, group activities developed with service users, matrix support, social control initiatives, such as the creation of a Mental Health Management Council, and the experience of creating a Harm Reduction School. What gives life to work is its conformation in a collective, especially when there is dialogue, support, commitment, sharing among its workers. It is also its interdisciplinary character, its dynamism, politics and affectivity. Working in the Network enables teaching-service integration, makes it possible to be an agent of change (in the user's life). The dreams for the Network were within what is already recommended: a structured network (with sufficient human and structural resources); a better defined care flow (collectively); closer approach to management; a work dynamic that is closer to the reality/territory of users, which manages to act on the determinants with health prevention actions; that workers are committed, that there is investment in care actions for the mental health of the worker, who is vulnerable, requires recognition, support and appreciation. The workers have planned actions so that some of these dreams can become viable unpublished. They want to increase the collective involved and committed to changes in the Network and approaching management. They will do this by improving the dissemination of meeting spaces that already exist, such as the Mental Health Forum, Network Meetings, Interequipos, and sensitizing management so that they can also participate. The partnership with the Municipality's Permanent Education Center is understood as fundamental, which will be mobilized to expand actions, support the organization of matrix support actions, as well as expand and qualify the dialogue with educational institutions, improving their feedback to the services. This research contributes to the record of the processes experienced throughout the history of the Network studied, giving visibility to its best practices, its strengths, challenges and, especially, its subjects (workers perceived as agents of change). I recognize that the qualification of work in the Psychosocial Care Network, and therefore, of assistance to the user, which gives meaning to the actions of these workers, is a challenge. It involves multiple subjects in a process that needs to be one of communion and solidarity between beings. It is not possible to advance without public policies that guarantee dignified and quality care. Also, it is not possible to conquer them without an organized collective, aware of its historical, ethical, political, moral and affective commitment, which fights for change.

Keywords: *Mental Health Assistance; Mental Health Services; Health networks; Interprofessional Relations; Nursing.*

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - O ciclo DSDP para a pesquisa apreciativa com trabalhadores da RAPS	55
FIGURA 2 - Ilustração com resultados prévios da Fase Descoberta validada com os participantes	57
FIGURA 3 - Ilustração com resultados prévios da Fase Sonho validada com os participantes	59
FIGURA 4 - Ilustração com resultados prévios da Fase Planejamento validada com os participantes	60
FIGURA 5 - Ilustração com matriz de Planejamento apresentada aos participantes	61
FIGURA 6 - Trabalhadores que participaram de cada fase da pesquisa.....	62
FIGURA 7 - Exemplo de Codificação com segmento, código de definição	63
FIGURA 8 - Exemplo da organização do processo de análise, de acordo com códigos, macrocódigos, categorias e temas por fase do estudo	65
FIGURA 9 - Apreciação de trabalhadores sobre a RAPS de Santa Maria, RS	70
FIGURA 10 - Temas, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Descoberta	71
FIGURA 11 - Temas, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Sonho	87
FIGURA 12 - Temas, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Planejamento	94
FIGURA 13 - Temas, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Destino	98

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COMIC	Comissão de Iniciação Científica
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRR	Centro Regional de Referência
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSPD	Descoberta, Sonho, Planejamento, Destino
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAP	Gabinete de Apoio a Projetos
GD	Grupo de discussão
GP-FORESM	Grupo de Pesquisa Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pesquisa Appreciativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental

PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de danos
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidades de Acolhimento
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	143
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .	144
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	145
APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	147
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	148
ANEXO B – APROVAÇÃO DE EMENDA AO CEP.....	151

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1.1	APROXIMAÇÕES QUE JUSTIFICAM O OBJETO DE ESTUDO	24
1.2	OBJETIVOS	27
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	28
2.1	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO MANICÔMIO AO TERRITÓRIO	28
2.2	TRABALHO EM REDES E PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E APS.....	31
2.3	TRABALHO INTERPROFISSIONAL E OS DESAFIOS DE PRODUZIR PRÁTICAS COLABORATIVAS DE CUIDADO.....	35
3	REFERENCIAL TEÓRICO	39
3.1	PAULO FREIRE: UMA TEORIA CRÍTICA PARA DIALOGAR COM O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL.....	39
3.1.1	Ação-reflexão-ação/ Práxis	40
3.1.2	Alienação e Conscientização	41
3.1.3	Diálogo e Dialogicidade.....	42
3.1.4	Educação bancária e Educação problematizadora	43
3.1.5	Situações-limite, atos-limite e o inédito viável	43
3.1.6	Esperança/ Desesperança.....	44
3.1.7	Sonho e Utopia	45
4	CAMINHO METODOLÓGICO	47
4.1	TIPO DE ESTUDO	47
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	49
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
4.4	PRODUÇÃO DOS DADOS	51
4.4.1	Aproximação e ambientação.....	51
4.4.2	Estratégia de produção de dados para a PA	53
4.4.1.1	O Ciclo DSPD nessa pesquisa	55
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	62
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	66
5	RESULTADOS	68
5.1	FASE DESCOBERTA	70
5.1.1	O que deu certo no trabalho na RAPS	70
5.1.1.1	Melhores práticas desenvolvidas pelos trabalhadores na RAPS	70
5.1.2	O que dá vida ao trabalho na RAPS	79
5.1.2.1	Características do trabalho na RAPS.....	81

5.1.2.2	Possibilidades do trabalho na RAPS	84
5.2	FASE SONHO.....	85
5.2.1	Utopias de trabalhadores da RAPS	86
5.2.1.1	Sonhos para a RAPS.....	86
5.2.1.2	Sonhos para os trabalhadores	90
5.3	FASE PLANEJAMENTO.....	92
5.3.1	Coletivizando sonhos	93
5.3.1.1	Definindo os Sonhos possíveis.....	94
5.3.1.2	Co-construindo a RAPS ideal.....	95
5.4	FASE DESTINO	97
5.4.1	A Rede somos Nós em comunhão.....	97
5.4.1.1	Unir os pares e comprometer a Gestão.....	99
5.4.1.2	Mobilizar a atuação do NEPeS.....	100
6	DISCUSSÃO	103
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
	REFERÊNCIAS	125

APRESENTAÇÃO

A fim de apresentar ao leitor o lugar de onde falo, considero importante pontuar que esta tese foi escrita por uma mulher, enfermeira, residente especialista em saúde mental, mestra e doutoranda em enfermagem.

Em minha trajetória acadêmica e profissional, detalhada no subcapítulo “1.1 Aproximações que justificam o objeto de estudo” (p. 23), vivenciei diferentes contextos de atenção, ensino, pesquisa, gestão na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Andarilhar pela RAPS e pelas redes possíveis que cotidianamente se formam para produzir saúde, fizeram com que eu me voltasse agora aos trabalhadores e as suas possibilidades de “ser mais” com a Rede.

“Ser mais” é vocação ontológica de mulheres e homens. Significa transcender a nós mesmos pela busca incessante e progressiva de ultrapassar as barreiras que acanham nosso potencial enquanto seres históricos, inacabados e em busca de sermos mais livres, felizes e, portanto, mais humanizados (FREIRE, 1987).

Os estudos que desenvolvemos em nossa linha de pesquisa em saúde mental até agora voltavam-se para compreender as percepções de usuários, familiares, trabalhadores sobre o cuidado e seus dispositivos em diferentes contextos e cenários, simbolizando, na maioria das vezes, a denúncia de condições desumanizantes que permeiam o trabalho na RAPS. Busco com essa pesquisa ir um pouco além, ao apresentar, de forma esperançosa, também o anúncio do que podemos viver.

Está claro que, quando fundamentado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e em dispositivos como vínculo, escuta, acolhimento, gestão compartilhada, clínica ampliada, matriciamento e na defesa dos ideais de cidadania e direitos humanos, o cuidado em saúde mental é mais potente. Penso que para contrapor situações que reforçam o modelo manicomial é fundamental que haja articulação entre os trabalhadores por meio do diálogo, da reflexão e da ação voltada a um projeto de mundo, uma utopia de humanização do cuidado, e que esta possa ser sustentada por práticas com ela coerentes.

Frente a isso, desenvolvi esta pesquisa fundamentada no referencial teórico de Paulo Freire, articulando sua teoria crítica à Pesquisa Apreciativa, por meio do desenvolvimento do Ciclo DSPD (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino). Apresento como objetivo geral: analisar de que forma o trabalho coletivo de trabalhadores tem impulsionado a construção de inéditos viáveis, na perspectiva da transformação e consequente qualificação do cuidado na Rede

de Atenção Psicossocial. Para descrever como atendi a esse objetivo, organizei esse relatório de tese em sete capítulos:

No **primeiro capítulo**, apresento **Considerações iniciais** com apresentação de conceitos importantes como os de ação-reflexão-ação/práxis, alienação, conscientização, diálogo, dialogicidade, educação bancária, educação problematizadora, situações-limite, atos-limite, inédito viável, esperança, desesperança, sonho, utopia, e uma descrição breve do contexto em que se insere o tema. Além disso, descrevo a tese desenvolvida, o objeto e a questão de pesquisa, bem como as vivências em pesquisa, assistência e extensão que motivaram a delimitação do objeto de estudo, sua justificativa e relevância. Ao final desse capítulo estão descritos os objetivos geral e específicos.

No **segundo capítulo**, apresento a **Revisão de Literatura**, em que descrevo os elementos teóricos necessários à contextualização do objeto de pesquisa, a partir dos seguintes tópicos: O trabalho em saúde mental: do manicômio ao território? O trabalho em redes e perspectivas de integração entre saúde mental e APS; O trabalho interprofissional e os desafios de produzir práticas coletivas e colaborativas de cuidado.

No **terceiro capítulo**, apresento o **Referencial teórico**, cuja base é a teoria crítica do educador e filósofo brasileiro Paulo Freire. Trago um breve histórico de sua vida e obra, influências, principais ideias e conceitos relevantes para este estudo.

No **quarto capítulo**, apresento o **Caminho Metodológico**, onde descrevo a Pesquisa apreciativa, suas características, princípios, a pertinência e aplicabilidade a este estudo. Também apresento o cenário, definição dos participantes, como ocorreu a produção dos dados, a implementação do ciclo DSPD em seu passo-a-passo, o processo de análise e os aspectos éticos da pesquisa.

No **quinto capítulo**, apresento os **Resultados**, que estão dispostos em cinco temas e suas categorias: Tema 1: O que deu certo no trabalho na RAPS (melhores práticas); Tema 2: O que dá vida ao trabalho na RAPS (características e possibilidades no trabalho na RAPS); Tema 3: Utopias de trabalhadores da RAPS (para a RAPS e para os trabalhadores); Tema 4: Coletivizando sonhos (sonhos possíveis, co-construindo o ideal); e Tema 5: A Rede somos Nós em comunhão (mobilizar a atuação do NEPeS, unir os pares e comprometer a gestão). Tais temas estão vinculados às fases da pesquisa (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino), que são descritas de forma sequencial, sendo apresentadas por meio dos depoimentos dos participantes.

No sexto capítulo, apresento a **Discussão** de temas identificados, sua interpretação sob a perspectiva do referencial teórico de Paulo Freire e da literatura científica das áreas da Saúde mental e Coletiva.

No último capítulo apresento as **Considerações Finais**, que retoma os principais achados e conclusões provenientes de sua análise com a literatura, considerações sobre as potencialidades do método e do referencial teórico utilizado, bem como implicações para o ensino, assistência e sugestões para o desenvolvimento de novas pesquisas.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro se baseia no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos (FREIRE, 2013, p.18).

Cada época histórica é constituída por determinados valores, formas de ser ou comportar-se. São concepções que envolvem e são envolvidas pelos homens, que fazem a sociedade estar em constante mudança (FREIRE, 2013a). No campo da saúde mental, os processos de reconstrução de modelos de assistência em saúde foram impulsionados por trabalhadores e movimentos sociais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Ao buscarem a superação dos paradigmas biomédico e manicomial, esses sujeitos trouxeram avanços à concepção de saúde e cuidado, comprometendo-nos a reconhecer a atenção em saúde mental como uma prática social, que requer atitudes éticas, humanas e voltadas à integralidade.

A palavra ‘integralidade’ vem sendo a tônica da prestação dos serviços de saúde, que a concebem como objetivo a ser alcançado na produção de outros modos de cuidar (CARNUT, 2017). É parte de um contexto em que se compreende que as demandas no trabalho em saúde transcendem os fazeres individualizados de cada profissão, por isso, exigem, cada vez mais, um trabalho colaborativo e interdisciplinar (KHALILI; HALL; DELUCA, 2014; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018). Sob esta perspectiva, compreendo a integralidade como uma possibilidade mediada pelo potencial das relações dialógicas entre os trabalhadores ao articularem-se em redes de produção do cuidado.

Redes são fluxos de conexão, ou modos de funcionamento, que operam na saúde por força da ação dos trabalhadores. É um conceito que está fundado na ideia de que todos são protagonistas no processo de cuidado, e assim, os movimentos são partilhados e articulados entre si (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa interdependente, que permitem ofertar um cuidado contínuo e integral a uma população específica. Este cuidado que é coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS), deve ser prestado no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica pela população atendida (MENDES, 2010, 2011). Desse modo, as Redes são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010, 2011).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei 8.080/90 já propunha a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, orientadas pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica brasileira, por sua vez, vem defendendo a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de atenção em saúde mental, com foco na atenção comunitária (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

A regulamentação dessa perspectiva de atenção em saúde por meio de redes de produção de cuidado foi instituída na saúde mental por meio da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011). Considerada como ação prioritária da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a RAPS segue a premissa de atender às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, visando ampliar e promover seu acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Considero oportuno destacar que as mudanças realizadas na RAPS através da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017), representam um retrocesso no cuidado em saúde mental. Concordo com Botega (2020) ao referir que esses retrocessos são representados pelo subfinanciamento dos serviços substitutivos, fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos por meio da ampliação de leitos especializados e legitimação das comunidades terapêuticas.

Como um dos componentes da RAPS, a APS¹ é fundamental na inversão do modelo assistencial e contraponto à criação de espaços historicamente percebidos como produtores de violência, a partir do estabelecimento de um trabalho integrado com os serviços de atenção psicossocial. O compartilhamento de responsabilidades facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade da assistência, além de propiciar um uso mais eficiente dos recursos e aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais (MINOZZO; COSTA, 2013; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Experiências já consolidadas demonstram que a integração entre os trabalhadores da saúde mental e da APS melhora a efetividade da atuação das equipes de APS a essas demandas

¹ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes. A APS é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Sendo considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017a).

(BRASIL, 2006). Segundo dados de prevalência adotados pelo Ministério da Saúde (MS), cerca de 12 a 15% da população geral do país, em todas as faixas etárias, apresentam transtornos mentais leves que poderiam ser atendidos na APS (BRASIL, 2006).

Contudo, no cotidiano dos serviços, apesar dos avanços no âmbito das políticas públicas no SUS, especialmente com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF)², de Núcleos Ampliados de Saúde da Família³(NASF) e dos serviços substitutivos de atenção psicossocial, ainda é possível observar dificuldades de integração, o que limita a consolidação desse modelo de redes no âmbito da saúde mental.

Em um estudo de revisão acerca das dificuldades encontradas no trabalho na RAPS⁴, identifiquei que estas perpassam por questões como: pouco esclarecimento acerca do papel de cada um na rede; fragilidade na comunicação e continuidade do cuidado; carência de formação permanente para os trabalhadores da APS que se sentem inseguros e despreparados para atender as demandas de saúde mental; falta de mapeamento de usuários de saúde mental no território; falta de recursos humanos e materiais; ausência de protocolos e fluxogramas que regulem encaminhamentos; pouca adesão aos sistemas de referência e contrarreferência quando existentes; e persistência em práticas centradas na medicalização (DOBIES; FIORONI, 2010; MORAIS; TANAKA, 2012; SILVA, 2012; ANTONACCI et al., 2013; MINOZZO; COSTA, 2013; CORTES et al., 2014; MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014; PIRES et al., 2016; VARELA et al., 2016; BARBOSA et al., 2017; CIRILO NETO; DIMENSTEIN, 2017; ESLABÃO et al, 2017; OLIVEIRA et al., 2017).

Esse cenário interfere diretamente nos objetivos primários dos serviços das RAPS (a própria produção de saúde), assim como, aqueles ligados à sua função de assegurar sobrevivência e realização profissional aos seus trabalhadores (CAMPOS, 1998). Isso significa que para avançarmos é preciso refletir criticamente sobre essas dificuldades vivenciadas, as situações limites que nos paralisam, mas também sobre os sonhos que nos movem. Vejo uma possibilidade de salto qualitativo nesse cenário se conseguirmos fortalecer as melhores práticas que ocorrem ou já ocorreram na perspectiva do trabalho coletivo na RAPS.

²Estratégia de Saúde da Família (ESF) refere-se a estratégia do Ministério da Saúde para organizar a APS, regulamentada pela Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011a).

³Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) refere-se a serviços criados mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cujo objetivo é atuar em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios (BRASIL, 2010)

⁴Este estudo de revisão integrativa foi realizado em agosto de 2018, nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE.

O trabalho coletivo requer colaboração interprofissional ou prática interprofissional colaborativa, um dos principais métodos para melhorar os resultados das práticas de saúde em todo o mundo, especialmente, porque contribui positivamente para a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho em equipe (DOW et al., 2017). Ainda, ao ampliar a resolutividade desse trabalho em equipe, pode viabilizar o enfrentamento ao modelo de atenção em saúde hegemônico (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Compreendo que um trabalho coletivo ocorre à medida que se reconhecem as parcerias. Parceria não se prescreve ou indica, mas se constrói por meio de encontros, do compartilhamento de problemas, soluções e responsabilidades. O desenvolvimento da habilidade para parcerias carece, antes de tudo, da construção de espaços de confiança e diálogo (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014).

As inquietações que motivaram a realização desse estudo diziam respeito ao universo de possibilidades que relações dialógicas entre os trabalhadores da RAPS, impulsionadas pela participação na pesquisa, podiam desencadear.

Foi um convite aos trabalhadores a perceberem o inédito viável na RAPS. Inédito viável é um conceito chave nas obras de Paulo Freire. É algo que era inédito, ainda não claramente conhecido e vivido, mas quando se torna um ‘percebido destacado’ pelos que pensam utopicamente, não é mais um sonho, ele pode se tornar realidade (FREIRE, A. 2014, p. 225). O termo inédito viável traduz o poder de coletivos transformarem a realidade, a partir de sonhos, esperanças e, principalmente, por meio da práxis. À medida que algo inédito, ainda não conhecido e vivido, é desvelado como possibilidade valorosa de futuro, transforma-se em sonho que, por meio da ação-reflexão-ação, pode se tornar realidade (PARO; VENTURA; SILVA, 2019).

Entendo que seria necessário que os envolvidos nesse processo estivessem conscientes da realidade na qual se inserem, refletissem sobre os limites que cercam suas práticas, bem como os avanços que são possíveis diante do cenário de dificuldades e potencialidades que se tem.

Em relação as tendências investigativas relacionadas ao tema da RAPS no âmbito dos estudos da Pós-Graduação em Enfermagem brasileira, realizei um estudo de revisão a partir de teses e dissertações incluídas no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES). Este estudo mostrou que inicialmente o interesse acadêmico estava mais voltado para a compreensão sobre os modos de funcionamento dos novos dispositivos de saúde mental, como o apoio matricial, a terapia comunitária e os

CAPS. Os estudos entre 2008 e 2010, embora não homoganeamente, passaram a ter como foco as iniciativas de ações de saúde mental na atenção primária, avaliando expectativas e experiências tanto de usuários, quanto de trabalhadores dos serviços. Observei, também, posteriormente uma tendência ao desenvolvimento de estudos de avaliação dos processos de trabalho na rede, com metodologias propositivas de intervenção nesses cenários, seja pela construção de protocolos, seja pela proposta de educação permanente, o que vai ao encontro do proposto nessa pesquisa.

O momento histórico atual denota preocupação diante de discursos e ações conservadoras que são ameaças à visão progressista e desinstitucionalizante apoiada pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, bem como desconfiguram a RAPS. O cenário político tende a valorizar interesses contrários aos ideais democráticos de respeito à cidadania, de valorização dos serviços públicos e seus atores.

Essas ameaças podem ser percebidas através da publicação de alguns documentos oficiais, cito aqui alguns exemplos tendo como base a cronologia elaborada por Pinho (2019):

- 2017 - publicações da Portaria Interministerial nº 2 que reconfigura as políticas de drogas permitindo o financiamento e ampliação das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2017b);
- 2018 – publicações da Portaria Nº 3.659 que suspendeu o repasse de recursos financeiros mensais aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, tendo como justificativa a falta de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2018);
- 2020 – publicações da Nota Técnica Nº 3/2020 que extinguiu o NASF, ficando a cargo do gestor municipal a organização das equipes na Atenção Básica (BRASIL, 2020). Esta Nota Técnica foi complementar à instituição do Programa Previne Brasil que altera o financiamento da APS para pagamento por desempenho (BRASIL, 2019);

Entre os retrocessos mais recentes, é possível destacar a publicação da Portaria Nº 596, de 22 de março de 2022, que revogou o Programa de Desinstitucionalização e seu incentivo financeiro de custeio mensal e o Edital Nº 03/2022 que destina financiamento para projetos de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2022a, 2022b).

Diante do apresentado, esta pesquisa possibilitou evidenciar os avanços que já foram construídos, valorizar os espaços de produção do cuidado em cada serviço de saúde mental ou da APS, elaborar estratégias para a formação de parcerias exitosas, revitalizar os sonhos que

movem os trabalhadores engajados na luta por um modelo de atenção em saúde mental público que dá certo.

Com base nesta construção teórica, sustento a seguinte **Tese**: *O trabalho coletivo e mobilizado por um processo dialógico-reflexivo de trabalhadores favorece e impulsiona a criação e consolidação de inéditos viáveis, na perspectiva da transformação e consequente qualificação do cuidado na RAPS.*

Acredito que a realização dessa pesquisa possibilitou apreender mais elementos da experiência dos trabalhadores em cada serviço, para que, a partir de um processo dialógico-reflexivo, vislumbrassem possibilidades de qualificar o trabalho na RAPS. Assim, delimito como **objeto de estudo**: Trabalho coletivo como potência de produção de inéditos viáveis na perspectiva da [transformação e consequente] qualificação do cuidado na RAPS. E, como **questão de pesquisa**: Como o trabalho coletivo pode favorecer a produção do inédito viável na RAPS?

Para responder tal questão utilizei uma Pesquisa Apreciativa que, segundo Arnemann et al. (2018a), é um método inovador na área da saúde que possibilita instigar transformações no cenário de pesquisa de maneira colaborativa entre os sujeitos envolvidos. Aliada a tal metodologia utilizamos o referencial teórico de Paulo Freire, que inspirou a olhar para o objeto de estudo de forma crítica, inquieta e, ao mesmo tempo, esperançosa (FREIRE, 1987).

Com uma leitura apreciativa do mundo, propus aos trabalhadores da RAPS um convite a sonharem e construir juntos o inédito viável (aquilo que ainda não é, mas pode ser) no trabalho na RAPS.

1.1 APROXIMAÇÕES QUE JUSTIFICAM O OBJETO DE ESTUDO

Como ser inacabado, o ser humano está sempre em movimento, em busca de crescimento, autorrealização e evolução (FREIRE, 2013a). Essa concepção freireana traduz o processo pessoal vivido até aqui e que me aproxima do estudo proposto. Tenho uma trajetória rica de significados que me despertaram um compromisso com a saúde mental, especialmente com a RAPS de Santa Maria, RS, Brasil.

O interesse pela área da saúde mental e os diversos dispositivos que permeiam esse cuidado em construção está relacionado com a minha formação acadêmica, e iniciou durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com a inserção em atividades de ensino, pesquisa e extensão vinculadas ao Grupo de Pesquisa

Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde (GP-FORESM), na linha de Saúde Mental e Substâncias Psicoativas. Durante a graduação exerci atividades como bolsista assistencial em uma unidade de internação psicossocial, vivências que permitiram uma maior aproximação com as subjetividades dos sujeitos que compõem e movimentam a RAPS. A essa experiência somou-se o desenvolvimento de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação (TCC), acerca da perspectiva de familiares de pacientes internados na unidade de atenção psicossocial sobre o cuidado da equipe de enfermagem. Nessa pesquisa, identifiquei que os trabalhadores tinham suas práticas burocratizadas, fortemente atreladas às normas e rotinas institucionais e, isso, foi percebido pelos familiares como uma forma de descuido (SOUTO et al., 2015).

Durante a graduação também tive a oportunidade de participar, do Projeto de Extensão da UFSM “Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (CRR/UFSM) (TERRA et al., 2018). Este espaço propiciou-me ser monitora acompanhando os cursos ofertados com a Formação de profissionais do setor da saúde, educação e segurança, que atuam na RAPS. A participação nos cursos promovidos pelo CRR permitiu ampliar a compreensão dos reflexos que a história da loucura e da psiquiatria ainda imprimem nas práticas de cuidado dos serviços da rede de saúde, e do quanto é falha a articulação entre os seus trabalhadores. Ainda, possibilitou-me a conhecer como a UFSM, por meio de Projetos e Programas de Extensão vem trabalhando junto à comunidade cumprindo o seu papel como Instituição de Ensino Superior, pública e gratuita.

Nessa trajetória me vejo em um constante movimento de procura, como quem “faz e refaz constantemente o seu saber” (FREIRE, 1981, p.47). Assim, diante do interesse em produzir conhecimento em enfermagem em saúde mental, no período de 2013-2014 tive a oportunidade de realizar o Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf/UFSM), desenvolvendo a Dissertação intitulada “Autoimagem, repercussões sociais e pontos de apoio para usuários de substâncias psicoativas” (SOUTO, 2015). Essa teve como objetivo geral conhecer como os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas percebem a sua imagem corporal e analisar as repercussões sociais e os pontos de apoio identificados pelos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas. Os resultados dessa pesquisa mostraram a experiência de pessoas com uma história de vida atravessada por sentimentos negativos de si mesmos, que diante das desarticulações familiares e sociais percebem o CAPS como o único lugar de apoio,

evidenciando a fragilidade na oferta de cuidado em dispositivos extra-hospitalares (SOUTO et al., 2019).

Após concluir o Curso de Mestrado desejei continuar nessa trajetória de formação. Para isso, decidi fazer parte do cotidiano dos serviços, conhecer e vivenciar os (re)arranjos possíveis na produção do cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, no ano de 2015, ingressei como discente na Residência Multiprofissional em Saúde – Área de concentração em Saúde Mental da UFSM (RMS/UFSM). Da RMS veio a compreensão de que apenas a implantação de novos serviços de saúde mental não basta para a superação do paradigma manicomial. Cada vez mais, se faz necessário a reorganização tanto dos serviços da rede especializada, quanto dos serviços da APS, para trabalharem coletivamente.

Também, durante a RMS, tive a oportunidade de atuar no projeto de Planificação da APS, para a reorganização dos processos de trabalho dos municípios que compõem as regiões Entre Rios e Verdes Campos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS/RS). Minha participação como facilitadora da aprendizagem na Planificação permitiu a aproximação com a realidade do trabalho na APS e a corroborar a percepção de que esses trabalhadores são importantes agentes de mudança na reorganização do modelo assistencial. Porém, “a mudança não é trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem” (FREIRE, 2013a, p.28).

Na RMS desenvolvi o Trabalho de Conclusão intitulado Práticas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS Ad): desafios para a (re)inserção social. Este estudo mostrou que os usuários entendem que a reinserção somente ocorrerá quando se mantiverem abstinentes. A dificuldade de atendimento a essa “expectativa social” é potencializada pela carência de uma rede de apoio fora do CAPS Ad, situação que retroalimenta a manutenção do uso de álcool e outras drogas.

Após a conclusão da RMS, em 2017, ingressei no Curso de Doutorado do PPGEnf/UFSM. Percebi que as inquietações sobre os rumos da Política de saúde mental estavam (e se mantêm) efervescendo. E, também havia um cenário de avanço de políticas públicas ameaçadas pelas dificuldades para se legitimarem no cotidiano da prática. No contexto local, a realidade que eu conheci, seja como residente, seja como trabalhadora da rede (em 2018, como enfermeira assistencial de uma unidade de psiquiatria) foi a de precarização de recursos, de trabalhadores desmotivados e adoecidos, de descontinuidade de boas ações, carência de apoio, quase ausência de amorosidade.

Ainda nesse percurso, acrescento a vivência como Tutora de Núcleo e Campo no Programa de RMS na área de saúde mental na UFSM, atividade que exerci como alguém que aprende ao ensinar, de setembro do ano de 2018 até fevereiro de 2020. A tutoria é uma atividade de orientação acadêmica de residentes e preceptores, onde desenvolve-se os conteúdos necessários ao núcleo específico profissional (tutoria de núcleo), que realizei com enfermeiros e preceptores de enfermagem inseridos na RAPS, e atividades de conhecimento transversal às áreas profissionais que fazem parte do Programa (tutoria de campo), ambas buscando desenvolver reflexões e atividades teóricas, teórico-práticas e práticas (BRASIL, 2012a). Atuar como mediadora do processo de ensino-aprendizagem em uma perspectiva interdisciplinar de formação me mantém como ser de esperança.

Nesse cenário, sempre tive comigo a preocupação em intervir de alguma forma, não como alguém que tem algo a colher para analisar ou ensinar, mas, como alguém disposto a construir junto, por meio do diálogo. Atribuo à função de pesquisadora um compromisso ético com a mudança social, e é nesse sentido que realizamos essa pesquisa e defendemos sua **relevância**.

1.2 OBJETIVOS

A produção do conhecimento acerca do objeto requer o exercício da curiosidade, a capacidade crítica de “tomar distância do objeto para observá-lo e delimitá-lo” (FREIRE, 2013, p.83).

Com foco nas experiências de trabalho coletivo que são fortalezas na perspectiva de trabalhadores da RAPS, delimitei como objetivos da pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar de que forma o trabalho coletivo de trabalhadores tem impulsionado a construção de inéditos viáveis, na perspectiva da transformação e consequente qualificação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.

Objetivos específicos:

- Conhecer as melhores práticas dos trabalhadores vinculados à RAPS;
- Apoiar os trabalhadores na visualização de sonhos relativos ao trabalho na RAPS, considerando o cenário de futuro ideal;
- Mobilizar os trabalhadores da RAPS para o planejamento de ações que concretizem os sonhos possíveis no seu cotidiano.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura apresento elementos teóricos necessários à contextualização do objeto de pesquisa, sendo organizado a partir dos seguintes capítulos: O trabalho em saúde mental: do manicômio ao território; O trabalho em redes e perspectivas de integração entre saúde mental e APS; O trabalho interprofissional e os desafios de produzir práticas coletivas de cuidado.

2.1 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO MANICÔMIO AO TERRITÓRIO

Ao longo dos anos, o cuidado em saúde mental esteve atrelado ao tratamento restrito ao interior dos grandes manicômios, com internação prolongada e manutenção da segregação do “doente mental” do espaço familiar e social. Os manicômios, instituições que funcionavam como barreiras à relação social com o mundo externo, eram território de abandono, de maus-tratos, de controle e mortificação da subjetividade das pessoas. O foco de atenção não era a pessoa, mas a doença (AMARANTE, 2013; GOFFMAN, 1961).

Esse tipo de instituição revelava uma divisão explícita de detenção de poder, entre aqueles que dominam e os dominados. A violência e a exclusão como características mantenedoras dessa base de opressão, começaram a ser denunciadas com maior visibilidade no Brasil a partir da década de 70, sob influência de outros movimentos mundiais, especialmente na Itália (Psiquiatria Democrática), Inglaterra (Comunidade Terapêutica), França (Psiquiatria Institucional) e Estados Unidos (Psiquiatria Preventiva), que vinham ocorrendo para denunciar práticas asilares opressoras e que infligiam os direitos humanos dos usuários no campo da saúde mental (ALMEIDA, 2018).

Os movimentos internacionais reverberaram para a formação, em 1978, de um movimento denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM foi formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005).

Sustentando um movimento de base social, que depois ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, o MTSM passou a protagonizar a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em contraponto ao modelo manicomial, a Reforma Psiquiátrica vem para disseminar um modelo de cuidado territorial, onde seja garantida a livre circulação das pessoas pelos serviços de saúde, pela comunidade e pela cidade, com respeito à cidadania e às diferentes expressões da existência humana. Assim, é no final dos anos 80 que surge a perspectiva de criar serviços que deem início a práticas inovadoras no campo da saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

A Reforma Psiquiátrica surge em um contexto muito peculiar e importante da história política do Brasil. Após vinte anos de ditadura militar, o país iniciava um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde universal, gratuito, igualitário e com vistas à integralidade dos sujeitos (FERREIRA et al., 2017).

Nesse período, uma série de movimentos foi crescendo paralelamente à construção do SUS, tendo como marcos importantes: a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), II Encontro Nacional de trabalhadores em Saúde Mental (1987), Declaração de Caracas (1990), IX Conferência Nacional de Saúde (1992), II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) entre outros (AMARANTE, 2013).

Em termos de normativas que inicialmente ampararam a mudança no modelo de atenção, destaco a aprovação de leis estaduais e municipais de Reforma Psiquiátrica em capitais e cidades importantes por todo o país.

A Lei Nº 9.716 aprovada pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, em 30 de julho de 1992, foi a primeira lei de Reforma Psiquiátrica a vigorar no Brasil e a segunda na América Latina, tendo exercido uma influência importante nos processos legislativos transcorridos, posteriormente, em outros estados brasileiros que conseguiram também instituir um marco legal inovador na área da Saúde Mental (ROLIM, 2018).

No âmbito Federal, o destaque é atribuído ao deputado Paulo Delgado (PT/MG), que apresenta na Câmara o projeto de Lei 3.657/89, cuja versão original foi alterada para ser aprovada como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216) apenas em 2001 (ROLIM, 2018).

Outro marco importante das políticas de saúde mental no SUS foi a Portaria/GM Nº 336, de 19/02 de 2002, que regulamenta no âmbito federal os CAPS, em relação à sua organização, ao porte, à especificidade da clientela atendida. Passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPS Ad (álcool e drogas). Os CAPS

surgem nesse processo como serviços substitutivos ao manicômio, com o objetivo de viabilizar a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, disseminando práticas de cuidado no território (BRASIL, 2002).

O termo território adquiriu particular relevância com a Reforma Psiquiátrica e a contraposição entre serviços centrados no hospital psiquiátrico e serviços comunitários (LEÃO; BARROS, 2012). Território é entendido como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares, espaços de produção de saberes, intervenções sociais, políticas e jurídicas em relação ao “louco” e à loucura (SANTOS; NUNES, 2011).

Para potencializar o cuidado na lógica do território também destaco a criação da Portaria Nº 154, de 2008, que estabeleceu a constituição do NASF. O NASF tem como objetivo oferecer apoio especializado às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte, tanto técnico quanto institucional, na APS (BRASIL, 2008).

Nesse contexto histórico, a PNSM busca consolidar o modelo de atenção territorial por meio da criação e organização da RAPS, instituída em 2011 pela Portaria GM/MS Nº 3.088. Sua instituição representou um marco na evolução da atenção em saúde mental, pois trouxe à tona a necessidade de repensar o próprio modelo até então centrado nos cuidados nos CAPS e na internação hospitalar. A RAPS tem como objetivos gerais: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos serviços; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (BRASIL, 2011).

Em relação aos serviços que compõem a RAPS, são descritos nessa Portaria em sete grandes componentes: I - Atenção Primária em Saúde; II - Atenção Psicossocial Estratégica; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e, VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Para Amarante e Nunes (2018) as críticas, que por vezes são necessárias e justas, à condução da política, não invalidam os avanços ocorridos na Reforma Psiquiátrica Brasileira, por exemplo, com a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. A ampliação, até então, do investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, que em 2014 chegou a uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes, com os gastos com atenção psicossocial passando de 24,76%, em 2002, para 79,39%, em 2014 (AMARANTE; NUNES, 2018; BRASIL, 2015a).

Mas, é fundamental destacar que, a partir de 2015, já ocorreram importantes retrocessos nesse cenário, culminando com a promulgação da Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e a Portaria subsequente Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as diretrizes da RAPS, além da “nova” política de drogas, aprovada no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), em 01 de março de 2018, por meio da Resolução 01/2018 (BRASIL, 2018a).

Essas resoluções sinalizam para a precarização dos dispositivos territoriais de cuidado indicando o resgate do modelo manicomial (AMARANTE; NUNES, 2018). Embora se apresentem como “novas” políticas, tais normativas retomam o financiamento dos hospitais psiquiátricos, criam serviços ambulatoriais, e reforçam financiamento às comunidades terapêuticas, apesar de muitas delas terem sido denunciadas como locais de tortura, exploração do trabalho dos usuários e de encarceramento privado (CFP, 2018) É marcante na “nova” RAPS a retirada da sua ênfase na perspectiva de reabilitação e reinserção social, assim como na “nova” política de drogas a desconsideração à perspectiva de redução de danos (DUARTE, 2018).

Do modelo manicomial centrado na doença, ao modelo territorial centrado nos sujeitos, ainda há muito que resistirmos e avançarmos. Na prática, vivemos diante da coexistência de dois modelos assistenciais no campo da saúde mental e drogas, o manicomial-proibicionista e o psicossocial-redução de danos. Com a Reforma Psiquiátrica fragilizada e uma tendência a acirramentos políticos, econômicos e éticos no campo do trabalho em saúde mental, reitera-se a importância da articulação e a aposta na rede potente, criativa e viva entre seus trabalhadores, usuários e familiares, alicerçados pelos princípios da luta antimanicomial e antiproibicionista, e na defesa do SUS (DUARTE, 2018).

Nesse aspecto, cuidar em saúde mental a partir de uma lógica que se afaste do manicômio e se aproxime do território, significa também pensar em uma rede que ultrapasse as paredes dos serviços. Isto é, criando meios para desinstitucionalizar o cuidado às pessoas, reconhecendo suas singularidades, complexidades e considerando que cada sujeito possui um território, carregado de história, relações sociais e formas de organização (SILVA; PINHO, 2015). Por tanto, “trabalhar com o território é apostar na criação de alternativas de cuidado” (SILVA; PINHO, 2015, p. 423).

2.2 O TRABALHO EM REDES E PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E APS

O conceito de rede e seus alcances na área da saúde têm sido explorados por diferentes autores, referindo-se geralmente a uma compreensão acerca da organização dos serviços de saúde e suas relações (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008; MENDES, 2011), ou a articulações de pessoas ou ações em saúde (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008; FRANCO, 2015). No âmbito da micropolítica, uma rede se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Estas redes são ativadas e mantidas pelos trabalhadores (FRANCO, 2015).

No Brasil, um primeiro movimento importante para a formalização de redes se deu com a descentralização da saúde, a qual possibilitou maior aplicabilidade das ações locais, favorecendo o surgimento de experiências exitosas nos vários setores da saúde e nos seus diversos níveis de atenção (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006).

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS. Entre as características das RAS define-se: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

Considerando o exposto, ponto que a noção de redes abordada neste estudo será discutida de maneira mais ampla do que a indicada nas portarias da RAS, pois articulam múltiplos e diferentes atores, que integram elementos formais e informais, visíveis e invisíveis, objetivos e subjetivos (MAXIMINO *et al.*, 2017). Contudo, no âmbito das Políticas Públicas de saúde, o conceito adaptado por Eugênio Vilaça Mendes tem forte influência. Segundo o autor, “as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações” (MENDES, 2011, p. 79).

Nesse sentido, é importante dizer que a APS é definida como o nível do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados necessários para os seus problemas de saúde mais prevalentes, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de saúde, tendo como atributos o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação,

e a integralidade (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011). Na construção da atenção integral, a APS deve contribuir para o funcionamento das RAS atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, buscando ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, produzindo intervenções na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Seu papel está em coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)⁵, bem como, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS, assim como de outros dispositivos intersetoriais, comunitárias e sociais (BRASIL, 2013).

A perspectiva de redes no trabalho em saúde mental é anterior à normatização dada pelas Portarias da RAS, uma vez que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira já vinha defendendo a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de atenção em saúde mental (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008). Porém, foi nos anos de 2011 a 2013 que a gestão do MS concentrou seus esforços na implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde, incluindo a RAPS (Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011) (BRASIL, 2014).

Na RAPS, a APS é tida como um ponto de atenção estratégico para o cuidado, pois as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos trabalhadores uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida (BRASIL, 2013). No âmbito da RAPS, a APS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, além de ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2013).

A integração da saúde mental à APS vem acontecendo gradativamente em diversos países, em conformidade com as propostas de fortalecimento da rede de cuidados primários e os preceitos dos movimentos antimanicomiais (MORENO; MORIANA, 2012). No contexto mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende a inclusão da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, particularmente na APS (WHO, 2008). No Brasil, um estudo que analisou as principais portarias e orientações técnicas do MS neste tema também sinaliza que no SUS é reconhecido o papel fundamental da APS na atenção à saúde mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

⁵ Projetos Terapêuticos Singulares são um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva entre equipe-usuário-família (BRASIL, 2007)

Em uma revisão sobre o tema, Patel *et al.* (2010) propõem três justificativas principais para integração da saúde mental à APS: primeiro, a impossibilidade de oferecer especialistas em saúde mental em número suficiente para atender aos casos estimados de transtorno mental, especialmente em países de média e baixa renda. Segundo, neste nível de atenção, há a possibilidade de tratamento integrado, centrado no paciente e efetivo, em que problemas físicos, mentais e psicossomáticos são abordados em conjunto por uma equipe de profissionais treinada para este tipo de atendimento. E, terceiro, os cenários da atenção primária, por seguirem um perfil mais generalista e integrado, são mais atrativos a pacientes e familiares preocupados com o estigma que ainda é associado aos diagnósticos de transtornos mentais e de abuso de substâncias. Ainda, sugerem que a integração pode ser otimizada pelas seguintes estratégias: avaliação de metas, funções e recursos (humanos e financeiros); Identificação de objetivos compartilhados e realizáveis com aplicação dos princípios do cuidado colaborativo; Atribuição de responsabilidades e estabelecimento de um mecanismo de monitoramento (PATEL *et al.*, 2010).

Para possibilitar a integração entre saúde mental e APS é essencial que os trabalhadores da APS tenham suporte (HIRDES; SCARPARO, 2015). Esse suporte foi reforçado na Política Nacional de Atenção Básica com a criação do NASF (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008), dispositivo que tem como objetivo ampliar a qualidade da APS pela ampliação do escopo de ações por meio do compartilhamento de saberes, aumentando a resolubilidade clínica das equipes, e a qualificação das equipes de Saúde da Família para coordenar o cuidado na RAS, incluindo a RAPS (BRASIL, 2012).

O apoio matricial em saúde mental por intermédio dos NASF é o principal mecanismo, melhor fundamentado em portarias, para qualificar a ESF para este atendimento (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, proporcionando suporte técnico especializado por meio da troca saberes, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes e pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Algumas formas de operacionalizar o trabalho em parceria com os profissionais especialistas em saúde mental matriciadores e as equipes de saúde da família matriciadas podem envolver: interconsultas, isto é, atendimento em conjunto de pacientes por profissionais do NASF e da ESF, visitas domiciliares, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos, intervenções em grupos, atividades educativas com a ESF, entre outros, desde que não se

estabeleça uma relação de encaminhamento entre NASF e ESF, e que o NASF não funcione como porta de entrada para os usuários (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Embora o NASF assuma mais diretamente essa função de apoio no contexto atual, entendemos que não deve limitar-se a ele, mas, também uma prerrogativa do trabalho das equipes expertises na área de saúde mental vinculadas a qualquer nível de atenção.

Há ainda que se considerar que no âmbito da RAPS são imprecisos os limites de competência entre a APS e os CAPS, há dificuldade de reconhecimento do papel de cada um. Essa situação acaba levando a uma dupla porta de entrada no sistema (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Assim, considero o entendimento de que, independente de onde o usuário e família acessem, é fundamental que sejam acolhidos, mas, para que a RAPS possa estabelecer-se de forma mais efetiva é imperativo não impormos à APS a função de coadjuvante do processo.

2.3 O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E OS DESAFIOS DE PRODUZIR PRÁTICAS COLETIVAS DE CUIDADO

A história de consolidação do SUS impulsionou o debate sobre as necessidades sociais e de saúde, com relevantes contribuições teóricas em torno da compreensão de trabalho em saúde como sendo eminentemente coletivo (COSTA, 2016). O esgotamento da perspectiva da uniprofissionalidade se tornou mais evidente com os debates sobre a integralidade, em particular com a Reforma Sanitária, que mobilizou fortemente a formação e o trabalho na saúde (FERLA; TOASSI, 2017).

A integralidade em saúde se caracterizaria pela busca, contínua, de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, o que não pode ser feito sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Assim, representa a ampliação do diálogo para a construção de parcerias que tem um objetivo em comum – promover, produzir ou recuperar a saúde. E é nesse contexto que se fazem pertinentes as práticas interdisciplinares e colaborativas de trabalho em saúde (WHO, 2010).

As práticas interprofissionais podem ser entendidas como a noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma

dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012). É importante distinguir do trabalho multiprofissional, que, geralmente, se caracteriza pela justaposição das diferentes disciplinas, com saberes especializados demarcando a atuação de cada profissional, e marcado pela fragmentação do cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A interprofissionalidade ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde (WHO, 2010). A colaboração interprofissional é uma estratégia do trabalho em equipe que ocorre na perspectiva da clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde (ARRUDA; MOREIRA, 2018). Também pode ser definida como uma parceria ativa e contínua entre pessoas de diferentes origens com culturas profissionais distintas e possivelmente representando diferentes organizações ou setores, que trabalham juntos para resolver problemas ou fornecer serviços (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015).

A colaboração interprofissional está relacionada com a colaboração interinstitucional, ou seja, com o trabalho em rede (SILVA *et al.*, 2015). Assim, esse tipo de organização do trabalho deve ser consolidada para melhorar sistemas de saúde fragmentados e com dificuldade em todo o mundo (WHO, 2010).

Segundo a OMS, as equipes de saúde de diferentes núcleos profissionais, que trabalham na perspectiva interprofissional, qualificam os serviços de saúde ofertados aos usuários, ao passo que há compreensão das habilidades dos membros que as compõem, assim como compartilhamento e gerenciamento dos casos. Deste modo, é possível considerar as seguintes potencialidades dessa forma de atuação: a) otimização das práticas e produtividade no ambiente de trabalho; b) melhoria dos resultados obtidos, mediante recuperação e segurança dos pacientes; c) ampliação da confiança dos trabalhadores da saúde; d) melhoria do acesso à assistência de saúde (WHO, 2010).

No entanto, o fato de existirem equipes que reúnem diferentes profissionais no mesmo local de trabalho atendendo os mesmos usuários, não configura automaticamente equipes integradas e colaborativas, sendo este um dos desafios colocados: formar profissionais para dar continuidade à organização de um sistema de saúde apoiado nos princípios da universalidade do atendimento, integralidade da atenção, equidade e participação social (PEDUZZI, 2017).

A colaboração é voluntária e não pode ser introduzida nas práticas de saúde por decreto. Não se ordena a colaborar, por isso, o desafio está em formar profissionais que tenham

competências que possam ser mobilizadas na sua inserção nos serviços, grupos de trabalho e equipes de trabalho, buscando colaboração em aprendizado compartilhado com os demais profissionais, gestores, usuários, famílias e comunidade (PEDUZZI, 2017).

Ainda, é importante estar claro que colaboração interprofissional é essencialmente colaboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto trabalho produzido em equipe (PEDUZZI, 2017). Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (WHO, 2010).

As competências necessárias para o desenvolvimento de práticas colaborativas são descritas em seis domínios: clareza do papel de cada profissional, dinâmica de funcionamento da equipe, comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente/família/comunidade, resolução de conflitos interprofissionais, e liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Para Peduzzi (2017) um dos atributos mais relevantes do trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional é a comunicação. A comunicação efetiva vai permitir que as diversas áreas profissionais envolvidas na atenção à saúde potencializem todo o conhecimento e recursos que trazem para responder às necessidades de saúde colocadas pelos usuários, famílias e comunidade. A disposição para reconhecer o que o colega faz e como isso pode estar conectado com o que eu faço (trabalhando de forma colaborativa), passa pela comunicação (PEDUZZI, 2017).

Como ferramentas que podem materializar a colaboração no trabalho para a atenção integral em saúde mental, destaco as experiências de construção compartilhada por meio de PTS, atividades de apoio matricial, de interconsulta, de visita domiciliar conjunta, de reuniões de equipe, entre outras estratégias construídas no cotidiano dos sistemas de saúde.

As estratégias para viabilizar a colaboração intra e inter-equipes podem ser formais ou informais, institucionalizadas ou não, contanto que efetivem um modo de produzir saúde de forma compartilhada (ARRUDA; MOREIRA, 2018). Um estudo sobre colaboração interprofissional, realizada em um Núcleo de Atenção ao Idoso, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, demonstrou que as trocas informais entre os profissionais ocorrem em diferentes ambientes do cenário de prática e vão além do instituído, ocorrem no espaço onde circulam e se encontram, como no corredor, porta de banheiro, copa, bar. Além disso, há recursos

tecnológicos que facilitam a troca de informação, como *e-mail* e *WhatsApp*. Estes dispositivos colaborativos de comunicação podem ser considerados elementos facilitadores do trabalho compartilhado (ARRUDA; MOREIRA, 2018).

Se pensarmos nos desafios do trabalho no SUS, o trabalho em equipe e a colaboração são pequenos componentes, contudo, com potência para qualificar a atenção à saúde na medida em que permitem avançar na abordagem integral do cuidado, necessário para o perfil de população com aumento da expectativa de vida e de condições crônicas (PEDUZZI, 2017). Apesar dos avanços percebidos, a viabilização da interprofissionalidade ainda se configura como um desafio do setor saúde. Por isso, os processos formativos contínuos, com base na educação interprofissional, constituem ferramentas estratégicas para ajudar a enfrentar tais dificuldades colaborativas (REEVES, 2016; ARAÚJO et al., 2017).

Nesse sentido, o trabalho pautado na colaboração interprofissional (coletivo e em comunhão) me parece uma alternativa para se compreender as formas de comunicação e de interação entre os profissionais, em resposta aos problemas que configuram a complexidade do trabalho em saúde mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As contribuições de estudiosos do campo da Saúde Coletiva e da Saúde mental são valorosas para situar o objeto de estudo delimitado. Lançarei mão dessa literatura a todo o momento para interpretar a realidade investigada. Mas, para além desses estudiosos, assumi neste trabalho um olhar para o objeto a partir da perspectiva crítica do educador e filósofo brasileiro Paulo Freire.

Quando me refiro a essa inspiração não estou dizendo que irei aplicar sua teoria à prática descrita pelos trabalhadores, mas discutir como essa prática poderá me levar, sob tais perspectivas filosóficas, a uma releitura teórica que venha a fortalecer o trabalho na RAPS.

3.1 PAULO FREIRE: UMA TEORIA CRÍTICA PARA DIALOGAR COM O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

O educador e filósofo brasileiro Paulo Reglus Neves Freire nasceu em Recife, Pernambuco, em 19 de setembro de 1921. Formou-se em Direito, mas não exerceu a profissão, e dedicou-se ao ideal da educação e da alfabetização. Trabalhando com educação popular criou os Círculos de Cultura e desenvolveu, em 1962, um método de educação de adultos, com que alfabetizou trezentos trabalhadores rurais em quarenta e cinco dias. Com o golpe militar, em 1964, foi para o exílio, passando por vários países como Bolívia, Chile, Guiné-Bissau, Moçambique, Suíça e Estados Unidos (VALE, 2005).

É reconhecido como um dos maiores intelectuais do século XX, e respeitado mundialmente por seu pensamento que ultrapassa os limites de sua área. Suas obras somam 38 livros, entre os principais estão: *Pedagogia do Oprimido*, *Educação como Prática de Liberdade*, *Cartas à Guiné Bissau*, *A importância do Ato de Ler*, *Pedagogia da esperança*, *Pedagogia da autonomia*, entre outras não menos importantes (VALE, 2005).

A obra de Freire sofreu diferentes influências, como da teologia da libertação, do existencialismo, da fenomenologia, do marxismo e da corrente da educação popular (GADOTTI, 1989). Na tentativa de classificar suas postulações teóricas, estudiosos a definem de diferentes formas: teoria humanista, teoria social crítica, teoria da educação emancipatória, entre outras. Ele preferia dizer que havia elaborado “uma certa compreensão ético-crítico-política da educação” (FREIRE, 2017). Morrow e Torres (2002) asseguram que Freire é difícil de classificar em termos ideológicos. Além disso, ao analisar suas obras, é visível que, ao longo

dos anos, ele passa de posições mais rígidas e estruturalistas (Pedagogia do Oprimido) para posições em transição para o construtivismo (Diálogo, a Natureza Política da Educação), derivando para posições sociais críticas (Pedagogia da Esperança, À sombra desta mangueira) e, para um Freire mais otimista (Pedagogia dos sonhos possíveis) (MORROW; TORRES, 2002).

Independentemente dessas transições, seu trabalho sempre defende a mudança social para equilibrar relações sociais desiguais que favorecem alguns grupos e marginalizam outros. Os impulsionadores dessa mudança são as pessoas imersas na situação de desequilíbrio e os especialistas comprometidos com a justiça social. A maneira de articular a mudança é através de processos de participação democrática, do diálogo, da reflexão e ação transformadora (LALLEMAND, 2010).

Para compreender melhor sua base conceitual e a maneira como essa contribuiu para a interpretação desse estudo, apresento a seguir conceitos-chave/pensamentos/ pressupostos filosóficos que emergem das suas obras:

3.1.1 Ação-reflexão-ação/Práxis

Pode ser compreendido como o movimento do sujeito da teoria para a prática e da sua prática a uma nova teoria, em que teoria e prática se fazem juntas, perpetuam-se na práxis. Para Freire, ao mesmo tempo, o sujeito age, reflete e ao refletir age. Em Pedagogia do Oprimido, Freire define o ser humano como um “ser da práxis”, sendo esta uma de suas condições ontológicas, “os homens são seres do que fazer, é exatamente porque seu fazer é ação e reflexão. É práxis. É transformação do mundo” (FREIRE, 1987, p. 121).

Ação e reflexão são a maneira humana de existir, porém há de se considerar que estão condicionadas pela realidade em que o homem está. Assim como “não há homem sem mundo, nem mundo sem homem, não pode haver reflexão e ação fora da relação homem-realidade” (FREIRE, 2012, p.13). Esta relação homem-realidade, homem-mundo é que provoca a transformação do mundo. É, portanto, por meio de sua experiência nestas relações que o homem desenvolve sua ação-reflexão, como também pode tê-las domesticada (FREIRE, 2013a).

A práxis é sempre uma ação política acerca de determinada situação histórica objetiva, concreta de opressão (MÜHL, 2011). Esta ação e reflexão estão voltadas a um posicionamento humanizador universal, que acontece na pronúncia e transformação do mundo (FORTUNA, 2016). Quando falo em transformação, estou considerando a condição necessária de emancipação e melhoramento de vida dos sujeitos e grupos da sociedade, a busca constante de

ser mais, de evoluir a partir do enfrentamento crítico da realidade e da organização coletiva para as mudanças necessárias.

Mudança e estabilidade resultam ambas da ação, do trabalho que o homem exerce sobre o mundo. Como um ser da práxis, o homem, ao responder aos desafios que partem do mundo, cria seu mundo: o mundo de acontecimentos, de valores, dos sinais, dos significados. “O mundo humano só é porque está sendo; e só está sendo na medida em que se dialetizam a mudança e o estático” (FREIRE, 2013a, p. 47).

3.1.2 Alienação e conscientização

A alienação e as formas de alienação são constantemente evidenciadas nas obras de Paulo Freire, especialmente em *Pedagogia do Oprimido*. É entendida como a perda da condição de sujeito na sociedade. Perda em processos históricos que reduzem as populações a condições de vida desumanas, subordinação, posições de exploração que diminuem a capacidade do homem de ser mais (KIELING, 2017).

Esse conceito seria influenciado pelas ideias marxistas de que a fragmentação do trabalho gera a desunião da classe trabalhadora, uma vez que estes não se identificam entre si (FERNANDES, 2016). Para Freire (2013a, p. 18) a alienação inibe a criatividade, “produz uma timidez, uma insegurança, um medo de correr o risco da aventura de criar”. O homem alienado, inseguro e frustrado, fica mais na forma que no conteúdo, enxerga as coisas mais na superfície que em seu interior (FREIRE, 2013a).

Porém, o homem existe, está inserido no mundo, tem conhecimento de mundo e tem a capacidade de modificá-lo. Esta modificação requer estabelecer uma contínua coexistência com o "viver a realidade" e com o "distanciar-se dela para refleti-la". Este é o processo de conscientização. É a partir desta visão crítica da realidade, que o homem pode modificá-la bem como modificar-se no mundo no qual está inserido (FREIRE, 1980).

Em *Pedagogia como prática da liberdade*, Paulo Freire afirma que “sem esta consciência cada vez mais crítica não será possível ao homem integrar-se à sua sociedade em transição, intensamente cambiante e contraditória” (FREIRE, 1981, p. 56). Descreve que para se chegar a essa consciência crítica é necessário passar por fases/níveis de consciência (não necessariamente sequenciais) que são a intransitividade, transitividade ingênua e transitividade crítica da consciência. Na intransitividade o ser humano possui visão reduzida, está imerso em sua realidade e ainda não tem a capacidade de objetivá-la (BALDO; GARCIA, 2021). Na transitividade ingênua, o ser humano apresenta simplicidade na interpretação dos problemas e

uma tendência a julgar que o tempo melhor foi o tempo passado. Na transitividade crítica tem como principal característica a criticidade na interpretação e na busca de resolução dos problemas (BALDO; GARCIA, 2021). Para Freire (1981), a transitividade crítica é característica dos autênticos regimes democráticos e das formas de vida altamente interrogadoras, inquietas e dialogais, em oposição às formas de vida e regimes autoritários. Defende ainda que a conscientização é um compromisso histórico, é também consciência histórica: é inserção crítica na história, implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo.

3.1.3 Diálogo e dialogicidade

O diálogo é aspecto central da teoria de Paulo Freire. Para esse filósofo o diálogo cria a base para a colaboração. É através do diálogo que os sujeitos transformam o mundo. A Teoria do Conhecimento de Paulo Freire fundamenta-se numa concepção de ser humano inacabado, inconcluso, incompleto, que precisa conhecer para tornar-se sujeito de sua história. Ele precisa do outro para completar-se. Por isso, precisa dialogar (GADOTTI, 2013).

O diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo. Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial” (FREIRE, 1980, p.42).

Para Freire (1987), a existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa. Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar. “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (FREIRE, 1987, p. 78). Nesse sentido, o que fundamenta a proposta antropológica de Freire é o diálogo. Pela dialogicidade, que acontece numa perspectiva de relações horizontalizadas de poder, faz-se possível pensar as estruturas e potencialidades da existência humana inserida em um contexto social.

O desafio freiriano é que construamos novos saberes a partir da adoção de uma postura dialógica, que evidencia a divisão de mundos diferentes a priori, mas que possibilita que compartilhemos o sonho e a esperança de construirmos juntos o nosso “ser mais”. Assim, a proposta de uma educação humanista libertadora em Freire tem no diálogo/dialogicidade uma das categorias centrais de um projeto pedagógico crítico, propositivo e esperançoso em relação ao futuro (ZITKOSKI, 2017).

3.1.4 Educação bancária e educação problematizadora

A educação bancária é como Freire designa a prática pedagógica tradicional, em que ocorre a transmissão de conteúdos ao educando que tem papel de objeto receptor e não um sujeito pensador. É chamada de educação bancária por assemelhar-se às transações financeiras ao acontecer por meio de depósito de conhecimentos em educandos cuja ação é passiva, de memorização, acrítica, desconectada da realidade (MUZZATTO, 2021). A prática da educação bancária é ato de subordinação do educando, ato que reprime sua curiosidade, desestimula a capacidade de desafiar-se, de arriscar-se e o torna, assim, um ser passivo (MUZZATTO, 2021).

É contra esse modelo de educação que Paulo Freire sustenta sua teoria pedagógica. Enquanto a prática bancária implica uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos, a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica um constante ato de desvelamento da realidade. A primeira pretende manter a imersão; a segunda, pelo contrário, busca a emersão das consciências, de que resulte sua inserção crítica na realidade (FREIRE, 1987).

A educação problematizadora traz implícita a proposta de educar para a autonomia, para a emancipação trazendo como base a conjuntura da luta contra a opressão e a dominação, sendo e fazendo-se sujeitos da história, comprometidos com a sociedade a que pertencem e, naturalmente, tendo uma postura condizente (MUZZATTO, 2021).

3.1.5 Situações-limite, atos-limite e o inédito viável

Situações-limites podem ser compreendidas como barreiras e obstáculos que precisam ser vencidos nas vidas pessoais e sociais de mulheres e homens. Essas situações se apresentam como se fossem determinantes históricos, para os quais só há a alternativa da adaptação (FREIRE, A. 2014). Porém, as situações-limites não são a fronteira entre o ser e o nada. Considera-se como situações-limite a fronteira entre o ser e o ser mais (FREIRE, 1987).

À medida que buscam superar os obstáculos, em lugar de aceitá-los passivamente, os sujeitos realizam atos-limites, podendo criar inéditos viáveis (possibilidades), que se encontram na situação-limite, mas não são percebidos por eles quando não empregam a crítica (OSOWSKI, 2017). Assim, a superação das situações-limite ocorre por meio de atos-limite, que são compreendidos como respostas necessárias que se dirigem à superação e à negação do dado com uma postura decidida frente ao mundo (FREIRE, A. 2014). Na percepção crítica da situação-limite, rumo ao ato-limite, estaria implícito o inédito viável, como algo a que se direcionará a ação. Com base nesse processo, torna-se possível a criação de novas percepções

da realidade, as quais permitem a identificação de ações possíveis, que antes não eram vislumbradas como soluções (PARO; VENTURA; SILVA, 2019).

A construção do inédito viável envolve o processo de codificação e descodificação da realidade, ou seja, codifica-se uma situação existencial concreta para, a partir daí, investir no processo de descodificação, que permitirá a análise crítica desta situação codificada. Isto implica um movimento do abstrato até o concreto, numa ida das partes ao todo e numa volta deste às partes (PARO; VENTURA; SILVA, 2019).

Os inéditos viáveis são sonhos possíveis e, sobretudo, coletivos, fundamentados em ideais democráticos e na busca por “ser mais” (SOUZA; CARVALHO, 2018). O inédito-viável é na realidade uma coisa que era inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas quando se torna aparente/percebido pelos que pensam utopicamente, o problema não é mais um sonho, pode se tornar realidade (FREIRE, A. 2014). É uma palavra epistemologicamente empregada por Freire para expressar, com enorme carga afetiva, cognitiva, política, epistemológica, ética e ontológica, os projetos e os atos das possibilidades humanas (FREIRE, A. 2014).

3.1.6 Esperança/Desesperança

A esperança é uma categoria central na obra de Freire, ligada a outros conceitos como utopia, inédito viável ou sonho possível. Ele integra a esperança não apenas em seus escritos pedagógicos, mas faz parte de seu estar no mundo e alimenta sua busca e lutas (STRECK, 2017). A esperança representa um imperativo existencial básico, um ingrediente fundamental para o desenvolvimento da vida em sociedade. Para Freire, é na liberdade da vida em comunidade que a esperança se torna viável e a mudança, possível. Esperança não se confunde com alienação, mas tem um ingrediente de utopia e de sonho que motiva a caminhada. Esperança também não se confunde com fatalismo; está muito mais para leitura de mundo e significação da história e do futuro. Constitui-se como primeiro passo, pois “enquanto necessidade ontológica a esperança precisa de prática para tornar-se concretude histórica” (FREIRE, 2011, p11).

Não há esperança na "espera pura", isto é, na imobilidade e na paralisia. Se o objetivo é criar um amanhã diferente, sua construção tem que começar hoje. Da mesma forma, nem toda esperança é igualmente geradora de uma realidade diferente. A crítica é o seu elemento purificador (STRECK, 2017). Para Freire, a esperança crítica é tão necessária para os humanos quanto a água descontaminada para a vida dos peixes (FREIRE, 1987).

Por sua vez, a desesperança é a esperança que se perdeu. O papel do educador é cuidar para que a esperança não se desvie e não se perca, caindo na desesperança ou no desespero. A esperança baseada na ação impede tanto a acomodação pragmática à realidade quanto a fuga a idealismos incapazes de interferir na história (STRECK, 2017). Em *Pedagogia da Esperança*, Freire (2011) sinaliza que a desesperança fomenta o fatalismo e o imobilismo, que podem ser muito úteis aos grupos de dominação.

Nessa perspectiva, entendo que a esperança, ancorada a uma prática inquieta, problematizadora, é condição necessária ao trabalhador da saúde que acredita na transição para uma forma de produzir cuidado mais humano e socialmente comprometido. Aqueles que não acreditam em possibilidades de mudança contaminaram-se pela desesperança, e um problema da desesperança é que ela nos imobiliza. Não podemos negar a desesperança como algo concreto, antes devemos reconhecer as razões históricas, econômicas, e sociais que a explicam. Contudo, a existência humana e a necessária luta para fazê-la melhor, necessita de esperança e sonho (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

3.1.7 Sonho e utopia

Em sua teoria do conhecimento, Paulo Freire nos deixa uma mensagem de que é possível, urgente e necessário mudar a ordem das coisas, e traz o sonho e a utopia como caminhos para a mudança, se mediados por uma educação libertadora, e não domesticadora. Para ele, o amanhã é tecido pelo sonho e pela utopia, e os sonhos possíveis se relacionam com a educação libertadora enquanto prática utópica (FREIRE, 2011). Utopia para Freire não deve ser entendida como sinônimo de algo impossível, mas na relação dialética entre a denúncia dos limites e o anúncio da possibilidade de sua superação. Ressaltamos a interpretação de autores de que a utopia não tem um fim, não se limita, uma vez que aquilo que é alcançado já é transitório no caminho ético para a concretização da vocação ontológica dos seres humanos em ser mais. Neste sentido, ao ser atingido um inédito viável pelo qual se sonha e se luta, brotam-se outros tantos quantos caibam nos sentimentos e nas razões ditadas pelas necessidades humanas (PARO; VENTURA; SILVA, 2019).

Entendo, assim como Freire, que sonhar exige reflexão diária sobre a prática para que seja possível descobrir os limites da própria prática, e que “não é possível sonhar e realizar o sonho se não se comunga este sonho com as outras pessoas” (FREIRE, 2017, p.206).

Entre os grandes legados deixados por Freire está a utopia de uma educação libertadora, mais inclusiva, democrática, promotora da autonomia e da mudança nas condições sociais que

oprimem os seres humanos. Quando transponho seus ensinamentos para o campo da saúde, reconhecemos também uma utopia que nos move, a do cuidado humano integral, o qual compreendemos estar alicerçado no diálogo e na colaboração entre os trabalhadores, família e usuários. A crítica à educação bancária que desconsidera o conhecimento do outro também nos remete à crítica ao modelo hegemônico de assistência à saúde no Brasil, ainda fortemente hierarquizado, fragmentado e centrado no conhecimento médico (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018).

As obras de Paulo Freire têm influenciado não só a área da educação como também a saúde, tanto no Brasil como no cenário internacional, e sua proposta alcança, de modo expressivo, a produção acadêmica e as práticas de saúde no Brasil, para além da educação (PARO; VENTURA; SILVA, 2019). Suas ideias tornam-se ainda mais importantes agora, devido aos desafios do tempo em que vivemos, onde uma leitura freiriana destes tempos, dos seus problemas e contradições, bem como das suas possibilidades libertadoras, responde à urgência de reinventar novos paradigmas de solidariedade e de construção de outros tipos de vínculos humanos (STRECK; RENDIN; ZITKOSKI, 2017). Por tudo isso, entendo que suas ideias foram fontes de inspiração pertinentes para esse estudo.

CAMINHO METODOLÓGICO

[...] preferia dizer que não tenho método. O que eu tinha, quando muito jovem, há 30 anos ou 40 anos, não importa o tempo, era a curiosidade de um lado e o compromisso político do outro, em face dos renegados, dos negados, dos proibidos de ler a palavra, relendo o mundo. O que eu tentei fazer e continuo hoje, foi ter uma compreensão que eu chamaria de crítica ou de dialética da prática educativa, dentro da qual, necessariamente, há uma certa metodologia, um certo método, que eu prefiro dizer que é método de conhecer e não um método de ensinar (FREIRE, 2014, p.14).

Neste capítulo, apresento o caminho percorrido e o jeito de caminhar para a concretização desse trabalho. Inclui a descrição do tipo de estudo, cenários e participantes, métodos de produção e análise dos dados, e os esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Defini o tipo de estudo como uma Pesquisa Apreciativa (PA), qualitativa, com abordagem participativa. A PA é um caminho metodológico inovador no campo da pesquisa em saúde. Sua base foi desenvolvida no campo das pesquisas organizacionais, sob designação de “*Appreciative Inquiry*”, traduzido para língua portuguesa como “Investigação Apreciativa”. Foi utilizada inicialmente por David Cooperrider (1986), que em sua tese, defendida no Departamento de Comportamento Organizacional da *Case Western Reserve University (CWRU)*, em Cleveland, Estados Unidos, investigou as características de sucessos e fracassos dos líderes médicos de uma instituição. Ao analisar os dados coletados, David percebeu que os líderes médicos trabalhavam mais efetivamente quando focados nas características de sucesso (COOPERRIDER; WHITNEY; STAVROS, 2008).

Com foco na valorização de experiências positivas e no potencial das relações humanas, a PA busca obter resultados por meio de intervenções participativas, que busquem as melhores contribuições das pessoas e de suas práticas, utilizando perguntas apreciativas como ferramenta para identificar e entender o que há de melhor nas pessoas, nos processos de trabalho, nas estruturas e sistemas que dão suporte às organizações e ao mundo ao redor delas (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

Esse tipo de metodologia geralmente é utilizada para responder perguntas de pesquisa do tipo “como podemos melhorar esta situação?” (REASON; BRADBURY, 2008). Dessa forma, propõe uma ação coletiva, participativa e crítica para propor soluções adaptadas a determinado contexto. Para o seu desenvolvimento, necessita trabalhar com pessoas

diretamente envolvidas com o problema de estudo, e estas serão responsáveis por projetar os processos necessários para implementar a mudança (REASON; BRADBURY, 2008).

O termo “apreciativa”, que denota singularidade a esse tipo de estudo, é definido por Cooperrider e Whitney (2006, p.9) como “o ato de reconhecer o melhor nas pessoas ou no mundo à nossa volta, afirmando as forças, sucessos e potenciais passados e presentes, percebendo coisas que dão vida (saúde, vitalidade, excelência) aos sistemas vivos”. Os pressupostos que norteiam a PA são: sempre há algo que funciona, a realidade é fruto do nosso foco, múltiplas realidades criam a realidade, perguntas têm influência sobre o grupo, falar de experiências que dão certo promove confiança no futuro e valorização das diferenças, e a realidade é criada pelo uso da linguagem (COPERRIDER; WHITNEY, 2006). Sua base incorpora fundamentos da Epistemologia Construcionista Social, reconhecendo que a produção do conhecimento e a realidade são socialmente construídas e inseridas em contextos sócio-históricos demarcados por orientações de tempo e espaço (SILVA; COSTA FILHO; BRITO, 2014).

Para Whitney e Trosten-Bloom (2010) a PA possui caráter libertador. Esses estudiosos defendem seis liberdades que podem ser potencializadas a partir de sua utilização: liberdade para ser reconhecido e para conhecer o outro; liberdade para ser ouvido; liberdade para sonhar em conjunto e gerar vínculos; liberdade para escolher contribuir; liberdade para agir com apoio; liberdade para ser positivo (WHITNEY; TROSTEN-BLOOM, 2010).

A utilização desse tipo de investigação na área da saúde e de enfermagem está ganhando impulso pelo seu potencial de transformação da realidade (WATKINS; DEWAR; KENNEDY, 2016). Mesmo que se aproxime de outras abordagens metodológicas já bastante utilizadas na área da saúde, como a etnografia, o estudo de caso, a pesquisa-ação e a pesquisa convergente-assistencial, a PA diferencia-se na forma como os dados são produzidos, pois parte da valorização dos recursos existentes para potencializá-los, deslocando o olhar daquilo que é tido como problema para repensá-lo como possibilidade (ARNEMANN *et al.*, 2018).

A escolha por esse tipo de estudo me mobilizou como pesquisadora, pois permite um convite às mudanças, mediadas pelo diálogo, pela reflexão, pelo planejamento e pela ação direcionada às metas coletivamente construídas no processo da pesquisa. Nesse sentido, pela forma de conceber o objeto, também entendo sua articulação com o referencial teórico freireano.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Essa pesquisa foi desenvolvida na RAPS de Santa Maria, município na região central do Rio Grande do Sul, Brasil. Santa Maria é município sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS, e possui uma Rede de Atenção Psicossocial composta por serviços de atenção básica e especializada.

A APS integra a RAPS com o total de 34 unidades existentes no município, sendo que 15 destas possuem equipes de Saúde da Família. Possui uma equipe de NASF apenas. A Atenção Especializada em saúde mental conta com quatro CAPS, sendo um CAPS do tipo II destinado a atender transtornos mentais graves, dois CAPS II voltados para a população com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas, e um CAPS II para atendimento de crianças e adolescentes. Também possui duas policlínicas com oferta de atendimento especializado em saúde mental, um serviço de atendimento à crises subjetivas relacionadas à tentativa de suicídio, dois serviços de urgência e emergência, e dois hospitais gerais com leitos psiquiátricos, sendo um destinado a saúde mental em geral, álcool e outras drogas e transtornos mentais, e um destinado somente ao tratamento de transtornos mentais.

Desta rede elencamos para participação na pesquisa serviços da APS e serviços de atenção especializada em saúde mental (tanto na atenção secundária quanto na atenção hospitalar). Assim, os serviços elencados foram:

- No âmbito da APS: seis unidades com Estratégia Saúde da Família que já possuíam experiência de articulação com serviços de saúde mental, pois recebem apoio do NASF ou dos CAPS; e, a equipe de NASF.

- No âmbito da atenção secundária (atenção psicossocial especializada): os quatro CAPS do tipo II, sendo um CAPS i II, para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos graves e persistentes e os que fazem uso de álcool e outras drogas, um CAPS II para atendimento de transtornos psíquicos graves, e dois CAPS Ad II, para atendimento de pessoas com idade acima de 12 anos com transtornos decorrentes do uso e dependência de drogas; e um serviço de atenção psicossocial intermediário que atende pessoas com comportamento suicida.

- No âmbito da atenção terciária (hospitalar): as duas unidades de internação psiquiátrica em Hospital geral, sendo uma unidade em hospital municipal e uma em um hospital de ensino.

Esses serviços têm como diretrizes à sua atuação no âmbito da saúde mental os princípios do SUS, da Lei da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Humanização (PNH), da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras drogas, da Política de Redução de Danos (Rd),

entre outras referências base que orientam que a produção do cuidado em saúde mental necessita ser pensada e efetivada por meios de práticas colaborativas entre os serviços da rede.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes desse estudo foram 16 trabalhadores desses serviços que integram a RAPS, sendo 10 trabalhadores da atenção primária (UBS e NASF), cinco da atenção especializada (CAPS) e um da atenção hospitalar.

As idades dos participantes mostram uma faixa etária entre 28 a 54 anos. Em relação ao núcleo profissional, entre os participantes cinco eram enfermeiros, três psicólogos, dois fisioterapeutas, dois assistentes sociais, dois agentes comunitários de saúde, uma fonoaudióloga e uma técnica de enfermagem. Em relação à titulação acadêmica: dois possuem ensino médio completo, um com ensino superior incompleto, dez com especialização e três com mestrado acadêmico. Em relação ao tempo de trabalho na RAPS, ficou entre 1 ano e 6 meses a 30 anos. Entre os participantes, onze já participam de mais de um Grupo de trabalho na RAPS.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser trabalhador do município em que foi realizado o estudo, de qualquer nível de formação, que estivesse há no mínimo um ano vinculado a RAPS; e, trabalhadores com histórico de participação em espaços coletivos na RAPS (grupos de trabalho, apoio matricial, visita, entre outras). E, como critérios de exclusão: trabalhadores afastados por licença saúde ou férias no período da coleta de dados.

Foram convidados intencionalmente todos os trabalhadores que atendiam aos critérios mencionados e que foram indicados pelos seus pares. Inicialmente, busquei informantes-chaves a fim de delinear o grupo pesquisado. Pela proposta de produção de dados em grupos, delimittei que o número de participantes consideraria o máximo de 20 trabalhadores, para que fosse viável a participação ativa de todos. Assim, foram convidados a participar da pesquisa 30 trabalhadores, sendo que 16 foi o total de participantes que aceitaram e tiveram disponibilidade de participar dos grupos e/ou entrevistas.

É importante salientar que a PA busca uma maior participação e engajamento possível das pessoas em pesquisas relacionadas a sua área de atuação (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018). Por isto, optou-se pelos trabalhadores dos serviços que integram a RAPS nos seus diferentes níveis assistenciais, pois se tem a pluralidade do contexto na qual estão inseridos.

Considerando a perspectiva que norteia metodologicamente esse estudo, também em relação aos participantes, considerei primordial que houvesse concordância, mas principalmente, desejo de participar do estudo. Por ser construído numa relação dialógica, os participantes da pesquisa foram parte de um processo de transformação, que incluiu o pesquisador que também foi construído e transformado neste processo (NILSON et al., 2014).

4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

Na produção de dados dessa PA busquei trilhar o caminho projetado procurando a máxima coerência possível entre a prática realizada e a teoria que lhe atribui sentido. Julguei pertinente descrevê-la em dois tópicos: Aproximação e ambientação; e, Estratégia de produção de dados para a PA.

4.4.1 Aproximação e ambientação

Quando se pretende utilizar uma metodologia qualitativa na compreensão de um fenômeno, é fundamental antes de qualquer intervenção, conhecer bem o cenário em que se realizará a produção de dados, buscar uma maior aproximação do grupo a ser estudado, não apenas para se conhecer melhor as especificidades do mesmo, mas também para que o pesquisador seja previamente aceito pelos sujeitos, uma vez que a qualidade dos dados obtidos depende, em grande parte, de como se dá a relação entre sujeito e pesquisador (RIBEIRO; AZEVEDO; TURATO, 2013). A fase de ambientação, entendida como a adaptação geral à rotina do *setting* onde se coletarão os dados, bem como a aquisição de informações sobre o cotidiano das pessoas que ali trabalham, também é necessária antes de iniciar a investigação (RIBEIRO; AZEVEDO; TURATO, 2013). Essa fase permite o fluir da rede de relações e possíveis correções iniciais dos instrumentos da futura coleta formal de informações (MINAYO, 2014).

Entendo que a **aproximação** e a **ambientação** com o cenário, a RAPS, iniciou muito antes da proposição dessa pesquisa. Minha trajetória como acadêmica de enfermagem, mestranda, residente, trabalhadora e tutora, já descritas em capítulo anterior, me possibilitaram conhecer parte significativa da RAPS, seus serviços de saúde/assistência, seus trabalhadores, rotinas de trabalho, especialmente de ESFs, CAPS e unidades de internação hospitalar. A participação no Projeto de Planificação da APS, Conselho de Saúde, Conferências Municipais

e outros dispositivos de controle social também contribuíram para ampliar a compreensão das linguagens, problemáticas vivenciadas e necessidades prementes na RAPS.

Também destaco a minha relação de proximidade e afeto com a equipe do NEPeS, construída durante a RMS/PSM, quando realizei parte da carga horária prática (carga complementar) nesse serviço.

O caminho até o início da produção de dados propriamente dita foi traçado por vários momentos e encontros de construção. No primeiro semestre de 2019, ainda durante a elaboração do projeto, entrei em contato com a coordenadora que estava na Coordenação de Saúde Mental do município e pude apresentar e discutir a proposta para a RAPS, que foi acolhida e incentivada. Também, nesse período, fui até o NEPeS para apresentar e discutir o projeto que seria proposto, o que foi importante principalmente para ajustar os critérios de inclusão dos participantes do município na pesquisa, bem como garantir respaldo da gestão para que os trabalhadores participassem em seu horário de trabalho das atividades propostas. Após a conclusão do projeto, entreguei-o pessoalmente ao coordenador do NEPeS para solicitar autorização institucional. Para a autorização das unidades hospitalares, também entrei em contato previamente com os coordenadores dos setores explicando a pesquisa proposta e, depois, dei seguimento à solicitação de autorização conforme normas institucionais.

Já ser conhecida entre os possíveis participantes e gestores facilitou o contato e receptividade à pesquisa. Para alguns participantes consegui realizar o convite pessoalmente, para outros foi realizada por contato telefônico/e-mail. Nesse contato prévio, apresentava a ideia de pesquisa (objeto), qual perspectiva teórica estava nos guiando (referencial), como seria desenvolvida (método), e o cronograma proposto.

Destaco que o cronograma inicialmente previsto para a etapa de produção de dados foi prorrogado, devido a necessidade de interrupção dos encontros em grupo diante da situação de pandemia por COVID-19, sendo retomado de forma remota em junho de 2020, após aprovação de Emenda no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Assim, organização, planejamento e comunicação ativa foram fundamentais para a execução da etapa de produção dos dados. O período de produção de dados prolongado, a diversidade de cenário dos participantes, conciliar suas demandas e agendas foi desafiador.

Como estratégia para facilitar a comunicação com os participantes e manter o grupo engajado optei por criar, após autorização dos mesmos, um grupo de *Whatsapp*. Todos os que aceitaram participar da pesquisa foram incluídos, e nesse grupo fizemos combinações,

agendamos os encontros, encaminhamos lembretes e demos feedback sobre análise prévia das fases.

Também é importante mencionar que antes de iniciar a produção de dados propriamente dita, os participantes foram convidados para um encontro presencial, na sede do NEPeS, em que apresentei o objeto de estudo e a metodologia, com apoio do Artigo “Pesquisa Appreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da Saúde no Brasil”, das autoras Arnemann, Gastaldo e Kruse (2018). Nesse mesmo encontro coloquei-me à disposição do grupo para os ajustes necessários. Conseguiram estar presentes nesse momento cinco participantes, os que não puderam, receberam o feedback desse encontro no grupo de *Whatsapp*.

4.4.2 Estratégia de produção de dados para a PA

A produção dos dados em si ocorreu entre dezembro de 2019 e julho de 2020, sendo realizada por meio de Grupos de Discussão (GD) e Entrevistas Semiestruturadas que foram orientados metodologicamente pelo “Ciclo DSPD” (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino).

GD é um grupo artificial, convocado em função dos objetivos da pesquisa e controlado pelo pesquisador que atua como moderador (GODOI, 2015). Como técnica de produção de dados, a finalidade do grupo consiste em evocar a participação ativa dos sujeitos na pesquisa, dando-lhes liberdade para expressar sua opinião. Podemos compreendê-lo como um lócus de produção de sentidos coletivos originários e incorporados na trajetória social dos indivíduos (GODOI, 2015). Outro autor enfatiza a validade dessa técnica de coleta de dados pela possibilidade do “efeito grupal”, quando os participantes se interpelam e se explicam uns aos outros e refletem em voz alta, de forma que são corrigidos e reforçam-se mutuamente (ZAFORTEZA- LALLEMAND, 2010).

Foram realizados quatro GD durante o processo da pesquisa, sendo que dois ocorreram de forma presencial e dois de forma remota. Os GD que ocorreram de forma presencial foram referentes às fases Descoberta e Sonho. Aconteceram em uma sala disponibilizada pelo NEPeS da SMS em sua sede. Os GD que ocorreram de forma remota, com auxílio da ferramenta *Google meet*, foram referentes às fases Planejamento e Destino. De maneira geral, os GD tiveram duração em torno de 90 minutos, todos foram gravados com autorização prévia dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os GD aconteceram com a minha participação, como pesquisadora e, também de uma auxiliar de pesquisa.

Como pesquisadora tive a função de mediação, atuando como um elo de circulação da fala entre os participantes. Sempre no início dos GD agradecia a participação de todos, apresentava o objetivo daquela reunião, a dinâmica de operacionalização, e estimulava a conversação de forma que todos pudessem expor suas opiniões, crenças, histórias. Foi importante evitar interrupções, já que em GD interessa a espontaneidade (GODOI, 2015). A auxiliar de pesquisa foi uma pesquisadora que já possuía experiência com esse método e também aproximação com o tema. Teve participação importante tanto nos momentos que antecediam os encontros com o grupo, auxiliando no preparo do ambiente, no acolhimento dos participantes e na garantia da gravação, quanto após o encerramento, em que realizávamos uma discussão e avaliação breve do encontro. A auxiliar participou com objetivo de realizar escuta e observação do contexto da reunião, anotar informações relevantes relacionadas ao objeto de estudo, bem como em relação a postura dos integrantes do grupo.

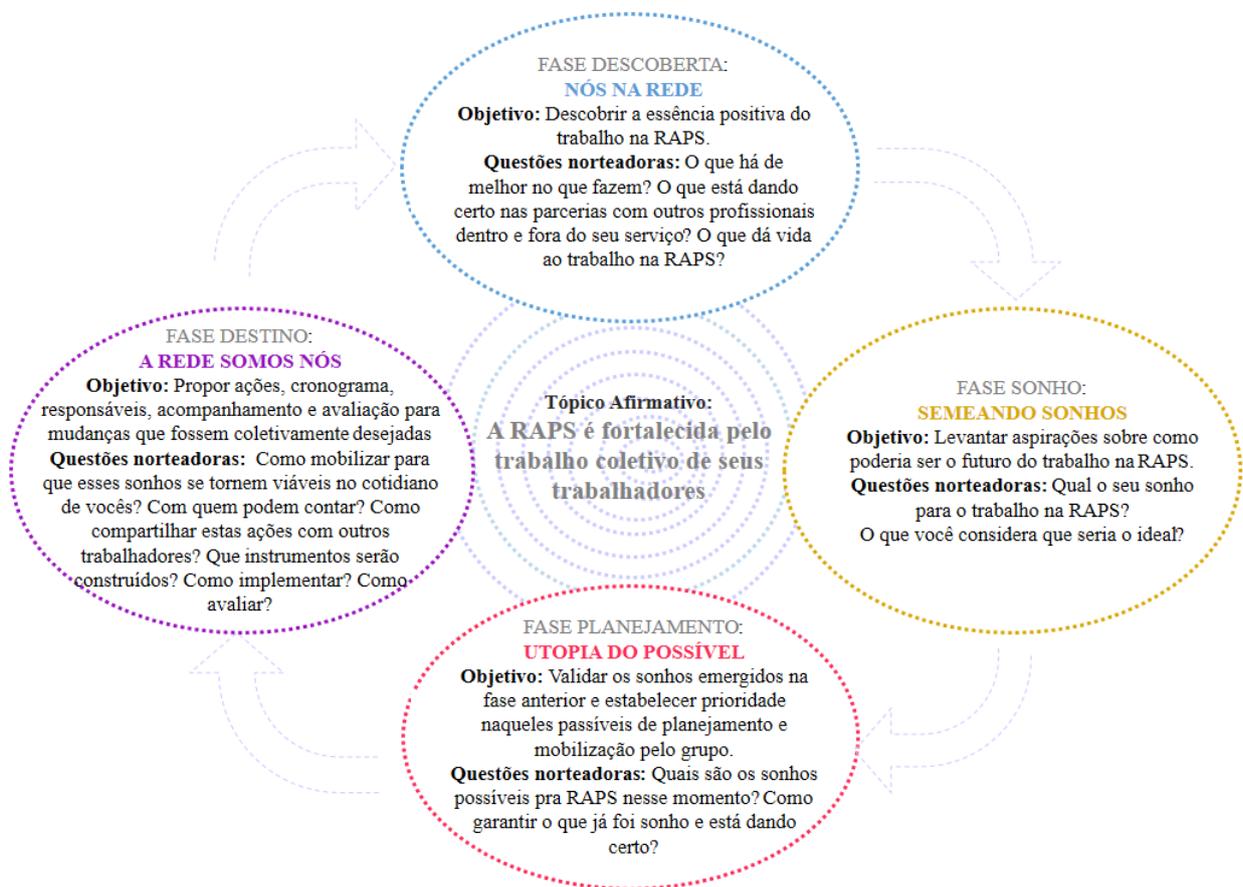
Em relação às Entrevistas Semiestruturadas, foram realizadas com sete trabalhadores da RAPS. São caracterizadas como uma estratégia de pesquisa que combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem liberdade para se posicionar sobre o tema, com condução espontânea do entrevistador (MINAYO, 2014). Nessa pesquisa, as entrevistas ocorreram após a realização dos GD das fases Descoberta e Sonho, de forma complementar, com aqueles participantes que desejavam participar da pesquisa, mas que por questões de incompatibilidade de horários ou questões pessoais não puderam participar dos grupos de discussão iniciais. Aconteceram em data sugerida por eles e em ambiente de suas preferências, sendo que todos optaram por realizar em uma sala reservada em seu local de trabalho de modo a garantir a privacidade dos mesmos. As entrevistas aconteceram presencialmente, de modo individual. O tempo das entrevistas não foi delimitado, pois transcorreu conforme a disponibilidade de cada trabalhador, entretanto a duração das mesmas foi em torno de 40 minutos. Também, foram gravadas para posteriormente serem transcritas pela pesquisadora.

A preparação das entrevistas exigiu alguns cuidados, como: o planejamento da entrevista com a seleção dos participantes, contato para confirmar sua disponibilidade, pactuação de um local em condições favoráveis que pudessem garantir sua privacidade e, por fim, a preparação específica que consistiu em organizar o roteiro com as questões (Apêndice A). Nas entrevistas, além de questões fechadas para caracterização dos participantes, abordei questões disparadoras com foco apreciativo, as mesmas utilizadas para a condução dos GD.

4.4.1.1 O Ciclo DSPD nessa pesquisa

O Ciclo DSPD é um fluxo construído como forma de operacionalização da PA na prática. Este ciclo norteia um caminho estratégico para estimular os participantes da pesquisa a abordarem suas experiências positivas sobre um determinado assunto escolhido (tópico afirmativo), com foco nas potencialidades das pessoas em trabalharem juntas, buscando a transformação e a construção da visão de futuro (TRAJKOVSKI *et al.*, 2013). A figura a seguir, ilustra como esse ciclo foi aplicado a essa pesquisa (Figura 1):

Figura 1 – O ciclo DSDP para a pesquisa apreciativa com trabalhadores da RAPS.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A primeira fase do ciclo, denominada de “Discovery” ou Descoberta foi realizada em um GD e também abordada nas entrevistas semiestruturadas com os sete trabalhadores. No GD contou com a participação de oito trabalhadores, representantes dos três níveis assistenciais da RAPS. Inicialmente, como moderadora, me apresentei, bem como a auxiliar de pesquisa, reforcei o agradecimento aos presentes pelo interesse e disponibilidade em participar e

apresentei (com projeção em Datashow) novamente o itinerário da pesquisa com o ciclo DSPD. Na sequência, distribuí aos presentes uma ficha com roteiro de caracterização e questões disparadoras dessa fase (Apêndice B). Solicitei que preenchessem os dados de identificação, e lancei uma tarefa reflexiva⁶ que chamamos de “Nós na/da rede”, em que solicitei aos participantes que contassem (como em um memorial) o que já haviam vivenciado no seu trabalho enquanto integrante da RAPS.

Os participantes foram convidados a refletir e discutir sobre o que dá vida ao seu trabalho na RAPS e sobre o que é o melhor do que já se faz ou fez ao longo da sua história nessa Rede. No processo da Descoberta busquei identificar a essência positiva das práticas de cuidado que já foram desenvolvidas pelos trabalhadores nos seus cotidianos, compartilhar histórias e suas melhores práticas, e era esperado que as pessoas tivessem certa dificuldade em buscar as narrativas de sucesso, pois se acostumaram a conversar sobre o que está errado em suas vidas (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Ao observar esse movimento de recordar a sua história na RAPS com ênfase nas melhores práticas, percebi que alguns participantes tiveram essa dificuldade de “desfocar dos problemas”, mas entendi que isso também faz parte da sua historicidade. Quando emergidos na discussão, os problemas foram também acolhidos, mas o desafio do pesquisador nessa pesquisa foi também em manter o foco apreciativo do grupo para aquilo que eram suas fortalezas.

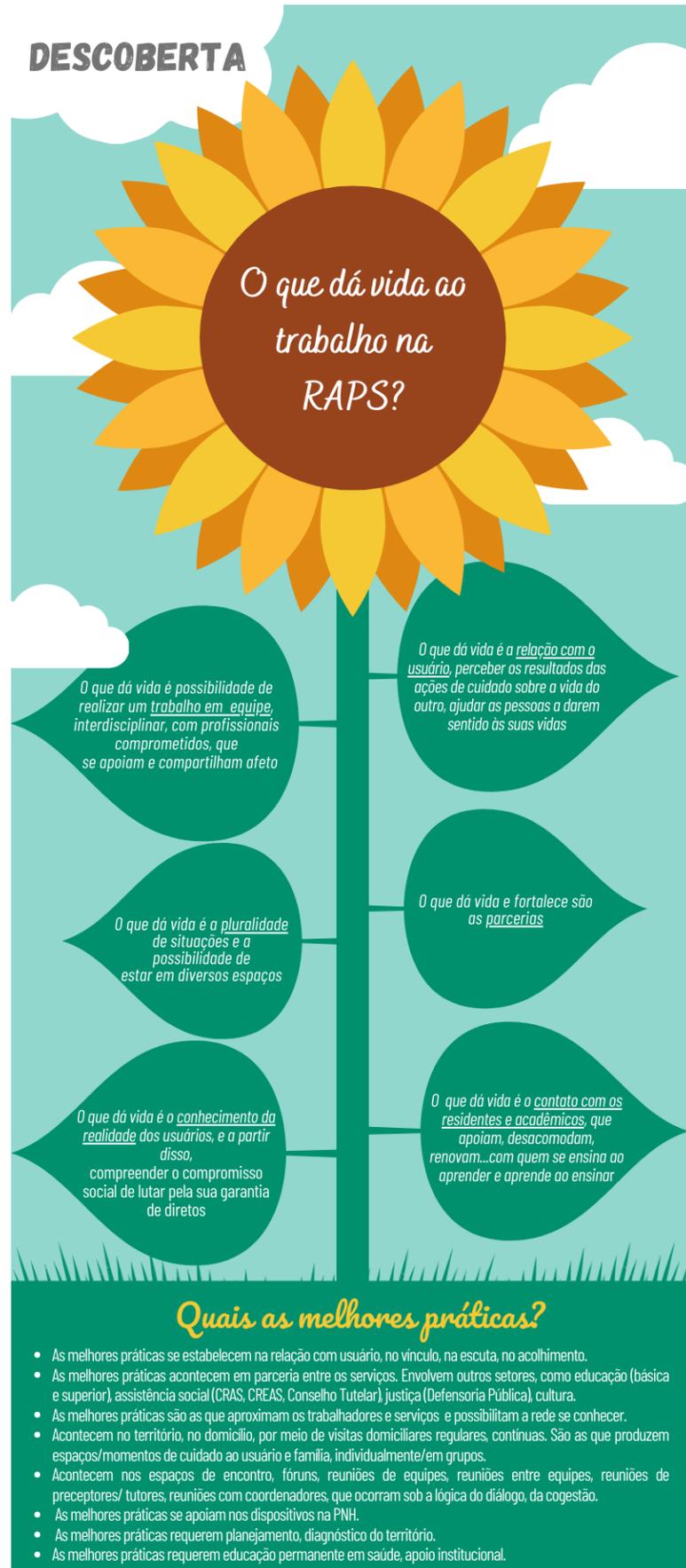
Considero que a fase Descoberta contribuiu significativamente para que os trabalhadores pudessem reviver suas histórias de sucesso na RAPS, bem como compartilhar com os colegas da rede que ainda não conheciam. Foi o pontapé inicial para que se (re)conhecessem como um coletivo, que é potente.

Ao final dessa fase foi realizada uma análise prévia das informações emergidas, que foram resumidas em uma imagem ilustrativa (Figura 2), que foi apresentada ao grupo para validação no início do GD seguinte.

Figura 2: Ilustração com resultados prévios da Fase Descoberta validada com os participantes.

⁶ Para cada GD, utilizei como recurso tarefas reflexivas adaptadas ao objeto do estudo e método. Conforme sugerem Arneman, Gastaldo e Kruse, 2018, essa é uma estratégia interessante para fomentar as discussões no dia dos encontros. O planejamento das tarefas reflexivas para cada GD foi sendo ajustado no decorrer da pesquisa.

DESCOBERTA

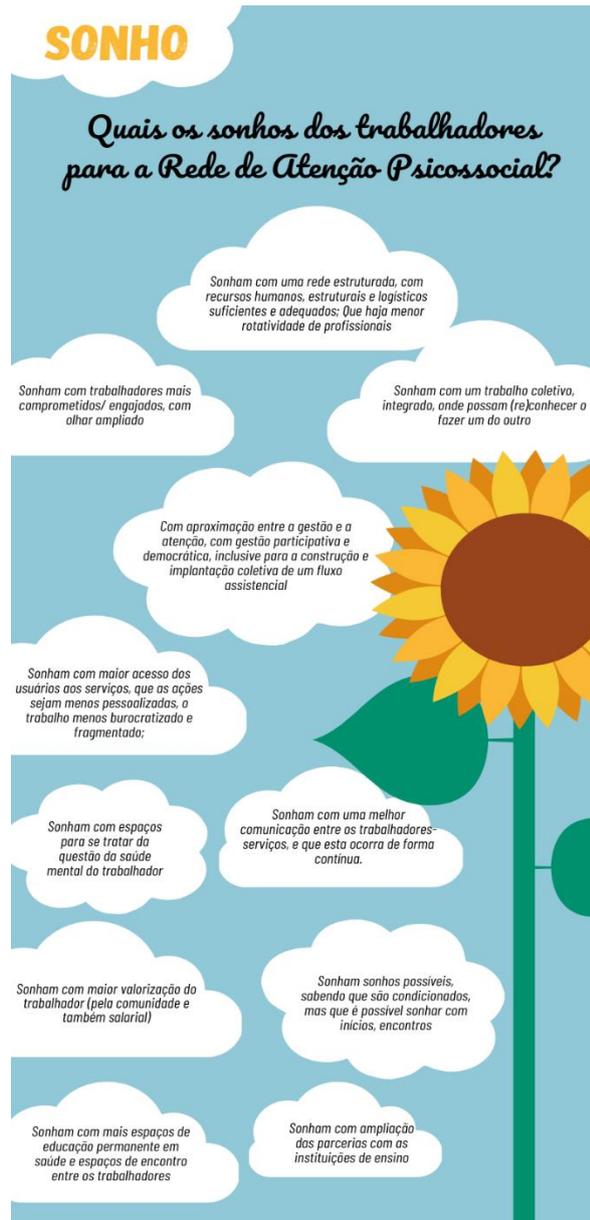


Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

A segunda fase do ciclo, denominada “Dream” ou Sonho foi realizada em um GD que teve a participação de seis trabalhadores e também foi abordada nas entrevistas com outros sete trabalhadores que não haviam participado dos GD. Nessa fase, utilizei a tarefa reflexiva denominada de “Semeando sonhos”, pedindo no início do encontro que os presentes listassem por escrito as suas esperanças e sonhos para o trabalho na RAPS. Os participantes foram estimulados a levantar aspirações sobre como poderia ser o futuro do trabalho na RAPS. Encorajei a pensar o que seria ideal no cenário futuro, mesmo que parecesse impossível de ser alcançado (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Ao final dessa fase foi realizada uma análise prévia das informações emergidas, que foram resumidas em uma imagem ilustrativa (Figura 3), que foi apresentada ao grupo para validação no início do GD seguinte.

Figura 3: Ilustração com resultados prévios da Fase Sonho validada com os participantes.



Fonte: elaborada pela autora, 2020.

A terceira fase da pesquisa, chamada de “Design” ou Planejamento ocorreu em julho de 2020, após aprovação junto ao CEP de emenda que autorizou mudança na estratégia de produção de dados. Diante do contexto de pandemia por COVID-19 e a necessidade de distanciamento social, os encontros em grupo das fases Planejamento e Destino foram suspensas, sendo retomadas de forma remota, por meio da ferramenta *Google meet*.

Todos os participantes da pesquisa (16 trabalhadores da RAPS) foram convidados para a participação nessa fase, dando sequência ao ciclo que precisou ser interrompido. Tivemos a participação de cinco trabalhadores, representantes de serviços dos três níveis assistenciais, que também já haviam participado das etapas anteriores. O convite aconteceu individualmente e

pelo grupo de *whatsapp*. Previamente, encaminhei o link de acesso à sala virtual e a orientação sobre o objetivo dessa fase: validar os sonhos emergidos na fase anterior e estabelecer prioridade naqueles que considerassem passíveis de planejamento e mobilização pelo grupo.

Nessa fase utilizei a tarefa reflexiva denominada de “Utopia do Possível” (Figura 4). Após revisarem os sonhos (oriundos tanto dos GD quanto das entrevistas), foram desafiados, inicialmente a delimitarem/ escolherem somente um sonho, sendo aquele que entendessem ser possível de ser desenvolvido pelo grupo. Inicialmente o grupo referiu dificuldade em escolher somente um sonho. Ao longo da discussão, foram percebendo que alguns sonhos precediam e contemplavam outros. Após discussões e justificativas, concordaram em elencar quatro sonhos - os sonhos possíveis dos trabalhadores da RAPS nesse momento.

Figura 4: Ilustração com resultados prévios da Fase Planejamento validada com os participantes.



Fonte: elaborada pela autora, 2020.

Diante disso, o grupo foi desafiado a propor ações, cronograma, responsáveis, acompanhamento e avaliação para mudanças que fossem coletivamente desejadas. Ao final da fase planejamento, deixei algumas questões para que fosse pensando e seriam trabalhados no encontro seguinte, relativo a fase Destino. Como mobilizar/innovar para que cada um desses sonhos se tornem viáveis no cotidiano de vocês? Com quem podem contar? Como compartilhar estas ações com outros trabalhadores? Que instrumentos podem ser construídos? Como implementar? Como avaliar?

A última fase do ciclo - “Destiny” ou Destino foi realizada também em julho, com um GD online em que puderam participar três trabalhadores. Nessa fase os trabalhadores buscaram propor estratégias para chegar ao ideal esperado, considerando os sonhos possíveis. Essa fase

requeria ir além das propostas e chegar a implementação de mudanças, dando início a atividades que possam ser postas em prática de imediato (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Para viabilizar a realização dessa etapa, compartilhei com o grupo uma matriz de Planejamento pré-elaborada por mim (Figura 5), que serviu como estrutura norteadora da tarefa lançada nessa fase, que denominei de “Ubuntu: a rede somos nós”. Solicitei aos participantes que elaborassem uma matriz de planejamento que possibilitasse o fortalecimento das melhores práticas, propondo ações, cronograma, responsáveis, estratégias de avaliação para as mudanças/sonhos que foram coletivamente desejados na fase anterior.

Figura 5: Ilustração com matriz de Planejamento apresentada aos participantes.



FASE DESTINO

Objetivo: propor ações, cronograma, responsáveis, acompanhamento e estratégias de avaliação para mudanças que foram coletivamente desejadas na fase anterior.

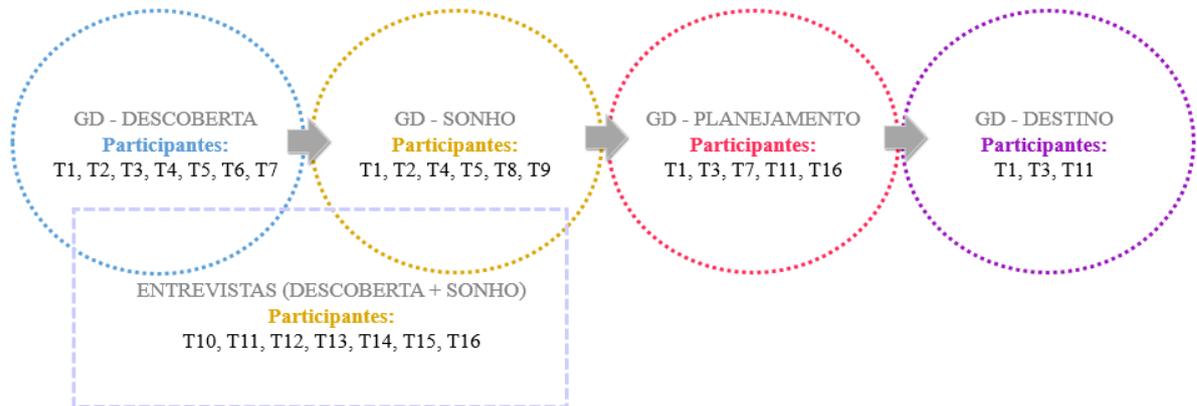
SONHOS POSSÍVEIS	O que fazer?	Como fazer?	Para/Com quem fazer?	Quando fazer?	Como avaliar?
<i>Aproximação entre a gestão e a atenção, com gestão participativa e democrática, inclusive para a construção e implantação coletiva de um fluxo assistencial</i>					
<i>Mais espaços de educação permanente em saúde e espaços de encontro entre os trabalhadores</i>					
<i>Trabalhadores mais comprometidos/engajados, com olhar ampliado</i>					
<i>Ampliação das parcerias com as instituições de ensino</i>					

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Considero que essa fase do estudo foi mais desafiadora. O contexto de pandemia por COVID19 fragilizou significativamente o trabalho na RAPS, foi um período de adaptação ao desconhecido, impactou em quebra de rotinas nos serviços, afastamento de trabalhadores e usuários, maior desassistência e insegurança para todos. Inevitavelmente esse contexto impactou também na execução da fase final dessa pesquisa, que teve como limitação a participação em seu último GD de apenas três trabalhadores. Ao desenvolvê-la foi fundamental ressaltar aos participantes que a Fase Destino é o fim do ciclo para essa pesquisa, mas poderia ser o início de possibilidades para eles, como trabalhadores da RAPS. Enfatizei e valorizei o envolvimento e comprometimento dos presentes em fazer a diferença no cenário em que atuam, e meu compromisso como pesquisadora em auxiliar para que as mudanças sonhadas e investidas nessa pesquisa ganhem visibilidade e continuidade.

Para fins de elucidar mais claramente a participação dos trabalhadores no decorrer da pesquisa apresento o esquema a seguir (Figura 6):

Figura 6: Trabalhadores que participaram de cada fase da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados é um processo sistemático e essencialmente taxonômico de tipificação e classificação dos dados que foram coletados (GREEN *et al.* 2007). A PA, como referencial metodológico, não privilegia nenhuma abordagem analítica específica, desde que a escolha pelo método de análise esteja coerente com o desenho da pesquisa. Nesse estudo, a análise dos dados ocorreu por meio de análise temática (GREEN *et al.* 2007).

Para a **análise temática** foram analisados os dados textuais gerados pela transcrição das falas audiogravadas dos participantes durante os GD e entrevistas semiestruturadas, bem como, materiais textuais construídos pelos mesmos, além dos registros das pesquisadoras em anotações pessoais. Para essa análise, segui quatro etapas principais: imersão nos dados, codificação, categorização e geração de temas (GREEN *et al.*, 2007).

A etapa de **imersão nos dados** foi o primeiro passo da análise. Foi o momento em que realizei leituras e releituras do texto transcrito para me familiarizar com o conteúdo e compreender o sentido geral dos dados (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013). Nesse momento, passei a me perguntar: Quais são as ideias gerais dos participantes? O que os dados me dizem?

A etapa de **codificação** ocorreu a partir da organização e classificação das informações, contidas em cada fala e no conjunto de dados do grupo. Nesse momento eliminei informações

irrelevantes, e iniciei o julgamento de segmentos dos dados, atribuindo-lhes códigos a partir do método comparativo constante (GREEN *et al.*, 2007; SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013).

A codificação dos segmentos foi realizada com auxílio do *software* MAXQDA, versão 2020. Para cada segmento destacado atribuí um código (conceito que se mostrava aparente) e uma definição (interpretação contextual do código). Analisei cada segmento partindo de perguntas como: O que significa este segmento? A que se refere? Repetindo tal processo no segmento seguinte, ao mesmo tempo em que comparei os segmentos em termos de semelhanças e diferenças (O que esses segmentos têm em comum? No que se diferem?). Conforme novos segmentos de dados eram revisados, voltei a revisar os segmentos anteriores (comparação constante), sendo que os códigos estiveram sujeitos a refinamento ao longo do processo (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013). A figura a seguir demonstra o processo de codificação (Figura 7):

Figura 7: Exemplo de Codificação com segmento, código de definição.

MAXQDA 2020

T4: Eu coloquei outra coisa que é muito importante também, que eu avalio que é o apoio das residentes. Isso foi essencial, é bem diferente de quando éramos só nós, e agora a gente tem um apoio mais definido, a gente já conseguiu construir isso com a residência. O residente ele está te provocando, ele te dá força, ele traz ideias novas, isso também movimenta muito, faz a gente estar sempre ressignificando e retomando.

Código: **Fortalecimento das práticas desencadeado pela relação com a residência (dá vida)**

Definição de código: O trabalho na RAPS é fortalecido pela presença de residentes junto às equipes dos serviços. Desencadeia mudanças nos trabalhadores, permite inovações, ressignificações e continuidade no trabalho.

FASE DESCOBERTA

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

A essência desta etapa foi identificar e codificar os segmentos que tinham natureza, significado e características semelhantes, para a construção de categorias relevantes dos dados (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013). Esse processo envolveu avançar e retroceder no material de análise, com base em conhecimentos aprofundados relacionados ao tema de estudo, sempre retornando à questão do estudo e pensando em termos de sistemas e conceitos teóricos (GREEN *et al.*, 2007).

A etapa de **categorização** ocorreu após a codificação inicial ou ao longo do processo de codificação. Foi quando os dados precisaram ser revisados para analisar as maneiras pelas quais os códigos pudessem ser vinculados. Esta ligação de códigos em macrocódigos visou criar categorias coerentes (GREEN *et al.*, 2007). Ao final dessa etapa, a totalidade de dados relevantes foi reduzido a categorias que os contemplassem sem perder seu significado (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013).

Já a etapa de **identificação dos temas** exigiu movimento para além de uma descrição de uma variedade de categorias. Envolveu a evolução para uma explicação ou uma interpretação da questão que estava sendo investigada e que tem potencial de generalização. Os temas são mais representativos do que as categorias, pois expressam a base das conclusões que foram tiradas da análise. A identificação de temas, em vez de somente categorias, é, portanto, o teste decisivo de um estudo que produz evidências mais fortes (WILLIS *et al.*, 2007).

O processo de análise que envolveu a união de códigos em macrocódigos, respectivas categorias e temas foi realizado conforme quadro de análise exemplificado a seguir (Figura 8):

Figura 8: Exemplo da organização do processo de análise, de acordo com códigos, macrocódigos, categorias e temas por fase do estudo.

CODIFICAÇÃO			
FASE SONHO			
CÓDIGOS	MACROCÓDIGOS	CATEGORIAS	TEMAS
<p>Código: ● Sonhos são dentro do que é preconizado já</p> <p>Definição de código: não consideram difícil pensar sobre os sonhos para a raps, mas percebem que estes se relacionam com coisas que já são preconizadas dentro da política...</p>	NATUREZA DOS SONHOS		
<p>Código: ● Sonho com uma rede estruturada (com recursos humanos e estruturais adequados)</p> <p>Definição de código: Sonham com uma rede estruturada, com recursos humanos e estruturais, qualificados, e em número suficiente. Entendem que esse sonho já poderia ser realidade, o que resolveria muitos dos problemas enfrentados no cotidiano.</p>	REDE ESTRUTURADA	SONHOS PARA A REDE	UTOPIAS DE TRABALHADORES DA RAPS
<p>Código: ● Sonho com melhora no apoio logístico da rede</p> <p>Definição de código: sonham com a possibilidade de qualificar o trabalho a partir de algumas adequações, como a melhora no apoio logístico da rede (transporte). As limitações de acesso ao transporte, que só está disponível em dias/horas específicas vão de encontro às necessidades dos usuários, e afetam a "versatilidade" do trabalhador. ** Nota referencial: Compreendo a versatilidade como uma postura de inquietude/ dinamicidade, que se adapta às diferentes situações</p>	INFRA-ESTRUTURA		
<p>Código: ● Sonho com implantação de um fluxo a partir de diálogo coletivo</p> <p>Definição de código: sonham com um fluxo que parta da discussão coletiva entre os serviços, que este consiga ser implantado. São sonhos com aquilo que seria o básico dentro da rede.</p>	FLUXO ASSISTENCIAL		
<p>Código: ● Sonho com implantação de um fluxo como estratégia de evitar a fragmentação da atenção</p> <p>Definição de código: sonham com um fluxo que possa ser construído e mantido por seus trabalhadores. Entendem que esta seria uma forma de qualificar o suporte ofertado aos usuários de acordo com as suas necessidades,</p>			
<p>Código: ● Sonho com gestão participativa</p> <p>Definição de código: Sonham com aproximação entre a gestão e a atenção, com gestão participativa e democrática.</p>	GESTÃO PARTICIPATIVA		
<p>Código: ● Sonham com trabalhadores mais comprometidos/ engajados</p> <p>Definição de código: referem sonhar com trabalhadores que demonstrem maior empenho nas suas funções. Acredita na microo política. no</p>	COMPROMETIMENTO DOS COLEGAS	SONHOS PARA OS TRABALHADORES	

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Para todas as etapas de análise dos dados utilizei como suporte um diário de análise, cuja função foi documentar o passo a passo do processo analítico. Esse diário continha anotações sobre o método utilizado, ideias, significados e hipóteses que foram surgindo com a análise, anotações sobre os problemas durante o processo, decisões que forem necessárias de reajuste, e conclusões preliminares (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013).

Convém destacar aqui, que a execução dessas etapas não seguiu rígida sequência, ao contrário, por ocorrer concomitante à produção dos dados, a análise ocorreu em um movimento de ir e vir pelas etapas descritas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa, em todas as suas etapas, como pesquisadora assumi o compromisso de seguir a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b). Também, busquei respeitar a Resolução Nº 510/16 que trata das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016) e a Resolução Nº 580/2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS (BRASIL, 2018b).

Para solicitar autorização institucional para o desenvolvimento da pesquisa no cenário delimitado, o presente projeto foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria, à Comissão de Iniciação Científica (COMIC) do Hospital Casa de Saúde, e ao Gabinete de Apoio a Projetos (GAP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Ao NEPeS solicitei autorização para a pesquisa nos serviços de responsabilidade do município, que inclui os serviços da APS e serviços da atenção especializada. Ao COMIC e ao GAP solicitei autorização para a pesquisa nas unidades hospitalares de atenção psicossocial das suas respectivas instituições.

Após receber a autorização formal desses setores, o projeto foi registrado no Portal de Projetos via sistema SIEweb para ser encaminhado ao Gabinete de Projetos (GAP) e ao

Departamento a que se vincula no Centro de Ciências da Saúde (CCS). E, finalmente, o protocolo do projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil, visando à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado em 24/07/2019, CAAE 3467894.

A produção dos dados, por meio de grupos de discussão e entrevistas semiestruturadas iniciou somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, e mediante assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) pelos participantes, ficando uma via em posse das pesquisadoras e outra do sujeito de pesquisa. Além do TCLE, as pesquisadoras assumiram o compromisso ético por escrito por meio de assinatura do Termo de Confidencialidade (TC).

Diante do contexto de pandemia por COVID-19 e a necessidade de distanciamento social, os encontros em grupo das fases *Design* e *Destiny* foram suspensas. No entanto, a realização desses encontros seria fundamental para atendimento dos objetivos delimitados, por isso solicitei autorização do CEP para prorrogação do cronograma de pesquisa e alteração da estratégia de coleta de dados incluindo a forma remota/online, através da ferramenta Google Meet. A emenda enviada ao CEP foi aprovada em 30/06/2020 sob parecer N° 4.125.242.

Para garantir o **Sigilo e Confidencialidade** dos participantes, seus nomes nem qualquer informação que possa identificá-los será divulgada. Para a exposição de suas falas foram atribuídos códigos com a letra T (de trabalhador) seguida de um número arábico (T1, T2, T3,...). Os códigos são compostos ainda pela identificação da estratégia de coleta de dados em que as falas surgiram (sendo: GD para Grupo de Discussão, e E para entrevista), exemplo, T1-GD ou T10-E.

Todos foram esclarecidos que teriam acesso às pesquisadoras responsáveis pela pesquisa, em qualquer etapa, para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento da participação na pesquisa, respeitando a sua **Autonomia**. Ainda, foram esclarecidos que a não participação na pesquisa não iria afetar o seu vínculo empregatício com o serviço.

Quanto aos **Benefícios** deste estudo, entende-se que estão na possibilidade de fortalecimento das equipes e de suas práticas no atendimento as pessoas com necessidades de atenção psicossocial, além de proporcionar maior conhecimento sobre o tema estudado, pois o estudo contribui na construção do conhecimento em saúde mental.

No que tange aos **Custos** ou **Benefícios Financeiros** todos os participantes foram informados acerca da ausência de despesas ou compensações financeiras pela participação na

pesquisa. As despesas previstas no orçamento desse projeto foram absorvidas apenas pelas pesquisadoras.

No que se refere aos **Riscos**, durante a realização dos encontros poderiam ocorrer alguns desconfortos emocionais pelo fato dos participantes recordarem de algumas situações que os sensibilizaram em suas vidas e em suas relações no trabalho. Nessas situações, a pesquisadora poderia concluir a discussão, prestar um suporte inicial por meio de escuta, e se necessário, encaminhar o participante para atendimento especializado de um profissional de sua preferência, no entanto, tal medida não foi necessária.

Os achados da pesquisa, juntamente com o TCLE e TC, serão guardados, durante cinco anos, pela pesquisadora responsável em um arquivo de uso exclusivo para pesquisas, na sala 1445, do prédio 26, no CCS da UFSM. Os participantes poderão ter acesso a eles caso surjam quaisquer dúvidas. Após esse período os dados serão destruídos.

Como pesquisadora, assumi o compromisso de utilizar os dados e o material coletado apenas para a realização desta pesquisa e formação de um banco de dados. O compromisso ético, político e social das pesquisadoras na devolução dos resultados ocorre por meio da elaboração desta tese que se propõe a ampliar o conhecimento científico nesta área, com a publicação de artigos científicos, e de outras estratégias de sustentação das melhores práticas evidenciadas, que poderão ser planejadas junto aos próprios participantes.

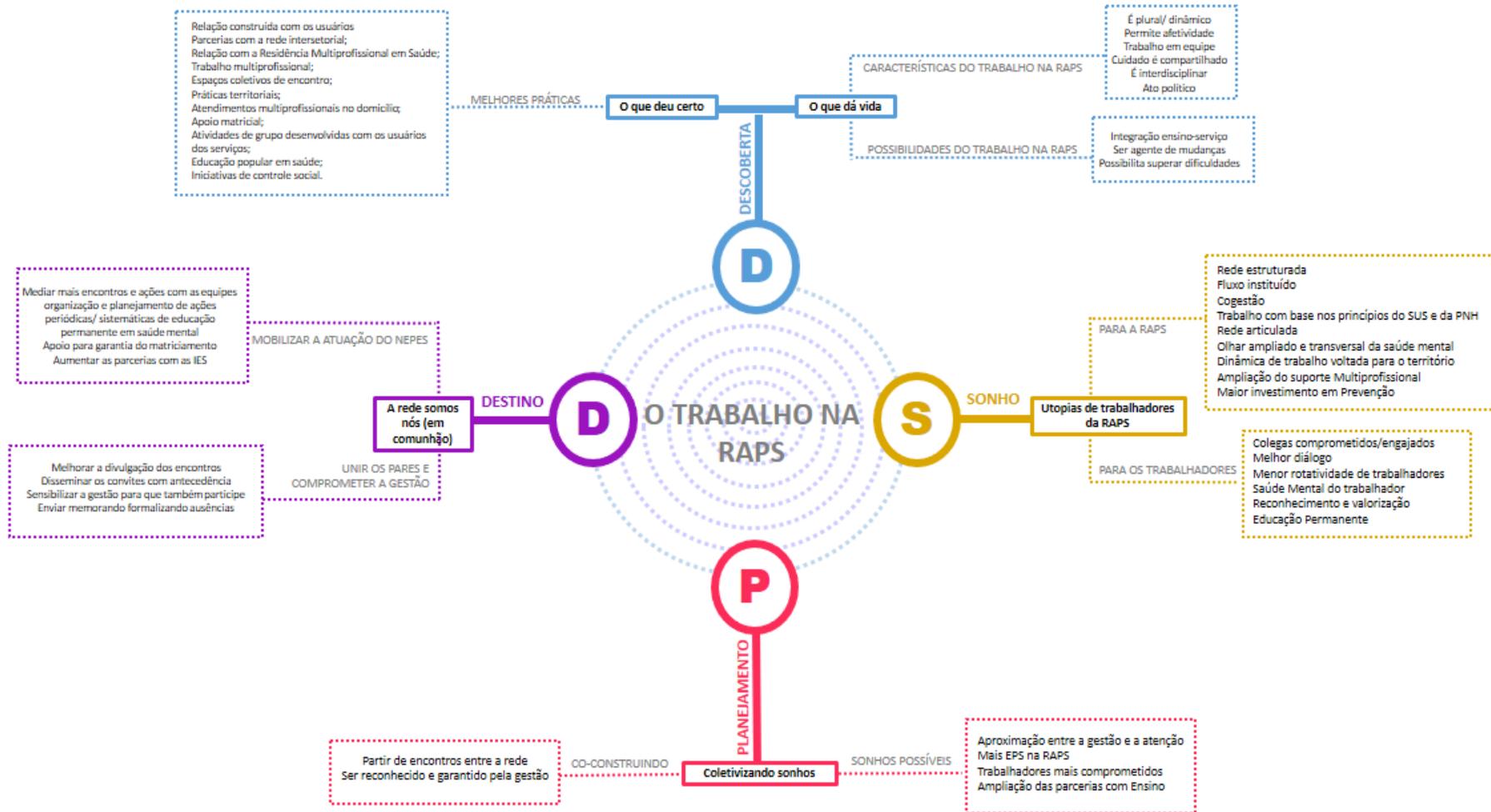
Ainda, encerraremos a pesquisa com a devolução dos resultados, por meio da apresentação do Relatório Final da Tese aos trabalhadores junto a coordenação do NEPeS, permeado pelo compromisso ético, político e social.

5 RESULTADOS

Uma das bonitezas de nossa maneira de estar no mundo e com o mundo, como seres históricos, é a capacidade de, intervindo no mundo, conhecer o mundo. Mas, histórico, como nós, o nosso conhecimento do mundo tem historicidade. Ao ser produzido, o conhecimento novo supera outro antes que foi novo e se fez velho e se “dispõe” a ser ultrapassado por outro amanhã. Daí que seja tão fundamental conhecer o conhecimento existente quanto saber que estamos abertos e aptos à produção do conhecimento ainda não existente. Ensinar, aprender e pesquisar lidam com esses dois momentos do ciclo gnosiológico: o em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente (FREIRE, 2013, p.30).

O conhecimento novo que anuncio neste capítulo é parte da historicidade do mundo da RAPS. Apresento a partir da conformação das informações em temas que emergiram em cada fase do estudo (Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino), suas categorias e códigos relacionados, conforme o esquema gráfico a seguir (Figura 9):

Figura 9: Apreciação de trabalhadores sobre a RAPS de Santa Maria, RS.



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

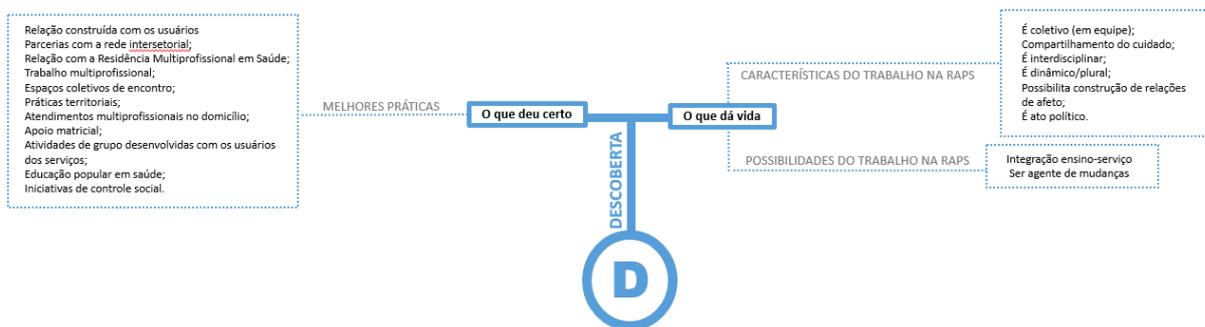
Assim, para a exposição dos dados, esse capítulo foi dividido em quatro seções, em que os achados são apresentados e contextualizados nas circunstâncias que foram produzidos. Cada uma das seções corresponde a uma das fases do estudo.

A principal fonte de dados para esses resultados foram as transcrições dos grupos de discussão, das entrevistas semiestruturadas, das anotações manuscritas por mim e pela auxiliar de pesquisa.

5.1 FASE DESCOBERTA

A fase Descoberta apresenta os participantes do estudo e a essência positiva da sua história na RAPS. O movimento de descoberta vivido pelos participantes está representado na figura a seguir (Figura 10):

Figura 10: Temas, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Descoberta.



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

5.1.1 O que deu certo no trabalho na RAPS

No processo de Descoberta, busquei conhecer os pontos fortes dos trabalhadores e suas instituições. A partir de um resgate de suas histórias e vivências, identifiquei que existem condições que fortalecem o trabalho, servindo como motivação e inspiração. Tais condições serão descritas na categoria a seguir, que apresenta as melhores práticas desenvolvidas na RAPS, de acordo com os seus trabalhadores.

5.1.2.1 Melhores práticas desenvolvidas pelos trabalhadores na RAPS

As melhores práticas estão representadas nos macrocódigos que formaram essa categoria, que são: relação construída com os usuários; relação de parcerias com a rede intersetorial; relação com a Residência Multiprofissional em Saúde; trabalho multiprofissional; espaços coletivos de encontro; práticas territoriais; atendimentos multiprofissionais no domicílio; apoio matricial; atividades de grupo desenvolvidas com os usuários dos serviços; educação popular em saúde; e iniciativas de controle social.

As melhores práticas acontecem **na relação construída com os usuários**, por meio do diálogo, na escuta, nas visitas. Nessa relação, enfatizam ainda a capacidade de transformar vidas por meio do acompanhamento contínuo das pessoas/famílias, poder acompanhar a mudança na vida das pessoas:

Eu acho difícil pensar em melhores práticas! Eu acho tudo que a gente faz legal, tudo tem um significado bem grande, desde o jeito que a gente se comunica com o usuário. A gente tem um movimento bem legal de formar vínculo com usuário. A gente vê que a pessoa se sente bem! [...] As boas práticas são na relação que a gente estabelece com usuário no cotidiano das escutas, nas visitas (T1-GD).

O que é o melhor que eu já vivenciei assim são os momentos em que eu pude ver aqui as transformações que as pessoas operaram em suas vidas e que de alguma forma participei disso, quando eu participei de alguma transformação importante nos processos de vida, de trabalho. Isso aí que é o que tem de melhor (T2-GD).

Eu só quero acrescentar uma palavra: aposta, que é uma coisa que a gente traz assim bem forte, porque essa é uma família (referência a um caso citado anteriormente) que já tinha sido tentado várias estratégias, aí não deu certo, mas o fato da gente poder junto com outros serviços acompanhar longitudinalmente essa família fez toda diferença. A gente não desistiu, e coisinhas pequenas assim semanais, a gente viu melhor até na fisionomia das pessoas, ver eles integrados em um grupo, sentir que eles conseguem circular no território, mas isso tudo pela aposta e por podermos estar acompanhando semanal lá (T6-GD).

Ajuda bastante também o fato de tu ouvir a demanda das pessoas, mesmo aqui no posto (UBS). Às vezes, vem as pessoas e por mais que seja corrido aqui para elas (agentes comunitárias), elas param e conseguem ouvir (T13-E).

As melhores práticas também acontecem quando há **parcerias com a rede intersetorial**. Articulações com outros setores, como justiça, educação, assistência social, tem demonstrado bons resultados, permitindo uma discussão ampliada:

Eu acho que as visitas que a gente faz pela Defensoria também tem mostrado um resultado legal. Os pedidos de internação judiciais que eles (defensoria pública) mandam para os CAPS fazerem as visitas para analisar e ver o que que a gente acha. Então, a gente dá um parecer ou favorável pela internação compulsória ou a gente sugere outras práticas (T1-GD).

Coloquei também uma outra experiência que foi a participação no 'GT FICAI', que quer dizer Ficha de Acompanhamento de Infrequência escolar [...] lá do CAPS nós fomos convidados a participar e cada uma a se inserir um em um GT junto com Conselho Tutelar. A gente começou a se dar conta que as crianças estavam infrequentes muitas delas por problemas de saúde mental. Nisso, juntou representante da rede escolar, Ministério Público, Brigada, CRAS, CREAS, Conselho, enfim, a gente foi tentando chamar outras pessoas para que a gente pudesse discutir os casos daquelas crianças que estavam infrequentes [...] A gente conseguiu ampliar essas discussões para além da frequência escolar. Só que como tudo, às vezes, tem começo meio e fim. Mas, isso foi algo assim, de todos os trabalhos que eu tive no CAPS foi um dos mais interessantes (T6-GD).

A gente inclusive está com atividades de saúde mental na escola, que o PSE (Programa Saúde na Escola) tem um componente e tem outras coisas assim, mas normalmente se realizam (ações de saúde mental). Inclusive a gente ficou com essa proposta do uso da (menciona nome de terreno na comunidade) nessa época que não é tão quente e normalmente não chove tanto, tem mais chance de não dar problema por causa do tempo e aproveitar a questão da promoção da vida, mas normalmente se realizam antropometrias, vacinação, que são coisas importantes, mas a demanda que a escola tem trazido é saúde mental (T11-E).

E, também, o próprio (cita o nome de trabalhador do CRAS), que é o nosso professor do grafite que veio do CRAS, de alguma forma é uma parceria com o CRAS (T13-E).

A gente tem também uma parceria com o (cita serviço de atendimento intermediário à crise). Eles têm nos acolhido com uma certa frequência, a gente tem conseguido encaixar pacientes, mesmo não tendo vaga, a gente tem conseguido. Então, eles também têm nos ajudado. Lá com a (cita uma enfermeira trabalhadora da UBS), que vem é a nossa parceira do grupo de tabagismo que ela se disponibiliza participar também. E eu acho que isso de parcerias é muito bom (T15-E).

Eu lembrei também de uma coisa que a gente participa também que é o PSE, e que trabalha muito também saúde mental. [...] Eles começam a participar e isso dá voz pra eles. Não é só a gente falar, porque eles começam a falar, eles começam a raciocinar, ver o problema e começam a tentar achar soluções eles mesmos. Então, isso é muito bom! [...] Uma parceria que a gente tem e que não dá para ser esquecida também é a associação comunitária enquanto espaço para nós realizar os nossos grupos (T16-E).

Assim, o trabalho no CAPS foi sendo construído e fortalecido com base nas parcerias que ampliam a contratualidade do serviço e, são também, fonte de aprendizagem. Entendem que a melhor forma de produzir práticas é por meio das relações de troca que se constroem em um coletivo, do encontro entre pessoas que se reconhecem, compreendem e acreditam no cuidado em saúde mental que dá certo na RAPS.

O que fortalece tudo isso são sempre as parcerias porque sem elas... Não tinha como não ser as parcerias, que em todos esses momentos tive parcerias com uns e outros arranjos, de pessoas que chegavam, sempre aprendia mais (T8-GD).

Eu considero de início assim para falar que a melhor forma de produzir uma prática é coletivamente. Eu não consigo pensar assim em um grau de investimento e satisfação que não seja coletivo, quando eu reconheço que as pessoas no contorno do trabalho elas estão produzindo de fato saúde, produzindo relações de troca, assim isso vai desde o trabalhador até o residente, estagiário, principalmente as pessoas que participam dos serviços. Então, eu tenho como algo coletivo [...] Eu vejo muitas ações que foram possíveis pela entrada de parceiros na rede. Então, as melhores experiências que eu tenho foi a troca com pessoas dispostas a aprender, a trocar, a ensinar modos de operar

vida [...] essa aproximação com uma rede que eu falo, que não é a rede disposta na RAPS, é a rede disposta de pessoas com certo brilho no olho assim, como eu costumo dizer! Aí se aquela professora, enfermeira daquele local for uma pessoa aberta, vamos lá, vamos chegar nela, aí vão se promovendo aulas, grupos, espaços, trocas, reuniões e aí as pessoas quando precisam elas chamam, e aí daqui a pouco a gente percebe que esse grupo está junto porque ele quer estar junto, não é porque as pessoas disseram “se juntem naquele serviço e trabalhem!”, ou “vocês têm que fazer isso!” (T10-E).

As melhores práticas também são mobilizadas pela **relação com a Residência Multiprofissional em Saúde**. A RMS se insere nos serviços de saúde como um apoio que vem dando certo, pois desencadeia ações que complementam o trabalho da equipe, ampliam o alcance das ações, além de reanimar/motivar a equipe diante de uma rotina engessada. Experiências como as reuniões entre tutores/preceptores, facilitam a comunicação entre a rede. E, apesar da rotatividade e de questões inerentes ao perfil de cada grupo de residentes, destacam a importância dessa parceria.

Eu acho que é muito bom também as reuniões que a gente participa de núcleo e de campo relacionada a residência também. A gente conhece outras pessoas e eu acho que isso ajuda muito na comunicação quando acontece um caso tu tens que falar com determinado lugar e tu sabe que já tem alguém que tu conheces, que tu confias. Nesses espaços eu conheci muita gente legal que me passou confiança para passar um caso, para trabalhar junto alguma coisa (T1-GD).

E aí com entrada da residência foi justamente essa condição da gente ter mais camadas assim de alcance, sair só do servidor, que muitas vezes fica reprimido pelo engessamento da rotina que vai modificando a gente, e aí o residente vem com outro gás, vem com outras possibilidades, e a gente vai ficando mais próximo do território com mais parceiros. Então, a gente conseguiu com redutor de danos, com residente, com trabalhador, servidor, estagiário fazer parceria, fazer troca, fazer o trabalho de apoio (T10-E).

Quem socorre são os residentes, porque por conta das demandas eu tenho residente de saúde mental aqui no território. E assim, foi bem interessante porque quando eles vieram eles estavam em pânico, porque eles não queriam, foi que nem gato segurando com a unha sabe, e agora eles não querem sair, eles não querem ir para o especializado. Às vezes, troca a cada dois anos, assim como tem aqueles que vem para somar, tem aqueles que vem para chutar o balde com a gente junto e a gente deu muita sorte que do ano passado para cá a gente pegou dois grupos muito bons e que vieram somar (T11-E).

Nós temos o pessoal da Residência Multiprofissional que iniciou o ano passado e está dando super certo [...] Mas é bem legal, e a gente viu que isso daí já movimentou bastante, eles participam também dos grupos de saúde que a gente tem, então movimentam bastante também. É a parte que a gente tem se dedicado mais (T12-E).

Assim, as melhores práticas estão vinculadas a possibilidade do **trabalho multiprofissional**, que proporciona um cuidado mais ampliado. A aproximação com profissionais que estão para além da saúde, mas que com ela se relacionam, possibilitam produzir práticas mais humanas, significativas.

Às vezes, a gente chega nas equipes e parece que tudo que é da saúde mental é da psicologia, e aqui não tem isso, tem a fonoaudióloga, que às vezes as pessoas nem imaginam, tem a fisioterapeuta. Então, isso é algo bem potente em relação nosso trabalho na saúde mental, não é só da psicologia (T4-GD).

O trabalho em equipe multiprofissional que também nos proporciona dar um cuidado mais ampliado (T6-GD).

Eu tive a experiência de trabalhar junto com uma doutora em saúde, uma enfermeira, que veio para cá e fez um trabalho com arte. Ela trabalhou assim com uma questão de pensar os jovens dentro da questão artística. Experiência de trabalhar com pessoas do teatro, experiência com pessoas com outras intervenções possíveis com o tom da arte. Também com pessoas que fazem marcenaria [...] eu vejo isso como algo que qualifica o nosso fazer (T10-E).

A gente tem muita coisa que a gente pode fazer aqui. A nossa médica ela prescreve medicação de saúde mental sem menor problema. É raro assim ela não prescrever. Quando ela precisa, se ela vê que o usuário tem a necessidade, ela encaminha para o psiquiatra, mas ela inicia um tratamento. Então, são essas questões que a gente vê com as parcerias que vieram (T11-E).

As melhores práticas acontecem quando os trabalhadores da rede conseguem se reunir em **espaços coletivos de encontro**, que possibilitam dialogar e (re)conhecer cada um o seu papel. Há espaços coletivos em comum que reúnem os trabalhadores, como o Fórum de Saúde Mental, Grupos de Trabalho, Reuniões de equipe setoriais ou intersetoriais, Conselho Municipal de Saúde. Esses espaços são vistos como potencializadores do trabalho em rede, por isso devem ser mantidos. A participação nesses espaços é produtiva, uma prática necessária, que agrega ao trabalho e às trocas entre serviços/trabalhadores.

A gente sabe do nosso lugar, às vezes, a gente se indigna com os serviços dos outros, com os outros colegas porque a gente queria que eles estivessem aqui, que eles acompanhassem! Mas, quando tu vais nesses espaços e conversa com outros profissionais, que tu conheces essas outras realidades a gente vê que também é difícil para eles. Então, quando a gente se encontra seja nas reuniões de rede, nos fóruns de saúde mental ou outros grupos eu acho que é importante [...] é bem potente a gente se encontrar e se conhecer mesmo. Outro espaço que eu acho legal também que eu estou indo agora, que eu acho que eu achava muito rico da gente entender o contexto todo é o Conselho Municipal de Saúde. Tem coisas que aconteciam que a gente ficava por dentro, e sabendo como funcionava, desde a questão de cobrança de exames no laboratório. Então, eu acho que esses espaços que tem vários segmentos da rede, e a gente entendendo como funciona (T3-GD).

Esses espaços da reunião de equipe que a gente consegue compartilhar situações de saúde dos usuários do território, discussões de casos [...] eu também trouxe aqui o Fórum de Saúde Mental como espaço potente do encontro que a gente tem aqui, que que é um espaço que a gente senta junto, que a gente pode confiar e trazer o que nos angustia, compartilhar as experiências que a gente está tendo, planejar as atividades. Por exemplo: a feira de saúde foi planejada nesse espaço, alguns eventos também! Então é um espaço de troca bem potente. A gente tenta a partir do que a gente traz de dificuldade pro grupo pensar em alternativas, acionar outros dispositivos (T4-GD).

Eu acho que esses espaços de encontro que a gente participa, às vezes, de alguns espaços que são comuns, outros são diferentes, mas é bem nessa lógica que a gente

trouxe. O Fórum (de Saúde Mental) é um espaço onde diversos serviços estão ali [...] (T5-GD).

Porque a gente se reunia ali (refere-se a um Grupo de Trabalho) foi um espaço de muito aprendizado, porque cada serviço cada um sabe do seu trabalho. Então, ali a coisa circulava, os serviços falavam das suas potencialidades e das suas dificuldades e a gente conseguia se entender e se ajudar. Foi uma das experiências mais ricas que eu já tive (T6-GD).

Eu concordo com ela, nesse espaço onde a gente troca e aí fica sabendo quais atividades que ela tem, sanar dúvidas de como que o usuário faz para ter acesso até o serviço [...] Na prática lá, eu observo que é muito importante também as reuniões de equipe (T7-GD).

Eu acho que essas reuniões também que a gente tem, como Fórum Permanente de Saúde Mental, são espaços também potencializadores, até para discussão de casos, construção de processos, espero que não se perca porque é uma coisa que está acontecendo e está bem legal (T9-GD).

A gente faz reunião de rede para discutir os casos, tem a reunião da rede leste, mas a gente faz reunião de rede aqui (na UBS) para discutir os nossos casos sabe. Então, isso foi um ganho bem grande, mas ainda está engatinhando com muitas coisas. Mas, acho que a gente avançou bastante (T11-E).

Também lembram de um período em que a reunião entre equipes de CAPS (Interequipes) era organizada a partir de demanda prévia de cada serviço, com divisão de responsabilidades/ações. Situação que não ocorre mais dessa forma e precisa ser repensada.

Teve uma época também que a gente se organizou, quando nós sentimos que o Interequipes perdeu força também, que passou a ser um cumprimento de tabela, a gente se organizou e começou a puxar, os serviços puxavam o interequipes, também nessa lógica de tu ter uma demanda prévia do serviços, a gente fazer reuniões anteriores aí no serviços traziam as pautas e quando reunia todo mundo a gente já estava com a pauta pronta, escutava tudo fazia os encaminhamentos, quem pode fazer isso quem pode fazer aquilo, e deixava isso organizado para o próximo interequipes. Então, a coisa não era a coordenação chegar e dar resposta, as respostas eram trazidas pelos serviços. Isso claro demonstra que a gente era mais próximos, que os serviços eram mais próximos uns dos outros, que a gente tinha uma sintonia maior dentro de alguns objetivos. Isso acho que é uma prática bem legal que foi se esvaziando (T3-GD).

As melhores práticas são as **territoriais**, que são contextualizadas, partem do território (diagnóstico situacional) e são voltadas para este.

Eu sempre trabalhei em comunidade vulnerável. Eu levo isso para minha vida de fazer aquilo que é possível dentro daquilo que o usuário pode e daquilo que ele quer. Aqui eu via que tinha muito caso, mas me preocupava, “tá, mas e aí? que casos? O que que são?” Aí, a gente fez um levantamento, a gente pediu para uns acadêmicos fazer junto com os CAPS na época que eles tinham que fazer um diagnóstico, um trabalho de uma disciplina. E aí, eu pedi para eles irem no CAPS para eles verem quem eram os usuários dos CAPS que eram dessa unidade. Aí, a gente começou a questão da planificação (projeto de qualificação da APS), e eu disse para os agentes: assim como eu quero que vocês me tragam os hipertensos e os diabéticos, quero os pacientes de

saúde mental e foi um choque porque a gente tem mais usuários de saúde mental que hipertenso e diabético (T11-E).

Tem áreas que faz mais de seis anos que não tem agente (comunitário). Então, a gente fez tipo um cadastro pequeno. Nós fomos de casa em casa, fizemos levantamento de quantas pessoas moram, quais são os problemas que tem, que medicação usam [...] aqui eu tenho um alto índice de problemas de saúde mental. Não só da doença em si, nosso maior problema até não é a doença, nós temos claro, várias pessoas com doença mental, esquizofrenia, todas essas doenças que tem. Mas, o nosso maior problema é a saúde mental nessa questão de não ter uma perspectiva, as pessoas não ter uma visão de futuro (T12-E).

A partir da análise do território o trabalhador identifica que a sua comunidade necessita de atenção em relação à prevenção do adoecimento mental e promoção de saúde. Para isso, promovem atividades de lazer, feiras de saúde, viabilizando espaços de cuidado no território:

Também em parceria com o Fórum de saúde mental a gente organizou a primeira feira de saúde mental que foi no espaço bem legal do município, com diversos grupos comunitários que participaram. Os usuários dos CAPS participaram, levaram os seus produtos para comercializar para tocar experiência. Foi espaço de encontro bem potente assim teve parceria com as escolas, com a Secretaria (T4-GD).

As atividades que a gente fez do (cita o nome de um projeto da comunidade). Fizemos duas vezes, que é um projeto que a gente tem feito para valorizar a área verde ali com atividades voltadas para a saúde mental [...]. E foi assim um evento de promoção de saúde mesmo. Tanto é que lá teve slykline, batalha de hip hop, muralismo e o ano passado a gente conseguiu fazer alusivo ao setembro amarelo (T11-E).

Então, é nisso que a gente focou do ano passado para cá, de fazer prevenção. Então, nós temos um grupo que é de saúde mental que a gente trata justamente isso, a prevenção, trabalha a autoestima, a valorização da vida. Até a gente vai para praia agora em fevereiro com eles, que eles organizaram, que teve o ano passado. A primeira edição dos jogos da primavera, que foram eles que organizaram, que é um grupo que está bem ativo, vai fazer um ano (T12-E).

A gente faz bastante passeio. Tenta tirar eles também um pouco, de vir só para o grupo. Tenta tirar eles um pouco para fora. Agora, essa semana que vem a gente vai levar eles no teatro. A gente já foi no balneário, já fomos na chácara. A gente inventa lugares assim para levar eles (T14-E).

A gente também realiza semestral uma feira de saúde. Aí, nessa última que foi feita teve Reiki, teve Auriculoterapia, teve teste de glicose, verificação de pressão, construção de mandala, varal solidário, confecção de chinelos decorados, tudo é trabalho de saúde mental (T15-E).

Também emergem como melhores práticas os **atendimentos multiprofissionais no domicílio**, que permitem visão mais ampliada sobre o sujeito e seu contexto.

Os atendimentos domiciliares multiprofissionais também é algo que a gente vê resultados bem fortes a partir desses acompanhamentos que a gente faz conforme a demanda dos usuários, esses espaços de escuta, de acolhimento, a gente acaba disponibilizando porque as vezes os processos das equipes estão muito naquela

demanda da queixa do sintoma, então a gente consegue as vezes ampliar um pouco mais só com escuta, espaço de acolhimento (T4-GD).

O acompanhamento que a gente tem feito no domicílio com a família semanalmente, uma família extremamente vulnerável, com problemas sérios psíquicos e muito desacreditada do território, excluída do território e hoje a gente está vendo uma realidade completamente diferente, então esse acompanhamento semanal por uma equipe multi, além claro do acompanhamento da equipe do território, acho que isso faz uma grande diferença. Enquanto eu estava no CAPS eu lembro de ter atendido uma família que eu só fui entender o funcionamento quando eu fui no domicílio só fui entender lá porque que a criança estava no CAPS. Eu acho que o nosso trabalho no Nasf nos propicia isso, de fazer atendimento no domicílio isso é muito rico tanto pra gente quanto para o usuário (T6-GD).

Como Agente de Saúde, eu acho que nas próprias visitas domiciliares. A saúde mental está na escuta, porque tem visita que a gente chega e tem que estar perguntando, mas tem outras casas que a gente só chega e eles já começam, e aí tu fica ali, aí tu ouves, tu escutas as queixas e tudo mais (T13-E).

As melhores práticas estão na aproximação entre APS e equipe especializada, por meio do **apoio matricial**. Nesse contexto, o NASF tem papel relevante, como retaguarda para as unidades na atenção à saúde mental. Com o apoio do NASF foi possível fortalecer as atividades de saúde mental (promoção de saúde) na APS.

Então, eu penso que o NASF é um dos grandes potencializadores da rede de atenção básica e não entendo Santa Maria como só tem um NASF, enquanto a gente vai aí para municípios muito menores e tem 3, 4. E, agora, a gente tem toda essa questão aí que ainda vão ter que depender da gestão para ficar ou não, mas acho que uma secretaria, uma gestão que não aposta numa potência de especialistas para dar um suporte para suas unidades, não sei, penso que está sendo retrógrada. Isso pra mim é potência! (T8-GD).

Bom, eu estou desde abril do ano passado no NASF. Eu não tinha tido uma experiência assim muito próxima com a saúde mental até então. Uma coisa que eu noto bastante é que as estratégias (ESF) elas nos solicitam muito para apoio nos casos de saúde mental, porque consideram que foge ao alcance deles. Então, a gente tem tido bastante contato com esses casos (T9-GD).

Eu sempre quis formar um grupo de convivência, só que a gente não conseguia! Começava uma semana e ia um, dois, três. E, eu acho que faz um ano e pouco e daí deu tudo certo. A gente conseguiu o apoio das gurias que vem do NASF, da educadora física, da TO (T14-E).

Na perspectiva dos trabalhadores também há experiências positivas no trabalho de apoio realizado com a APS. Dessas experiências surgiram vínculos afetivos, que inclusive facilitam manter a rede entre as pessoas/serviços (redes afetivas/quentes). Há uma via de comunicação aberta entre equipe de APS e equipe especializada que facilita a discussão ampliada dos casos. Porém, também compreendem que a experiência de apoio matricial é potente quando há abertura e reconhecimento por parte do serviço de APS para que isso ocorra.

Como a gente vê a colega falando que tem muito caso de saúde mental, as unidades (ESF) realmente não conseguem porque eles têm que dar conta de tudo, mas quando a (trabalhadora do CAPS) chega, eles até já intuíram que era aquilo. Mas, eles precisam do aval daquele profissional que está dentro que é especialista em saúde mental, um empurrão que faltava para aquele cuidado (T8-GD).

Mas eu posso elencar também a parceria de rede no sentido com a Atenção Básica. A gente pode falar dessas oportunidades que se alcançaram da gente estar enquanto CAPS na Atenção Básica e ser reconhecido como uma referência em saúde mental. Eu tive isso bem enquanto residente aqui e trabalhador desse campo, num trabalho que inclusive gerou muitos vínculos afetivos de pessoas que até hoje eu mantenho contato, mas a gente vai compreendendo também que as redes elas acabam sendo movidas por muita força afetiva [...] O apoio ele inicialmente surgia da demanda de falar sobre casos, daqui a pouco a gente estava indo toda semana, e a gente ficou nesse vínculo de ir toda semana por alguns anos, entendendo que não tinha muita condição, e começou tipo vai quem consegue, pega um ônibus vai, pego uma carona vai, e aí ficou nesse vínculo, daqui a pouco consegui abrir o estágio, consegui colocar residência no campo de horas complementares, então houveram várias modalidades. Mas sempre tendo aquela referência “ai o pessoal do CAPS. “Então, vem com uma outra carga “o pessoal do CAPS já é uma outra forma de cuidar, de acolher [...] a gente também consegui entender que a gente só consegue apoiar um lugar aqui que queira e reconheça que pode ser apoiado. E esse território reconhecia essas práticas e consegui apesar de toda uma dificuldade que é a complexidade de lidar com saúde mental, principalmente usuário de droga no território, isso foi alcançado por um período, por um período (risos), as coisas não duram muito, mas esse período foi extremamente potente de encontro (T10-E).

E aí, a gente tinha o (cita nome de um psicólogo residente), ele veio umas duas vezes, e o (cita o nome de um psicólogo do CAPS) vinha para conversar para fazer apoio matricial e a gente conseguia fazer algumas coisas, discutia algumas coisas assim e foi andando conforme a gente foi reconhecendo esses usuários a gente foi começando a fazer atividades de educação permanente, o pessoal dos CAPS começou a vir [...] Hoje, o pessoal do CAPS liga: “eu tenho uma usuária aqui que é do teu território e está acontecendo tal e tal coisa e a gente consegue ter esse feedback para o pessoal do CAPS” (T11-E).

Melhores práticas também são atreladas às **atividades de grupo desenvolvidas com os usuários dos serviços**. Inclui atividades como: grupo de familiares, grupo de adolescentes, grupo de mulheres, grupo de caminhada, artesanato, entre outros, que são desenvolvidos pelos trabalhadores ou em parceria com estudantes. São atividades que tentam suprir a carência de oportunidades de cultura e lazer para as comunidades.

Também outra atividade importante é o grupo de familiar e outras atividades de grupo que a gente tem (T7-GD).

A gente sempre teve grupos de caminhada, mas a profissional de educação física que está ela tem esse lado da saúde mental. Então o grupo de saúde mental ele agregou pessoas que tinham um diagnóstico de transtorno para caminhada. Então esse grupo tem esse viés hoje que não tinha. A gente tem um grupo de mulheres que é coordenada pela psicóloga da residência e a técnica da enfermagem é membro permanente, isso é uma coisa que a gente conseguiu que todas atividades que são feitas pelos residentes tem um profissional da equipe junto, tem um grupo de mulheres e tem um grupo de crianças que a gente coordena, que a Fono coordena, mas daí as agentes de saúde

participam também. E eu tenho grupo de adolescentes na quinta-feira de tarde que é o pessoal da TO (terapia ocupacional) que vem fazer o estágio (T11-E).

Não tem nada que traga para eles alguma coisa nova, alguma coisa que movimente. Então nos grupos o que a gente traz, a gente traz jogos, a gente traz brincadeiras, a gente traz coisas pra eles além..., coisas motivacionais, a gente traz vídeos. Então, movimenta, se torna uma coisa atrativa para eles (T12-E).

O que a gente tenta fazer quando recebe os casos de saúde mental é incluir nos nossos grupos. A gente tem um grupo de convivência, que é um grupo aberto que pode participar de todas as idades, e a gente tem o nosso grupo de adolescentes também, que aí é para crianças de 12 a 21 anos. A gente tem o grupo de artesanato que também é um grupo aberto, e a gente tem um grupo de tabagismo também que não deixa de ser da saúde mental (T15-E).

Eu acredito que os nossos grupos sejam o nosso carro chefe nessa questão da saúde mental para todos os usuários que participam e é sempre uma briga para trazer mais gente. Porque como a gente tem áreas muito vulneráveis aqui, parece que as pessoas elas precisam estar no grupo, ali elas são ouvidas, no grupo elas conversam, no grupo elas são enxergadas, se sentem ouvidas, e para questão de saúde mental isso é importantíssimo (T16-E).

Entre as melhores práticas também a **educação popular em saúde**, que surge da experiência de criação de uma Escola de Redução de Danos (RD), mencionada por um dos trabalhadores da RAPS, que mobilizou ações no território envolvendo movimentos sociais, estudantes, docentes. Houve capacitação de diversas pessoas para atuar sob a perspectiva da RD, a partir do reconhecimento das redes reais e possíveis no território. A escola de RD foi construída na lógica da educação popular em saúde, abriu espaço para o diálogo horizontal e a aprendizagem mútua entre trabalhadores, usuários, professores universitários. Foi uma possibilidade de ocupar espaços historicamente distantes da realidade dos usuários, promover um evento que reuniu pessoas com interesses em comum vindo de todo o país.

E aí, desses oito anos para cá eu sei que a gente teve bons momentos, posso falar de um estágio no tempo de 2013 a 2015 a experiência com pessoas de movimentos sociais, como estudantes, com pessoas implicadas, professores, enfim, que se envolveram dentro de um projeto que foi financiado pelo Ministério da Saúde. Então a gente (os trabalhadores do CAPS) entrou com um projeto, e a gente recebeu uma verba para fazer uma Escola aqui, criar uma Escola de Redução de Danos, com investimento federal para que a gente pudesse capacitar pessoas, não tornar elas redutores, mas apoiadores, pessoas que pudessem apoiar outras pessoas. Então, a gente foi para a rua, foi para os territórios, foi para as unidades de saúde para que essas pessoas reconhecessem essa rede e várias redes possíveis de trocas, para que elas se formassem apoiadores, digamos que não só do campo da saúde, mas do campo das relações, porque o dano muitas vezes não é necessariamente uso da droga. [...] Essa parceria da Escola (de RD) ela possibilitou que pessoas de vários contextos e recortes sociais pudessem aprender em conjunto, era uma escola sem professor assim, era uma escola sem semestres, era uma escola de aprendizado mútuo, quem vinha da rua com o saber popular de trabalhar com jovens estavam ali para ensinar professores que não tinham esse contexto, para ensinar trabalhadores da saúde que não tinham formação para trabalhar com pessoas da rua. Então, a gente também pode ocupar a universidade,

pode fazer um evento a nível estadual. Esse evento de Redutores de Danos a nível estadual veio pessoas do Brasil inteiro, vários nomes do Brasil em Santa Maria, esse evento de 2015 é um exemplo (T10-E).

Entre as melhores práticas os trabalhadores também lembram **iniciativas de controle social**, como em um período de mobilização para criação de um Conselho Gestor de Saúde Mental, representativo de usuários, instituições de ensino e trabalhadores da RAPS. Destaca esse Conselho como uma política de oprimidos, não reconhecida, mas significativa e potente.

A gente fez um movimento acho que há 3 ou 4 anos atrás de criação do Conselho Gestor. Esse foi um movimento para trazer os usuários e representações dos serviços, da Residência (Multiprofissional de Saúde) para fazer um conselho gestor da saúde mental. E aí, como todo movimento, a gente não conseguiu levar adiante, porque teve um problema dentro do Conselho Municipal de Saúde, em que os conselheiros não quiseram reconhecer o Conselho Gestor de Saúde Mental porque eles entendiam que tinha que ser Conselhos regionais, que não podia ser conselho de uma política. E aí, a gente insistiu, insistiu, não teve como aprovar, o pessoal começou a questionar a legitimidade e foi se esvaziando também. Mas, se tinha uma ideia legal de trazer mais autonomia tanto para o usuário quanto para o trabalhador (T3-GD).

Essa experiência (Criação do Conselho Gestor de Saúde Mental) tem um grau de potência de experiência coletiva fantástica, porque é mexer com uma coisa que ninguém quer mexer, que é política. Quando fala em política nos dias atuais a gente fala na representação social da corrupção, do desvio de dinheiro. A gente fala em política, a gente fala em pessoas más intencionadas, a gente fala de descaso. E quando a gente pensa a política como uma forma de fato do que eu acredito e o que eu aprendi, que é a nossa relação com a *polis*, com a cidade, com as coisas, e a nossa relação com o outro, a política é isso, a gente começa a pensar que a gente precisa debater as coisas e conversar sobre as coisas em um nível de entendimento que a gente consiga dizer que a participação de todos é importante. Então, a gente começa a pensar democracia dentro disso. A gente começa pensar de um certo lugar social que as pessoas ocupam, importância delas para construírem a sua vida. Então, a gente começa a pensar no controle social. A gente teve um grupo gestor, mas que não geria nada, porque não era reconhecido pela política dos que mandam. Então, a gente cria a política dos que sobrevivem com a política dos que mandam. Mas, a política dos que sobrevivem, que vivem no meio junto e se reconhecem dão um sentido na vida que é muito mais potente do que aquela do poder de dizer, de mandar. Quem tem poder de dizer e de mandar, eu não sei dizer muito bem do que está dispondo... Ele (Conselho Gestor) foi criado numa parceria de diversos setores com os responsáveis de cada setor, mas ele não foi instituído. Essa criação e essa permanência durou um ano. Então, não é pouca coisa, se tu pensar 12 encontros em um ano, com entidades que estavam interessadas, quem estava interessado ia discutir, debater, expor [...] Então, esse pessoal que estava lá disposto a se expor talvez não era conveniente para o macro, mas a nível coletivo isso foi fantástico. Hoje, quando eu me encontro com as pessoas que fizeram parte disso é a primeira coisa que a gente fala, muitas vezes de como era fantástico aquilo, aquela participação! A segunda coisa, que a gente pensa também é como a gente vê que as coisas são destituídas facilmente por poder! (T10-E).

5.1.2 O que dá vida ao trabalho na RAPS

No movimento de Descoberta fomentado junto aos trabalhadores, revelamos que há características peculiares ao trabalho na RAPS que são experienciadas como motivadoras,

aquilo que dá vida ao trabalho e os mantém acreditando e lutando por ser mais na/com a Rede. Essas características são apresentadas e exemplificadas na categoria a seguir:

5.1.2.1 Características do trabalho na RAPS

As características estão representadas nos macrocódigos que formaram essa categoria, que são: o trabalho é coletivo (em equipe); compartilhamento do cuidado; o trabalho é interdisciplinar; é dinâmico/plural; possibilita construção de relações de afeto; o trabalho é ato político.

Na RAPS os trabalhadores vivenciam experiências de **trabalho coletivo (em equipe)**, onde se apoiam, dialogam e se comprometem, o que favorece permanecer bem diante das dificuldades.

Outra coisa que dá para colocar também é a relação com a equipe. A nossa equipe ela é bem parceira, tem momentos que tem divergências! A gente sabe até porque é uma equipe que está há muito tempo junto e, às vezes, as coisas tendem a cair na mesmice. Então, essas questões da equipe eu vejo assim, a equipe ela é um conjunto. Mas, é um conjunto que tem coisinhas diferentes dentro. Então, às vezes, a gente tem algumas tensões, algumas coisas assim que são importantes. Eu acho importante que tenha os atritos, diferenças de opiniões. Acho importante que isso aconteça para mobilizar um pouco e ver que você pode fazer outras coisas além daquilo que já faz (T3-GD).

Nós trabalhamos em equipe! E, nós somos uma equipe maravilhosa! Não porque as gurias estão aqui, mas a gente está sempre falando sobre isso. E, acho que isso é o que faz a gente permanecer bem diante de todas as dificuldades que a gente tem, para nos manter enquanto equipe. Eu até coloquei aqui que não é um trabalho solitário porque a gente está sempre trocando, discutindo, compartilhando. Então, isso ajuda a nos manter firmes na medida do possível. E, acho que é isso assim, é um trabalho vivo mesmo, é relacional, é a partir das trocas. E tudo isso faz com que a gente se mantenha bem apesar de tudo que aconteceu tem acontecido e está acontecendo nesse momento (T4-GD).

Isso nos renova assim diariamente. O fato de saber que a gente vai chegar e pode contar com colega para o que der e vier, isso é bem importante (T6-GD).

O que eu vejo também que dá vida no trabalho lá na (cita o nome da unidade) é o trabalho em equipe, e ver o comprometimento de todos, médicos enfermeiros e técnicos, os profissionais da residência multiprofissional, um comprometimento com o paciente (T7-GD).

Outra característica que fortalece (dá vida) ao trabalho na RAPS é a possibilidade de **compartilhamento do cuidado**. Esse compartilhamento ocorre tanto entre os trabalhadores da mesma equipe, como também com outras, especialmente por meio do apoio matricial realizado.

Essa perspectiva também do compartilhamento, a gente apoia algumas equipes. Então, a gente tem muita essa perspectiva de compartilhar com as equipes, e compartilhar entre nós também o cuidado (T4-GD).

[...] eu também coloquei com certeza a equipe, esse cuidado compartilhado que é a grande diferença no nosso trabalho (T5-GD).

[...] a gente nunca aprendeu a ter um cuidado compartilhado. Não vê na faculdade e cada um fica na sua caixinha ali. E, a gente está aprendendo a fazer e está sendo bem legal olhando para o que a gente tinha e o que a gente tem hoje. A gente consegue visualizar as questões que a gente faz (T11-E).

O caráter **interdisciplinar** dos trabalhadores na RAPS também é uma característica que retroalimenta e é mencionada como impulsionadora. Trabalhar de forma integrada e interdisciplinar permite ampliar conhecimento/ação para além do núcleo profissional.

Essa coisa de estar junto também é bem importante. Essa prática integrada interdisciplinar isso faz com que a gente também se aproprie de outras questões para além do nosso núcleo (T4-GD).

Hoje, a gente tem mais potência dentro do CAPS com os educadores físicos que a gente tem dois e mais os estagiários que a gente não tinha. A gente tem também psicopedagoga que hoje faz também parceria (T8-GD).

Para esses trabalhadores, o trabalho na RAPS também se caracteriza por ser **dinâmico/plural**. Assim, é motivado pela sua dinamicidade, que envolve o contato com uma Rede ampliada de relações, incluindo a Rede intersetorial de cuidado. A diversidade de situações que permeiam o cotidiano de trabalho faz com o torne mais leve, e favorece a uma postura de não acomodação.

O nosso trabalho é muito plural. Então, isso é uma coisa que faz também a gente não se acomodar, a não ficar só naquela perspectiva do pesado, porque a gente tem essa prática bem plural (T4-GD).

Essa possibilidade da gente poder circular, de estar em diversos espaços. A gente não tem um espaço único de trabalho. O nosso trabalho acontece junto à ESF, no território, no domicílio, nas escolas. Ele se dá indo nos serviços para discutir os casos. Então, essa possibilidade da gente circular é que nos faz nos manter firmes e unidos, de não ficar sempre preso a um único espaço (T6-GD).

E o que me motiva? Bom, primeiro foi o estranhamento de lidar com essa área da infância e com a questão do psíquico e de todos os comprometimentos, porque é CAPS infantil. E, CAPS infantil não é só a demanda da criança e do adolescente. É muito mais complexo: tem toda uma rede de relações que vem junto, é família, escola, os lugares que ela frequenta, a família estendida, ele e toda a rede que as vezes está envolvida essa criança e adolescente (T8-GD).

Os trabalhadores vivenciam a **construção de relações de afeto**, pautadas no comprometimento, apoio mútuo, na compreensão entre eles. Saber separar questões que possam gerar divergências em relação ao processo de trabalho com questões pessoais também é uma postura favorável, e essas são atitudes que enriquecem e dão vida ao trabalho.

Mas, a gente é realmente uma equipe que se apoia muito, tem muito afeto envolvido. Então, a gente tem muitas questões que a gente discute do processo do trabalho. Mas, isso é o processo de trabalho e faz parte. Então, isso eu acho que é algo que dá vida no nosso trabalho (T4-GD).

A troca de afetos e experiências, e o conhecimento que meu trabalho me proporciona tanto com usuários quanto com equipes, quanto com residentes e estagiários, a melhora da qualidade de vida das pessoas, tu poder vivenciar isso longitudinalmente. A gente pode até não ter o salário que a gente gostaria de ter, mas acompanhar isso não tem preço. Acho que seria isso (T5-GD)

[...] nós somos bem parecidas de pensamento com relação ao trabalho, além da questão profissional, a gente formou um vínculo de afeto, por sermos parecidas, por ter esse comprometimento com o trabalho. Isso nos renova assim diariamente (T6-GD).

Essas parcerias são muito formadas por relações de afeto, por uma composição de cuidado que produziu vínculo (T10-E)!

Uma característica fundamental percebida no trabalho na RAPS é sua possibilidade de conformação como **ato político**, quando o trabalhador, a partir do (re)conhecimento da realidade e apropriação de uma leitura mais crítica desta, seus condicionantes e determinantes, é motivado a buscar estratégias de enfrentamento. Para isso, requer dos trabalhadores autonomia e uma postura de inquietação, de desacomodação, inclusive diante da falta de compreensão na própria política sobre o trabalho no CAPS.

Eu lembro dos primeiros dias assim eu chorava, chorava, porque a gente se compadece das histórias (dos usuários). Mas, como é que chorar pode ser positivo? Eu acho que foi porque eu descobri um outro mundo que eu não imaginava. Hoje, a gente ainda se surpreende com algumas coisas que a gente vê. Isso, faz com que a gente olhe para gente. Para mim pelo menos, assim, que vivia em uma redomilha que a gente olhe as pessoas e passe a pensar sobre as questões públicas, sobre a própria questão da distribuição de renda, sobre a própria questão do país. Que a gente passe a se interessar por outras coisas que num primeiro momento dentro da zona de conforto que a gente está não desperta, de valorizar mais a questão de se preocupar com propostas, com as eleições. A gente que está na coisa pública é afetado completamente pelas políticas, as ideias, os planejamentos das gestões. Então, eu passei a me preocupar muito com isso, em função de ter tido esse choque de realidade. Aí as coisas depois vão ficando meio que rotineiras, as histórias vão se repetindo e a gente cai nessa situação muitas vezes de não ter os recursos que a gente precisa para poder dar continuidade ao tratamento e coisas que a pessoa precisa, claro que isso é uma coisa negativa não o que dá vida, mas ao mesmo tempo isso talvez nos motive a buscar outras alternativas e a visualizar outras possibilidades de rede e de organização que possam funcionar para além disso que a gente tem (T3-GD).

Então, a gente tem essa compreensão assim muito nítida, isso é uma disputa de forças, que o CAPS não é para os trabalhadores, no sentido bem crítica radical da coisa; não é um local da gente se estabelecer e se conformar com a situação, que é o mais comum e mais fácil de fazer. Mas, isso é um desafio porque a própria política como um todo, a própria política não compreende o trabalho do CAPS. Ela também não ajuda muito o CAPS a conseguir ter autonomia [...] e a gente entende que para o profissional poder trabalhar bem, ele também precisa ter autonomia, autonomia que se dá na relação, não tem como tu falar: “ah estamos produzindo autonomia”, “estamos dando autonomia, dando poder, empoderando”. Ninguém empodera ninguém! É muito mais o ego, a vaidade da gente de achar que está arrasando [...] A gente foi indo numa certa linha de compreensão de que não tem como tu querer que uma pessoa participe de um CAPS, seja atendida se não for investido confiança nessas relações! Porque é muito

fácil ter um espaço aberto aqui no serviço público e dizer: ah, ele está aberto, fica quem quer [...] está mais ligado a uma postura, uma inclinação ético política (trabalhador) de que aquele cara que está lá naquele lugar, ele tem algo que ele sabe fazer e o que ele sabe fazer precisa ser investido (pelo trabalhador). E, esse cara (usuário) que está lá e sabe fazer, ele até usa uma droga, mas daqui a pouco se a gente investe nele ele consegue ter outros recursos para ele ver que aquela droga que ele usa não é a questão da vida dele, que ele tem outras coisas mais bacanas. Aí, aquele cara tem uma rede, tem outras pessoas, tem uma vida (T10-E).

5.1.1.2 Possibilidades do trabalho na RAPS

As possibilidades do trabalho na RAPS estão representadas nos macrocódigos que formaram essa categoria, que são: possibilita integração ensino-serviço; possibilita ser agente de mudanças.

O trabalho na RAPS possibilita **integração ensino-serviço** e é fortalecido pela presença de acadêmicos da área da saúde e assistência social, residentes, tutores e coordenadores da Residência Multiprofissional de Saúde junto às equipes dos serviços. Essa integração desencadeia mudanças nos trabalhadores, motiva a renovação, a aprendizagem, permite inovações, ressignificações e continuidade no trabalho.

Eu coloquei outra coisa que é muito importante também, que eu avalio que é o apoio das residentes. Isso foi essencial, é bem diferente de quando éramos só nós, e agora a gente tem um apoio mais definido, a gente já conseguiu construir isso com a residência assim. É isso o residente ele está te provocando ele te dá força ele traz ideias novas. Isso, também movimenta muito, faz a gente estar sempre ressignificando e retomando. Que acho que é uma característica da nossa equipe de sempre discutir. Às vezes, decidir alguma coisa, daqui a pouco rever discutir, e o residente convoca a gente a fazer (T4-GD).

Não tinha pensado a nível de residência, estava pensando mais na relação com usuário. Mas, sem dúvida nenhuma com a equipe da residência, com a entrada da residência, o nosso trabalho pode ser muito mais fortificado e estendido a outros usuários. E, elas fazem com que a gente também saia da zona de conforto, a gente pode ampliar. Isso é bem importante, sair da zona de conforto (T5-GD).

[...] os processos da residência e de estágio que vem fortalecendo sempre essa rede, que as vezes a gente perde aquele... e eles vem: “ah talvez isso”! E aí, reascende toda a nossa potência de novo. Com as unidades de saúde normalmente eles (residentes) que nos convidam (T8-GD).

[...] a gente tem residentes, quatro agora, que são da saúde mental. Essa parceria está sendo muito legal pelo fato do nosso trabalho ser no território e a gente consegue ter um acompanhamento mais longitudinal (T9-GD).

E aí com entrada da residência foi justamente essa condição da gente ter mais camadas assim de alcance, sair só do servidor, que muitas vezes fica reprimido pelo engessamento da rotina que vai modificando a gente. E aí, o residente vem com outro gás, vem com outras possibilidades (T10-E).

O trabalho na RAPS pelos trabalhadores possibilita **ser agente de mudanças**. O trabalho é influenciado/motivado pelo compromisso com a vida, pela possibilidade de "resgatar" as pessoas (usuários), de contribuir para a felicidade e melhora do autocuidado e autoestima delas. A relação construída com o usuário e perceber o impacto positivo das ações na vida dele geram satisfação e motivação (vida) no trabalho.

[...] o que dá vida no meu trabalho, eu gosto de destacar muito a relação com usuário. Porque usuários que a gente atende tem um sofrimento enorme, às vezes cotidiano, uma história de uma vida inteira de sofrimento e na relação que se estabelece, eu vejo muito que eles se sentem bem. Não digo só o meu trabalho, mas o nosso trabalho de todos lá, de eles dar um retorno dizendo que esses momentos que nem a gente ir pra piscina lá, as escutas, as atividades fazendo uma grande diferença na vida deles. E, muitas vezes, é só o que eles têm para amenizar o sofrimento, já que o tratamento farmacológico, a escuta, parece que nada é suficiente. Daí, às vezes, umas pequenas coisas que tu faças lá, faz enorme diferença. Então, a minha maior satisfação é o reconhecimento que a gente faz lá pelo usuário com relação ao nosso trabalho (T1-GD).

[...] o que dá vida são os desafios e acreditar/perceber que nessa convivência ocorre transformações nas pessoas. Desafios e perceber que a gente consegue ver alguns resultados dos usuários (T2-GD).

Mas, o índice de recuperação também, às vezes, a gente relativiza porque é bem difícil essa situação tem muito sofrimento, uma vida toda sofrida e tal. E, a gente ver pessoas que mesmo dentro daquela condição triste ainda consegue superar melhor a ter uma vida um pouquinho melhor (T3-GD).

E pensando assim mais no usuário, acho que eu conseguir descobrir as potencialidades em alguém que já está desacreditado por todo mundo e até mesmo por ele mesmo. Eu acho que isso faz a grande diferença, o brilho de felicidade e a satisfação no olhar. Isso, não tem preço que pague e, também, o autocuidado que tu começa a ver numa pessoa a despontar quando ele se sente acolhido e acreditado (T5-GD).

Eu coloquei também um pouquinho diferente do pessoal sobre o compromisso com a vida. Isso me dá vida ao trabalho, tanto com relação a mim mesma como profissional. Mas, com relação também ao usuário, o fato de ajudar às pessoas a darem sentido as suas vidas. A gente não faz milagre! A gente só ... às vezes, consegue enxergar uma coisa que, às vezes, eles não estão conseguindo enxergar na maior parte das vezes (T6-GD).

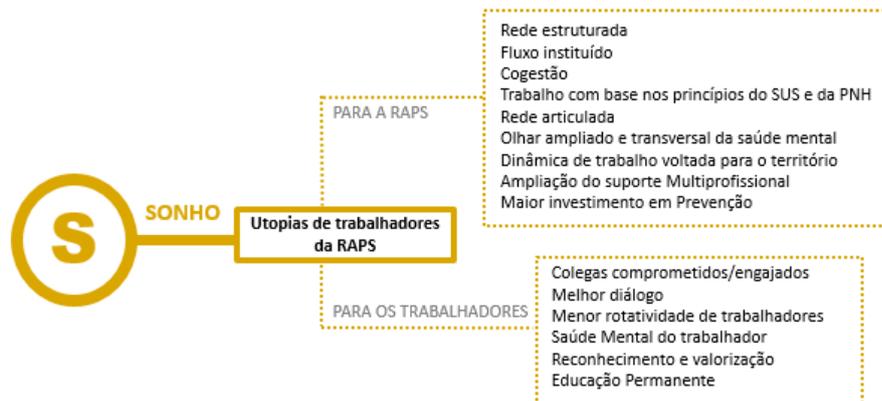
E o que eu vejo assim, que as pessoas entram lá desacreditadas. Paciente participa do grupo aprende a fazer bonequinho de artesanato. A partir daí, deu alta e consegue fazer uma renda extra com que ela aprendeu lá. Então isso, isso dá uma satisfação, dá vida, dá vontade de trabalhar de saber que alguma coisa de útil a gente fez para ela [...] aquele atendimento integral humanizado com os pacientes. Isso que motiva mais e mais (T7-GD).

5.2 FASE SONHO

Na segunda fase do ciclo DSPD os participantes foram convidados a sonhar. Levantamos pretensões sobre como poderia ser o futuro do trabalho na RAPS. Encorajamos a pensar o que seria ideal no cenário futuro, mesmo que parecesse impossível de ser alcançado.

O convite aos participantes para sonhar revelou a utopia que os movimenta frente às condições existentes atualmente e a busca de outras mais adequadas às necessidades da RAPS e dos seus trabalhadores (Figura 11):

Figura 11: Tema, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Sonho.



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

5.2.1 Utopias de trabalhadores da RAPS

5.2.1.1 Sonhos para a RAPS

Os trabalhadores sonham com uma **rede estruturada** (com recursos humanos e estruturais adequados em número suficiente). Entendem que esse sonho já poderia ser realidade. Percebem a possibilidade de qualificar o trabalho a partir de algumas adequações, como a melhora no apoio logístico da rede (por exemplo, em relação ao transporte). As limitações de acesso ao transporte, que só está disponível em dias/horas específicas vão de encontro às necessidades dos usuários, e afetam a “versatilidade” do trabalhador.

Meu sonho é bem simples, na verdade não tinha nem que ser sonho, tinha que ser realidade, que é simplesmente uma rede estruturada, com trabalhadores e serviços que funcionem e existam em número adequado. Só isso, com certeza já resolveria muitos problemas (T1-GD).

A gente trabalha bem, mas, às vezes, não trabalha da melhor maneira [...] são algumas adequações assim que precisam ser feitas, porque precisa todo um suporte que a gente não tem: o nosso carro em dia fixo, quando tem a gente sabe que é o dia tal, e a gente sabe que não tem hora, que não tem dia para as pessoas se desequilibrarem e precisarem de algo. Então, acaba que a gente não tem toda essa versatilidade que a gente queria ter. A gente não é tão versátil como queria, mas pelo menos compreende a necessidade disso, o que já é alguma coisa (T2-GD).

A gente tem determinação no CAPS para ficar carro ali, nunca vi carro lá, não se efetiva sabe. E a saúde mental já comprou frotas de carro com sobra de dinheiro, que a gente sabe, mas não é gestão plena (T8-GD).

Sonham com um **fluxo assistencial** instituído que parta da discussão coletiva entre os serviços, que possa ser construído e mantido por seus trabalhadores, onde fosse possível a desburocratização do acesso do usuário aos serviços. São sonhos com aquilo que seria o básico dentro da rede. Entendem que esta seria uma forma de qualificar o suporte ofertado aos usuários de acordo com as suas necessidades.

Coloquei também sonho do trabalho menos burocratizado. Essa coisa do usuário precisar ir no lugar para pegar um papel para ir para outro lugar. Isso tudo acaba sendo um entrave, precisa mais acesso e ter um fluxo que flui (T4-GD).

Um fluxo discutido por todos os serviços e implantado, ou seja, é o básico (T5-GD).

Coloquei sobre o fluxo também, construção e manutenção de um fluxo efetivo, para que o usuário não fique sem suporte ou tenha que passar por inúmeros locais que nenhum deles atende a sua demanda (T9-GD).

O meu sonho é que as coisas sejam institucionalizadas, que a gente tenha uma política de saúde mental, [...] a gente tem bastante referencial teórico sobre saúde mental que respalda o trabalho em rede, trabalho no território, então seria interessante que tivesse alguém que abraçasse realmente a política, que se dedicasse somente a ela, e que conseguisse institucionalizar mais as coisas, que não dependa de um acordo de cavalheiros para que as coisas venham. Em alguns casos ok que venha um fluxo daqui a pouco de cima pra baixo, mas que venha a conversa também: “olha a gente pensou nesse fluxo o que que vocês acham, o que é que está andando, o que que não está andando, o que que as equipes tem que melhorar (T11-E)?”

Os trabalhadores sonham com **aproximação entre a gestão e a atenção**, com gestão participativa e democrática, com **cogestão**. Sonham com o SUS que dá certo, o SUS ideal, que precisa ser revitalizado continuamente. Compreendem o seu protagonismo para fazer dar certo, que não é responsabilidade somente da gestão. Sonham com o **trabalho na RAPS pautado nos princípios e diretrizes do SUS e da PNH**, com atendimento mais equânime, com valorização do protagonismo e autonomia do usuário.

Também, o sonho de trabalhar com base na equidade, no protagonismo do usuário. Também trouxe essa coisa da PNH, da aproximação entre a gestão e atenção, a gente conseguir ter um diálogo efetivo com a gestão [...] Essa questão do planejamento integrado, da gente poder estar junto com a gestão construindo, não só a gestão pensando e a gente executando, mas que a gente possa junto, trabalhadores, gestores e usuários construindo essas propostas de cuidado. Tudo isso é um SUS que a gente acredita, que sabe que dá certo, mas que em alguns momentos a gente precisa estar se fortalecendo. Também entender que a gente tem um papel fundamental nisso tudo, que não é só a gestão, nós também somos corresponsáveis por isso (T4-GD).

O meu sonho também não foge muito disso, uma gestão e uma coordenação participativa [...] (T5-GD).

Então, eu acho que a institucionalização de fluxos, e seria excelente a cogestão, porque com cogestão as coisas andam, porque a gente sabe que tem os fluxos que daqui a pouco em um território vão andar melhor, em outros menos, cada território tem uma particularidade. A gente tem desde questões de características culturais da população a questões de acesso. Aqui é um exemplo, aqui o acesso é muito ruim pro usuário para diversas coisas. A própria questão de farmácia, as vezes eles ficam sem medicação porque não tem dinheiro para ir buscar. Então, tem questões que a gente sabe que vão ser singulares, mas tem questões que podem e devem ser melhoradas. Se tu não podes contar com o bom-senso, com a humanização e com a ética do profissional. Então, que tenha protocolos que funcionem e que direcionem mais próximo para as coisas acontecerem. E normalmente, as pessoas que estão dentro da secretaria, que estão na gestão, nunca atuaram no território, ou se atuaram foi há muito tempo em alguma outra realidade, mas na Atenção Primária a maioria não. Então, eles não têm noção do que é o nosso dia-a-dia. Porque daqui a pouco não adianta ter a meta “ah tu tens que criar tantos grupos, fazer tais e tais coisas, ok é importante, só que nós não somos uma unidade de saúde mental, nós somos uma Unidade de Saúde, a gente tem que abranger todas as outras questões também. Eu acho que essas duas coisas assim já seria um grande avanço, porque o resto a gente teria que ir construindo, não tem jeito, não dá para ter uma receita pronta. A gente tem uma cobertura baixa da atenção primária, e agora está vindo aí uma portaria que vai reduzir o nosso financiamento mais ainda, então tendo a cogestão, tendo a conversa, tendo planejamento efetivo com avaliação, com usuário podendo participar disso também, então eu acho que a gente já avançaria muito (T11-E).

Também sonham com uma rede que trabalhe de forma articulada, planejando intervenções a partir da compreensão das necessidades do usuário e da saúde mental como um direito. Uma rede que seja capaz de um olhar ampliado e transversal da saúde mental, e que acolha a crise como um fenômeno social.

Meu sonho é que a gente possa atuar como a gente estava conversando, mais coletivamente, conjuntamente, articuladamente, para as situações de crise da sociedade. Tentei pegar uma saúde mental como uma noção bem ampla, não só da doença, mas crises diversas que acontecem, e meu sonho é que a gente conseguisse atuar mais incisivamente nessas crises e ver uma coisa que já é, mas que a gente quer ver na prática que a saúde mental como um direito básico, que esteja presente no cotidiano (T2-GD).

Que tivesse um espaço de acolhimento para situações de crise (T9-GD).

Que a gente funcionasse em rede mesmo, que nós, como unidade de saúde, a gente fosse procurado como referência pra conseguir realmente resolver o problema das pessoas. Por exemplo, uma pessoa que está passando fome, que a gente tem vários casos assim, de pessoas que não tem dinheiro para comprar comida, que a gente tivesse um telefone e ligasse assim “olha eu estou com uma família que realmente precisa e a gente pudesse desligar o telefone dizer pra eles vai até tal lugar e pega comida, ou dizer vai em tal lugar que tu vais conseguir atendimento, ou vai em tal lugar que a pessoa vai te ajudar”. Eu acredito que grande parte dos problemas que a gente tem bem grave a gente não consegue fazer isso. A gente liga pra um lugar, liga para outro, liga para outro, liga para outro, e acaba não conseguindo. Então, acho que falta mais mecanismos de fazer essa rede realmente trabalhar em rede, e daqui a gente conseguir investir mais em tentar ajudar as pessoas (T16-E).

Sonham com uma **dinâmica de trabalho que se aproxime mais da realidade/território dos usuários**, que possibilite planejar ações de cuidado contextualizadas,

em parceria com as famílias, que seja menos fixo no serviço e nas demandas que chegam a este. Sonham com o investimento em um **cuidado de base territorial e com olhar ampliado para a família**. Para que esse sonho aconteça é necessário ampliar as equipes de Atenção Primária (ESF e NASF), e que estas trabalhem na perspectiva da Clínica Ampliada.

E se a gente puder atuar de maneira mais volante com as equipes de saúde mental? Pensando nisso que as gurias colocaram, da potência do trabalho no território, para a gente poder perceber melhor as situações e pensar melhor desdobramentos pros casos. Que nem tu (pesquisadora) perguntou “Como que é a rede (fluxo)?” A gente tem fluxos internos mais ou menos e tem os serviços fixos, mas não tem muito o fluxo entre, é “o CAPS funciona assim” se adaptem, “ah o posto funciona assim”. Aí o que eu noto assim no cotidiano é que a gente é muito fixo. Um exemplo assim, a gente pode escutar um paciente em crise algumas semanas, e a crise dele foi desencadeada por várias situações, falta de assistência farmacêutica, falta de um monte de coisa, e todas as semanas ele vai no CAPS e pede pra conversar e eu converso com ele, mas eu não consigo ler a situação, levo várias semanas pra fazer uma leitura do que que estava acontecendo realmente, e como eu só tinha o relato dele não podia julgar de antemão que era um sintoma psicótico, eu estava escutando ele, o que está certo que pra ele é importante, mas era muito difícil contato com a família, porque ele não autorizava, até que os familiares ligaram e falaram que estavam preocupados, que tudo isso que ele relatou é sim um dado patológico, que ele estava percebendo as coisas de maneira equivocada, e eu vi que eu precisava desse dado, e que como o nosso trabalho fixo é um trabalho burro, porque eu sei que foi importante fazer essas escutas no CAPS pra ele, eu sei da importância disso, isso já previne muita coisa, mas o quanto poderia ser mais efetivo de bolar outra estratégia já para não precisar internar ele, por exemplo. Aí, amanhã a mãe dele vai conversar com o médico, essa coisa mais rápida e vai sair provavelmente, se a gente não pensar algo juntos, com o pedido de internação, paciente que entrou em crise provavelmente por parar de soco os remédios e tal. Então, esse fio da meada as vezes que a gente...o modo como a coisa está constituída (T2-GD).

Eu coloquei cuidado efetivo no território, quanto a isso eu coloquei fortalecer a Atenção Primária com mais equipes de Saúde da Família, mais equipes de NASF trabalhando uma lógica de Clínica Ampliada. Daí, eu coloquei a questão do cuidado de olhar para o contexto das famílias, que a gente vê que isso dá muito certo a gente consegue cuidar no território isso é muito efetivo. Essa prática interdisciplinar, esse trabalho em rede, esse espaço de troca (T4-GD).

Os trabalhadores também sonham com mais parcerias com as instituições de ensino, com a **ampliação do suporte multiprofissional**. Entendem que as demandas do território seriam melhor acolhidas se houvesse a inclusão de outros núcleos profissionais, como educador físico, farmacêutico, nutricionista e fisioterapeuta.

Já abri (vaga) para a fisioterapia, para a educação física, está aberto, mas o difícil é conseguir alguém que queira vir, para ampliar sabe, aqui precisa muito sabe. Onde tivesse mais essas parcerias, agregasse mais áreas que pudesse trabalhar em conjunto seria muito bom. A gente tem lutado muito para agregar mais, sabe, mais participação de outras áreas. Aqui faz dois anos que a gente conseguiu a saúde mental, não tinha, por exemplo residência, não tinha nenhuma, a gente conseguiu também a obstetrícia que veio para cá, então aqui a gente queria educador físico. O povo gostaria de ter, por exemplo, grupo de caminhada, grupo de exercício sabe, e não tem condições, a gente não tem perna pra isso, eu até tentei fazer sabe, mas eu não consigo parar para

isso, é só nós é eu como enfermeira, uma técnica, um médico e cinco agentes da saúde (T12-E).

O meu sonho é ter residência aqui, esse sonho ele é bem cabível, só que o sonho está tão demorado que eu não sei se um dia vai se realizar. Mas, se a gente tivesse aqui residente da farmácia, residente da nutrição, já contribuiria bastante com os nossos pacientes, porque os nossos pacientes são bem pobres, e aí a gente encaminha para os lugares, mas eles não têm condições de ir. Então, se a gente tivesse a residência já ia melhorar um pouco quem sabe a saúde mental deles porque já estaria solucionando os problemas (T15-E).

Para esse trabalhador, é necessário sonhar em comunhão. Parte do reconhecimento de que as coisas não estão dadas, e por isso, os encontros possibilitam invenção, criação. Criar possibilidades de mudança gera desgaste, mas são encontros possíveis para aqueles trabalhadores que sonham.

O sonho possível é da ordem do encontro com as coisas. Então, depende muito do movimento que cada pessoa está construindo na sua vida. Eu acredito que duas pessoas que se encontrem no processo de vida é possível fazer muita coisa. E muita gente também acredita nisso, que muita gente está disposta a inventar, porque as coisas não estão dadas. Então, a gente tem também o desafio de tornar coisas possíveis, mas também de acreditar que elas não estão prontas, que as coisas não estão dadas, que demanda um tempo complexo, que é um tempo de se dispor para além do trabalho, para além de um desgaste emocional, muitas vezes, é um desgaste para além do emocional. Tem muitos recursos que ficam difíceis de ser alcançados, tem muito revés assim com isso, mas a possibilidade sempre existe para aqueles que sonham... (T10-E).

5.2.1.2 Sonhos para os trabalhadores

No cenário de sonhos, emergiram aqueles que estão mais voltados ao trabalhador, suas expectativas, necessidades e atitudes que poderiam ser diferentes no mundo ideal.

Os trabalhadores sonham com **colegas (de trabalho) mais comprometidos**, que demonstrem maior empenho nas suas funções, com o olhar e o fazer ampliados para além do que está posto, e com uma postura empática. Ao mesmo tempo, refletem se a falta de engajamento não estaria atrelada ao desconhecimento do seu papel, das possibilidades no exercício da sua função no serviço e no trabalho em rede.

Acho que trabalhadores empenhados em fazer as suas funções, sabe. Em alguns momentos, não é querer exigir mais das pessoas, mas as vezes a gente precisa fazer algo além, as vezes com o colega, as vezes com paciente, com usuário, coisas que estão muito ligadas a uma questão de empatia, porque também se tiver serviço em um número adequado e trabalhadores em número adequado, e não funcionar os serviços, os trabalhadores não trabalham da maneira como deveria não adianta, pode contratar infinitamente que o negócio não vai funcionar. Assim como, às vezes, em número

reduzido o serviço funciona de uma maneira incrível, muito pelo trabalhador. Então, isso é um sonho que não deveria ser sonho (T1-GD).

Eu penso que a gente tinha que despertar nas pessoas esse compromisso com o trabalho, mas isso é de cada um. A gente pode dizer que eles não se engajam, mas depois eu fiquei pensando que pode ser que talvez ninguém tenha dito como fazer, e aí eu vou fazer como eu acho melhor [...] E o compromisso com trabalho deveria ser mais efetivo, mas não um medo de que eu não sei fazer, o não saber fazer é a primeira oportunidade pra gente fazer melhor (T8-GD).

Também entendem que dentro das equipes o **diálogo poderia ser mais aberto**, por meio das trocas de experiências seria possível deixar mais claro qual a lógica que orienta o trabalho. Há uma tendência ao trabalho com base na clínica tradicional, e a carência de espaços de troca que discutam estratégias de superação desta.

Completando, então, com o meu sonho, que é um pouquinho do de cada um de vocês, depois que a gente fica muito tempo no lugar, e é bom ficar porque a gente aprende, se desacomoda também com algumas coisas, eu sinto muita pena de quem entra no CAPS, não é pena da piedade, eu fico assim impactada das pessoas não saberem o que tem que fazer. Elas chegam com toda uma bagagem de aprendizado e de vivência, mas aí chegam no CAPS e travam, porque é diferente. E aí eu vejo os meus colegas fazendo clínica porque é o que sabe fazer, mas não tem um espaço que te conecte pra falar assim “olha o CAPS não é só clínica você pode fazer outras atividades, você pode fazer um atendimento saindo da sua sala, caminhando com a criança, passeando, e tem muitos terapeutas fazendo, mas parece que aquele fazer não contamina os outros, porque eles chegam e não tem espaço não tem um momento que a gente possa conversar, dialogar e trocar, a ponto de perguntarem assim um momento de descontração “por que você sai com eles?” “E o que vocês fazem quando vocês saem?” Eu digo olha, criança às vezes não fica na sala, então a gente caminha e ele vai contando as coisas, mas não tem esse espaço de diálogo, e eu acho isso uma falta imensa. Porque alguns entram e vem conversar e aí a gente pode trocar “já pensou se você faz de outra forma e tal”, mas nem todos dão abertura também né, cada um tem o seu jeito de ser, seu modo de ser, tem pessoas que são mais comunicativas, mas tem outras que são muito fechadas, e que sofrem muito (T8-GD).

Outro sonho se refere a **menor rotatividade dos trabalhadores**. Sonham com a melhora no vínculo dos trabalhadores, e esta se atrela a redução da rotatividade destes nos serviços. A cada troca se perdem/retrocedem as pactuações feitas.

Coloquei também aqui menor rotatividade de profissionais nos serviços para que os vínculos construídos não sejam rompidos, isso levando em consideração os trabalhadores engajados (T9-GD).

Sonham com espaços para se tratar da questão da **saúde mental do trabalhador**, que haja oferta de escuta, acolhimento de demandas.

Uma coisa que eu sempre costumo dizer para as pessoas que chegam “Gente, se por alguma razão você não tiver condição, que bateu com você o caso peça ajuda! Porque senão daqui a pouco é você que adoeceu” “Ah, mas eu estou com problema em casa, não estou conseguindo ouvir o paciente”. Não vai fluir, sai, vai tomar uma água,

chama colega para dar um suporte, se sintonize e volte. Isso é cuidado com o cuidador. Aí, as pessoas começam a se trancar, não querem nem trabalhar: “ah, esse paciente eu não quero!”, “ah! eu não vou atender o fulano”. A gente ouve isso no serviço: “Ah, eu não posso trabalhar com tal coisa”, “tá, então, você fica no apoio, se a gente precisar você entra”. A gente tem que ser também amoroso com esse não, porque esse não é uma impossibilidade, vamos tirar a malandragem disso, estamos falando de trabalhadores que tem vontade de trabalhar (risos) (T8-GD).

Coloquei também suporte ao trabalhador, a questão da saúde mental do trabalhador, no sentido da escuta (T9-GD).

Também sonham com maior **reconhecimento e valorização** entre os pares. A dinamicidade do trabalho para além dos limites do próprio CAPS não é reconhecida e faz com que o trabalhador precise estar se justificando.

Às vezes, eu saio de casa assim e digo: “Agora por favor não me chame, porque eu mergulharei no meu trabalho” porque eu vou procurar fazer da melhor forma possível, trocando ideias. E aí o que que acontece: “ah a (cita o próprio nome) passeia muito, tu não paras aqui, não sei o que, tu tens que ver essas questões” gente, eu faço rede, eu não posso ficar só aqui, mas quando eu estou aqui, eu estou aqui! Podes abrir a porta, me chamar, não que eu saiba muito. Mas, às vezes, é só trocar, tomar um chimarrão ou sei lá, vai se esvaziando assim... (T8-GD).

Em relação à valorização, inclui também o sonho com **melhor valorização salarial**.

Eu sei que eu ganho pouco, o meu ideal é batalhar para que seja mais. Então toda vez que aquele pessoal lá da prefeitura me diz: “olha ali aquela mulher que gosta de ganhar bastante!” Eu digo: “claro, vocês acham que eu não trabalho? Em todo lugar que eu vou eu falo isso (T8-GD)!”

Os trabalhadores também sonham com maior oferta de atividades de **educação permanente**.

[...] mais espaços de educação permanente, mais espaços de encontro entre os diferentes serviços (T4-GD).

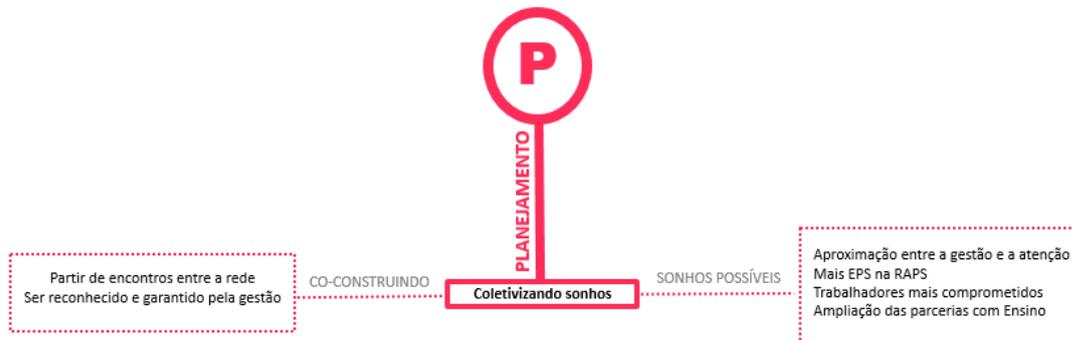
[...] serviços com educação permanente e capacitações (T5-GD).

5.3 FASE PLANEJAMENTO

Nessa fase do ciclo DSPD os trabalhadores puderam (re)conhecer que são um coletivo diverso, ainda distante, mas que possui aspirações e sonhos em comum. No processo de planejamento, foram coletivizando e definindo os sonhos possíveis/viáveis, bem como imaginando, em conjunto, possibilidades para a sua concretização.

O esquema gráfico a seguir resume as informações emergidas nessa fase (Figura 12):

Figura 12: Temas, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Planejamento.



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

5.3.1 Coletivizando sonhos

Após visualizarem os sonhos que emergiram das entrevistas e do grupo realizados na fase anterior, os participantes inicialmente foram instigados a avaliar se estes os representavam como grupo. Percebemos que **há identificação**, sentem-se **contemplados pelos sonhos** que apareceram e que, embora alguns estejam distantes, **também compartilham dos mesmos**.

Da minha parte, eu acredito que está contemplado. Acredito que é bem aquilo mesmo que a gente espera, que a gente aspira, da rede, do trabalho. Acho que está bem completo assim. Esse rol de sonhos e utopias (risos). Eu concordo que são coisas que, às vezes, a gente conversa com aqueles que são mais próximos da gente, mas não paramos para conversar sobre os sonhos e as expectativas de colegas de outros pontos da rede (T3-GD).

Eu me senti contemplado também com os sonhos, bem resumido, eu acho que para mim é isso, muito bom! (T7-GD).

Eu me senti contemplada nos sonhos que apareceram. E eu achei interessante de ver assim, porque são mais sujeitos, mais que as pessoas que eu já conversei, e incluindo hospital também, porque eu acho bem importante, porque quando a gente fala em rede, parece que o hospital está fora da rede, mas na verdade ele é um ponto importante também que precisa ser integrado e que a gente precisa achar lugar para conversar e sentar. Eu conversar com o pessoal do CAPS parece uma coisa mais natural do que eu conversar com alguém lá da (cita nome da unidade de internação). E, na verdade, são apenas pontos diferentes de uma mesma rede. Então, o que eu achei bem interessante é o quanto foi ao encontro das expectativas e das angústias de todo mundo, achei bem interessante isso (T11-GD).

Acho que está bem esclarecido, gostei dessa parte dos sonhos, eu acho que o que tu colocou ali (projeção na tela dos achados) é muito importante (T16-GD).

Compreendem que atualmente há mais abertura para se discutir coletivamente sobre os sonhos, porém há limitações para iniciar e manter tal discussão.

A gente sabe que a nossa rede tem os buracos, mas a gente evoluiu bastante, pelo menos nos meus 12 anos de serviço público, o que eu vejo é que a gente aprimorou bastante essa questão da rede em relação ao que era lá em 2006, 2007, quando eu entrei, era muito mais difícil a gente fazer as aproximações. Agora, eu acho que essa cultura de trabalhar em rede, de dividir as expectativas e os nossos sonhos, de certa forma, acho que a gente teve mais abertura para falar sobre isso, nesse ponto eu acho que a gente evoluiu bastante (T3-GD).

A gente tem contato com alguns colegas e não com todos porque como está ali o sonho de ter uma saúde mental institucionalizada e não pessoalizada, justamente porque, infelizmente, essa é uma realidade que a gente tem, de centrar as possibilidades em quem vai te receber no setor, e com as pessoas que a gente tem contato, que eu já tive contato com o pessoal dos CAPS, em reuniões de rede ou, às vezes, quando a gente discute algum caso, a gente consegue conversar por telefone, mas, as vezes, a gente tem a vontade de fazer ação em conjunto, mas falta o transporte, falta o horário, falta a equipe (T11-GD).

Essa parte da institucionalização de espaços de encontro é uma parte muito importante, porque a gente tem uma grave falha no nosso sistema. A nossa rede é uma rede meio furada. A gente não consegue trabalhar muito em conjunto em diversos setores. Então, eu acho que a gente institucionalizar, como pessoal colocou ali, e conseguir se qualificar melhor a nossa rede seria um grande passo nessa parte aí (T16-GD).

5.3.1.1 Definindo os Sonhos possíveis

Entre os sonhos, compreendo que tem situações que são fundamentais e necessárias, mas que não dependem só do trabalhador. E sim, de um cenário de mudanças mais macro. Os participantes selecionaram, entre os sonhos, os que poderiam ser o do grupo. Já não era somente sonho individual, de uma Unidade, mas o de trabalhadores da rede de saúde mental de Santa Maria, RS.

Foram quatro sonhos possíveis para a RAPS: Mais espaços de educação permanente em saúde com garantia de espaços institucionalizados de encontro entre os trabalhadores da rede; Aproximação entre a gestão e a atenção; Ampliação das parcerias com as instituições de ensino; Trabalhadores mais comprometidos.

Assim, os sonhos possíveis partem da **garantia de espaços institucionalizados de encontro entre os trabalhadores** e de mais **espaços de EPS na RAPS**.

A educação permanente talvez seja um caminho para provocar reflexão, transformar o profissional em alguém mais crítico (T1-GD).

O que me chama mais atenção é a questão de capacitar os profissionais, manter esse diálogo e essa comunicação entre os trabalhadores de cada unidade e com os gestores. Acho que assim vai fortalecer a rede. Eu penso que a rede está em construção ainda,

mas quem é a rede? Somos nós, os trabalhadores, gestores, nós no dia a dia sabemos a dificuldade e, também, o que precisa ser feito (T7-GD).

Eu penso que através da educação permanente tu vais conseguir trazer os trabalhadores para ti, vais poder mostrar a capacidade que cada serviço tem. O trabalhador vai se sentir mais seguro tanto para atuar na questão da clínica, da gestão, do PTS, de todo o atendimento em saúde mental, como também para tencionar a gestão na questão das condições. Porque assim, por que eu vou querer que o CAPS tenha carro? Não me interessa, mas se eu sei que o CAPS precisa do carro para vir na minha unidade para gente fazer uma visita junto. Eu vou tencionar também. Então, eu acho que esse movimento começa pela educação permanente para a sensibilização dos profissionais, porque se tu não estás sensibilizado, tu não vais ter engajamento (T11-GD).

Eu tenho tido muito essas demandas (de saúde mental), só que eu tenho visto que para essas demandas eu não tenho muita qualificação, na verdade eu tenho zero qualificação. Na minha formação tive absolutamente nada, o pouco que eu aprendi foi com a equipe, um pouco trabalhando, mais na prática mesmo, ligando para cá, ligando para lá, ligando para o CAPS. Então, a gente percebe que tem uma falta de qualificação e falta de espaços direcionados para esse tipo de coisa. Então, eu acredito que esses espaços institucionalizados para discutir saúde mental e a qualificação dos profissionais é uma coisa que a gente precisa bastante e foi o que eu selecionei (T16-GD).

A aproximação entre a gestão e a atenção e ter trabalhadores mais comprometidos também estão sinalizados como sonhos possíveis:

Eu escolhi o do comprometimento engajamento porque isso só depende de cada um, de ter a vontade de fazer algo, porque a partir do momento que tu tens uma postura comprometida com o serviço, seja com a instituição, com os colegas ou com cuidado do usuário, tu podes trabalhar para todas as outras coisas, podes tentar articular isso com a gestão, buscar capacitação. Então, quando tem esse comprometimento tu identificas as falhas da rede, comesas problematizar e a buscar soluções. Então, eu acho que o ponto principal parte do trabalhador que tenha alguma vontade de fazer a mudança na rede, ou no seu serviço, ou no seu cuidado, ou na própria capacitação para trabalhar (T1-GD).

De todos os espaços que eu participei de planejamento e formulação de planos, se tivesse uma participação mais democrática, mais de perto entre gestão e atenção, nós poderíamos estabelecer metas que contemplariam vários outros sonhos. O que eu percebo é que tem certo distanciamento nos objetivos da gestão e objetivos da atenção. Eu atribuo isso ao fato da gestão, de maneira geral, ser transitória. Então, quando tem um tempo para ficar, tu tens objetivos mais a curto prazo ou muito generosamente a médio prazo talvez, mas que não contemplam a gente como trabalhador a longo prazo, porque são interesses direcionados por questões políticas, do tempo breve que vão ficar dos louros que vão vender nas eleições e, isso, se distancia do que a gente realmente quer para fortalecimento de Rede, fortalecimento da Atenção, os ganhos que a gente pode ter enquanto trabalhadores pela maior valorização, por maior atenção a nossa saúde, nossa saúde mental (T3-GD).

5.3.1.2 Co-construindo a RAPS ideal

Ainda nessa fase, os participantes foram instigados a estabelecer o que seria o ideal em relação aos sonhos priorizados. Esse momento evidencia que a essência para as mudanças

futuras está na **realização de encontros, reuniões que potencializam a concretização dos sonhos.**

Algo organizado e planejado. O contato com outros pontos da rede tem acontecido apenas em momentos específicos e, muitas das dúvidas são comuns entre as unidades. Acho que um espaço entre todos seria importante, até mesmo para identificarmos problemas que talvez estejam passando despercebidos e o olhar de outros perceba (T1-GD).

Eu fiquei pensando sobre o que tu perguntastes, sobre o como a gente poderia implementar, como realizar o sonho. Eu lembrei do inédito viável do Paulo Freire, tem que ser uma coisa nova, mas tem que ser viável. A única coisa que me ocorreu, seria o tencionamento feito pelos trabalhadores, que resulta da própria aproximação dos trabalhadores enquanto fortalecimento de um grupo coletivo, de um coletivo onde a gente pode tencionar e trazer as nossas questões para o grupo. Mas como que a gente poderia fazer isso? Através da aproximação dos trabalhadores (T3-GD).

Eu penso que o ideal seria nós termos encontros sistemáticos para EPS, ter a garantia para esses momentos, que não sejam questões esporádicas, que seja contínuo, que seja a cada dois meses, vamos supor. Reúne as equipes da região norte, dali no outro mês reúne as equipes da região sul, mesmo que seja um encontro por regiões, mas que exista esse encontro e que ele seja sistemático, que ele seja previsto na agenda dos serviços, com a presença dos serviços especializados para essas trocas, porque daí, mesmo que seja uma educação permanente através de discussão de casos, ou daqui a pouco de alguma palestra, mas que isso esteja presente na rede como parte do nosso processo de trabalho, instituir o momento de educação permanente. As equipes de SF, por exemplo, elas têm esse encontro de reunião (de equipe) na quarta-feira de tarde. É possível a cada dois meses que as equipes ao invés de ter essa reunião sozinha, tenha uma macrorreunião para tratar questões de saúde mental, seria um começo (T11-GD).

Eles (trabalhadores de um hospital) pediam muitas coisas que eram totalmente fora da nossa realidade: três visitas do agente de saúde por semana numa mesma casa, sendo que a gente tem 500, 600 pessoas para cuidar e visitar, além de outras demandas dentro do posto mesmo, e a solução para esse assunto foi que a gente marcou uma reunião com eles e foi até o hospital e todos nós nos reunimos. Dessa reunião mudou completamente, mudou o fluxo de comunicação, a gente conversa diretamente com eles agora, eles não pedem nada aqui que não saibam que a gente não possa fazer, a gente marca visitas e faz visitas juntos. Então, eu acredito que essa parte da reunião para falar sobre saúde mental é fundamental como pontapé inicial (T16-GD).

Para isso, é necessário “brigar com unhas e dentes” para que **a importância e necessidade de espaços de reunião seja reconhecida e garantida.**

Para operacionalizar isso (encontros), muitas vezes, a gente precisa de autorização, para conseguir organizar esses espaços. A educação permanente, ela precisa estar legitimada dentro do teu horário. Então, de qualquer forma, a gente depende dessas permissões, não querendo ser submissa a gestão, mas a gente depende de permissão. Nós tentamos uma vez a criação de um grupo de educação permanente mensal, um horário mensal para que a gente tivesse aquela turma para fazer educação permanente, e a gente não foi autorizado a fazer porque era turno de trabalho, não poderia fechar o serviço naquele turno. Então, tem certas coisas que eles complicam para gente fazer. E tem muitos setores que não tem direito a nem um espaço para fazer reunião de equipe. Os CAPS e as estratégias (ESF) ainda tem, mas as UBS, por exemplo, acho que não pode. É importante que esse espaço, também seja, sobretudo, um espaço que a gente possa refletir sobre o que que a gente está fazendo, que seja um espaço de reflexão crítica, reflexão sobre a nossa prática, para que e porquê a gente está trabalhando, o que que a gente está fazendo, de que forma a gente está fazendo, quais

são os resultados daquilo que a gente está fazendo, os prós e os contras, o que que a gente pode melhorar (T3-GD).

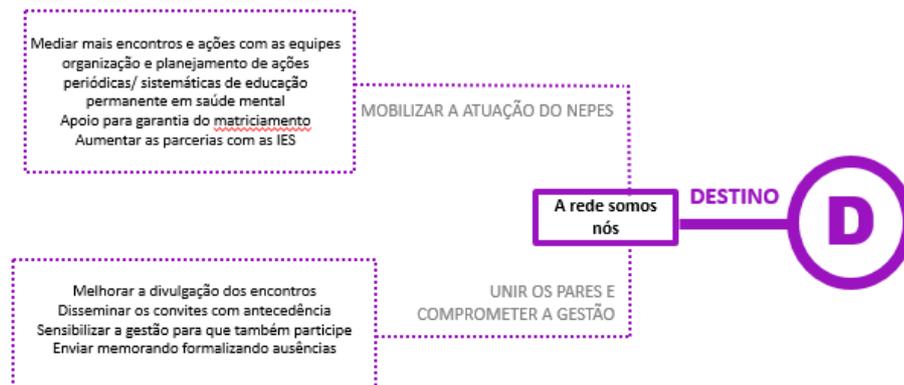
Eu já sou um pouco mais rebelde, se eu disser para a população que eu não vou vacinar naquele turno porque eu vou numa reunião de rede, meu Deus, vão me apedrejar entendeu? Porque muitas vezes, as pessoas não têm o discernimento da importância que é a participação numa reunião de rede, de quantas coisas a gente encaminha, de quanto serviço a gente conhece. Mas, eu nem pergunto para a gestão se eu posso ir ou não, se faz parte das minhas atribuições, do meu trabalho, eu vou. Então, não tem muito o que ficar perguntando porque senão algumas vezes que a gente for perguntar, ainda tem muito a visão da clínica (tradicional), fica só no atendimento individual e acaba não ampliando as coisas. Eu digo porque a gente tem garantido o espaço das reuniões de equipe e mais de um secretário já nos ameaçou tirar esse espaço, a gente teve que brigar com unhas e dentes para manter. Então, infelizmente, a gente depende de quem está na gestão e nem sempre quem está lá poderia ou deveria estar, é bem isso: a gente tem que se fortalecer enquanto trabalhador, não adianta (T11-GD).

5.4 FASE DESTINO

A fase destino encerrou o ciclo dessa pesquisa, mas buscou mobilizar os participantes para agir em busca dos sonhos, (re)iniciando novos ciclos possíveis no seu cotidiano na RAPS.

O esquema gráfico a seguir resume as informações emergidas nessa fase (Figura 13):

Figura 13: Temas, categorias e macrocódigos emergidos na Fase Destino.



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

5.4.1 A Rede somos Nós em comunhão

Nessa fase os participantes elaboraram, com mediação da pesquisadora, a matriz de ação para os sonhos que foram coletivamente desejados na fase anterior (Quadro 2). A construção dessa matriz foi disparada pelas questões norteadoras: O que fazer para que cada um desses

sonhos se torne viável no cotidiano de vocês? Como mobilizar/innovar/ empoderar para que cada um desses sonhos se torne realidade? Com quem podem contar? Como compartilhar estas ações com outros trabalhadores? Quando poderão iniciar? Como avaliar se essas ações estão dando certo?

Quadro 2: Matriz de ação para os quatro sonhos possíveis elegidos pelo grupo:

Sonhos Possíveis	O que fazer?	Como fazer?	Para/Com quem fazer?	Quando fazer?	Como avaliar?
<i>Aproximação entre a gestão e a atenção, com gestão participativa e democrática, inclusive para a construção e implantação coletiva de um fluxo assistencial</i>	- Sensibilizar gestão e trabalhadores para participar de espaços, como: reuniões de rede, Fórum de Saúde Mental, interequipes.	- Ampliar a divulgação das reuniões de rede para as equipes (grupos de <i>whatsapp</i> , e-mail)	- Os próprios trabalhadores que já participam	- Semana que antecede a reunião (mínimo)	- Pela identificação se houve aumento da adesão das equipes e da gestão
		- Ampliar a divulgação do Fórum de Saúde Mental			
		- Apresentar no espaço da reunião de cogestão como pauta	Coordenador representante dos serviços	- Conform e periodicidade das reuniões	
		- Tencionar/ comprometer formalmente a participação da gestão (envio de memorando se ausências)	- Trabalhadores das equipes/ coordenador/ CRAS		
<i>Mais espaços de Educação Permanente em Saúde</i>	- Mobilizar o NEPeS para mediar esse processo	- Agendar uma reunião com equipe do NEPeS para discutir necessidades	- A pesquisadora	- Após conclusão da pesquisa	- Se equipe do NEPeS acolher a demanda levantada e, a partir disso o NEPeS disparar ações
	- Garantir condições para a realização do apoio matricial das equipes especializadas às equipes de AB	- Tencionar a gestão para garantia das condições, reforçando via memorando (divulgar entre os pares em reuniões de enfermeiro, reuniões entre os CAPS)	- Trabalhadores das equipes de apoio e referência	- Sempre que atividade de apoio for cancelada por falta de condições;	- Aumento do nº de ações de matriciamento; - Melhora do indicador

		- Monitoramento e registro das vezes em que não se conseguiu fazer em função de falta do transporte;			
<i>Trabalhadores mais comprometidos</i>	- Sensibilizar os trabalhadores dos serviços da rede de saúde	- Encontros/ Ações sistemáticas para Educação Permanente em saúde mental	- Ações mediadas/ organizadas pelo NEPeS	- Com periodicidade definida	- Pelo interesse na participação nesses encontros que virem a serem propostos e nas ações voltadas à saúde mental
<i>Ampliação das parcerias com as instituições de ensino</i>	- Aproximar as instituições de ensino e equipes de saúde - Melhorar a devolutiva das atividades realizadas nos serviços pelas instituições de ensino	- Mobilizar o GESC e o NEPeS para mediar essa aproximação	- Pelos trabalhadores, compartilhando com os pares e levando tal discussão para esses espaços	- Na devolutiva dos resultados da pesquisa	- Pela melhora da parceria das instituições de ensino com os serviços, atuação mais presente de professores/ tutores com feedbacks para fortalecer o serviço

5.4.1.1 Unir os pares e comprometer a gestão

Para os participantes existem possibilidades da RAPS ideal acontecer se mais trabalhadores se unirem nessa utopia. Para isso, pensam como estratégia: **melhorar a divulgação dos espaços de encontro** (reunião de rede por regiões, Fórum de Saúde Mental) **para ampliar a adesão.**

Eu acho que é importante isso de não só tencionar, mas motivar as pessoas a participarem dessas reuniões de rede, porque vai muito pouca gente. Teve unidade que nunca foi (T1-GD).

Existem dois espaços: que é a reunião de redes, que geralmente os CRAS puxam, e desde que entrou a pandemia não teve mais a reunião, e o Fórum de Saúde Mental que também tem, mas não está acontecendo. De repente poderia difundir junto aos trabalhadores da rede a importância da participação nesses espaços e a partir dali começar a tencionar a gestão a participar também. Já existem esses espaços que são para discutir atenção em saúde mental do município, mas eu tenho colegas que nem sabem que existe reunião de rede, por exemplo. Então, ampliar a divulgação das reuniões de rede nas equipes para tentar aumentar a adesão dos trabalhadores (T11-GD).

Como estratégia para melhorar a divulgação dos encontros, sugerem maior comprometimento dos próprios trabalhadores em **disseminar os convites nos grupos de contato (e-mail e WhatsApp) com antecedência**:

Eu acho que os próprios trabalhadores podiam ajudar nessa questão, por exemplo, quando a gente recebe um convite da reunião de rede, colocar isso nos seus grupos de contatos tanto por e-mail, quanto por *WhatsApp*, usar as mídias para isso, divulgar para diferentes pessoas porque é muito comum a gente ouvir de colegas “ah mas eu não recebi, não fiquei sabendo!”. Às vezes, uma pessoa da equipe recebe, não repassa para os demais. Uma semana antes ou duas tu já começa a divulgar para o pessoal, explicar o que que é, para tentar sensibilizar para se organizar, eu acho que no mínimo uma semana de antecedência para o pessoal se organizar para ir (T11-GD).

Além da participação dos trabalhadores, é fundamental **sensibilizar a gestão para que também participe** e legitime esses espaços:

Acho que também tem que especificar sobre a participação da gestão nas reuniões de rede, porque das reuniões que eu fui, acho que só vi a gestão numa na região leste e era assim ainda representada por residente (T1-GD).

Eu acho que no geral é uma questão de sensibilizar a gestão para participar nesses espaços, porque a gente quer estreitar a relação, a gente quer estreitar os laços entre os serviços da rede, a gente quer melhorar as condições para atendimento e as nossas próprias condições de trabalho (T3-GD).

Porque a gestão tem poder de fazer esses espaços acontecerem ou de barrar esses espaços [...] Tem coisas que a gente discute ali na reunião que, às vezes, trava porque tu precisas de um parecer da gestão, ou de um apoio da gestão para efetivar alguma ação. Então, fica essa pendência, e se liga tu não consegue resolver (T11-GD).

Como estratégia para sensibilizar a gestão para que também participe com comprometimento dos espaços de discussão de rede, sugerem incluir na rotina o **envio de memorando formalizando as ausências**:

Como fazer para sensibilizar a gestão? Seria a parte mais difícil, mas a gente poderia cobrar isso da gestão também, cobrar via memorando quando a gestão não vai, por que não foi, nos dar, também, um retorno porquê não participou, porque geralmente não vão e a gente deixa por isso mesmo, seria uma cobrança para se comprometer (T3-GD).

Eu acho que é isso, cobrar formalmente a presença de gestão (T11-GD).

5.4.1.2 Mobilizar a atuação do NEPeS

Ao discutirem sobre a realização do sonho “mais espaços de Educação Permanente em Saúde”, os trabalhadores enfatizam a necessidade de **mobilizarem o NEPeS para mediar mais encontros e ações com as equipes**:

Eu não sei exatamente como que é a relação dos outros (serviços) com o NEPeS! Mas, eu não tenho nenhuma recordação de reunião com o NEPeS para planejar algo. Eu não sei se acontece encontros entre os serviços de Atenção Básica com NEPeS, mas seria bem importante maior atuação assim (T1-GD).

Precisa agendar uma reunião com o NEPeS. Eu vejo mais o contato com o NEPeS em relação aos estágios (T3-GD).

Eu acho que o que tem que fazer aí é mobilizar o NEPeS. Que ele faça a mediação da construção desses espaços de educação permanente, e que esses espaços se constituam em espaços de encontro entre os trabalhadores (T11-GD).

Para os participantes, a atuação do NEPeS contribuindo para mais espaços de EPS também repercute no alcance do outro sonho: que a RAPS conte com trabalhadores mais comprometidos. Para isso, é necessário **organização e planejamento de ações periódicas/sistemáticas de educação permanente em saúde mental:**

Eu também acho, a partir do momento que a gente consegue fomentar a discussão com diferentes pessoas, fomentar uma visão crítica sobre as coisas relacionadas assistência em saúde, tu tens que se comprometer e se mostrar engajado, é o que se espera a partir de uma discussão coletiva (T1-GD).

Acho que isso é um efeito da própria Educação Permanente (T3-GD).

Eu acho que precisa incluir ações sistemáticas de Educação Permanente em Saúde Mental, que tenha uma agenda e tem que ser encontros sistemáticos, porque daí as equipes se organizam e os CAPS também. Bom, nós vamos começar a fazer educação permanente nas equipes, tal semana eu vou colocar na minha agenda que eu vou participar da equipe do CAPS, pactuar com eles que eu vou lá para discutir caso, ou o CAPS vai participar da reunião aqui na unidade, porque a gente está com dificuldade lá numa determinada situação e a gente vai discutir e através da discussão de caso sai a educação permanente. Então, eu penso que esse seja o começo. Não dá para a gente chegar e querer mudar a rede toda de uma vez, a gente tem que ir mudando aos pouquinhos, sensibilizando as pessoas. Então, é através dessas iniciativas de educação permanente [...] Eu acho que tem que ter uma periodicidade definida, não sei se uma vez por mês, uma vez a cada dois meses, mas que ela seja definida, adequando com a possibilidade dos serviços (T11-GD).

Também atribuem ao NEPeS um papel importante no apoio, como serviço vinculado à gestão, para **garantia das ações de matriciamento e tencionamento** por condições que viabilizem isso:

O apoio matricial é o único indicador que a gente tem de saúde mental e ele é muito cobrado que se faça, mas pouco garantido. Acho que solicitar apoio do NEPeS também para o apoio matricial. Entrou naquela parte da palavra chique de tencionar a gestão para garantir as condições, já que é o único indicador, principalmente em relação ao transporte (T3-GD).

O CAPS cansou de marcar com a gente e depois: Ah, a gente não vai poder ir porque não tem carro! Eu acho que a gente devia fazer o monitoramento disso, por exemplo, o CAPS marcou de ir fazer apoio lá na (cita uma UBS) e não foi porque não tinha

carro. A gente precisa ter isso registrado! Quantas vezes não aconteceu por falta de condições, porque daí a gente consegue tencionar. Porque se tu conversas (com a gestão): “Nossa está tudo dando super certo, tem carro. Imagina gente, carro não falta! Lá na minha unidade a gente não faz visita com o carro da Secretaria há mais de três anos! (T11-GD).

A atuação do NEPeS também é sinalizada como importante, junto com as equipes e com o GESC (Grupo de Ensino, Serviço e Comunidade), para **aumentar as parcerias com as instituições de ensino.**

O que fazer seria aumentar as parcerias com as instituições de ensino e como fazer: mobilizando o NEPeS de novo (T3-GD).

Eu acho que mobilizar o NEPeS e o GESC, que deveria ter mais representação de trabalhadores e quase ninguém vai. O NEPeS faz uma vez por ano um encontro e cada unidade tem que mandar um representante para conversar com as instituições de ensino, e aí as instituições passam e perguntam como que é o teu serviço, dizem o que que ele tem de proposta. Então, talvez responsabilizar um pouco mais as equipes também para buscar essa parceria (T11-GD).

Além disso, sentem necessidade de **maior envolvimento e devolutiva das instituições de ensino sobre as práticas realizadas nos serviços:**

Eu acho que a gente deveria conversar com os responsáveis para pedir uma devolutiva uma proposta de ações para serem desenvolvidas no serviço (T1-GD).

Eu vejo que, às vezes, a gente tem algum retorno dos TCCs, não é sempre! Mas, devolutiva em relação ao estágio, não acontece. Então, o aluno vem fazer o estágio, mas não tem uma devolutiva em relação a como foi aquele estágio para ele (T3-GD).

Eu acho que tu matou a charada! É uma questão de aproximar as instituições de ensino do serviço porque, às vezes, elas têm campo de prática e nem conhecem a unidade, tem professores que nunca visitam o campo e tem estagiários que, às vezes, tem problemas e os professores nem sabem. Então, eu acho que é isso, aproximar as instituições de ensino das equipes e que haja uma construção de planos em conjunto, que seja feita essa devolutiva do que foi feito, o que não foi feito, porque assim contribui para melhorar o próprio serviço (T11-GD).

DISCUSSÃO

A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência na relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blá-blá-blá e a prática, ativismo (FREIRE, 2013, p. 24).

Nesse capítulo, nos interessa apresentar uma discussão crítica sobre os temas emergentes na pesquisa, identificados pela análise das quatro fases do estudo: O que deu certo e o que dá vida ao trabalho na RAPS (Fase Descoberta), Utopias de trabalhadores da RAPS (Fase Sonho), Coletivizando sonhos (Fase Planejamento), A rede somos nós em comunhão (Fase Destino). Essa discussão se dará a partir do referencial teórico freireano complementado por autores/filósofos das áreas de saúde mental e saúde coletiva.

Há uma habilidade necessária ao homem no projeto utópico: a de não ignorar o passado, o já feito, a história (FREIRE, 1987). Nessa pesquisa os trabalhadores voltam-se ao passado para desvelar aquilo que já deu certo na história da RAPS. Um destaque foi dado para a relação com os usuários que, quando é dialógica produz vínculo e possibilita engendrar transformações em suas vidas.

Os usuários do sistema de saúde são a razão de ser da RAPS. No contexto da saúde mental, o usuário de que falo são as pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas relacionados ao uso de drogas, condição que historicamente os coloca na categoria de oprimidos socialmente. Os oprimidos são todos aqueles que vivenciam de diversas formas a violenta vocação de “ser menos”, como distorção do ser mais (FREIRE, 1987). Na perspectiva freireana, o oprimido é aquele grupo social e/ou conjunto de pessoas que estão impedidas de se realizar como pessoas, que tem sua vocação negada na injustiça, na exploração, na opressão, na violência dos opressores, aqueles que tiveram a sua humanidade roubada. A opressão surge pelo processo de desumanização, que é distorção possível na história, mas não vocação histórica (COSTA; SANTOS; VALE, 2020).

Na verdade, se admitíssemos que a desumanização é vocação histórica dos homens, nada mais teríamos que fazer, a não ser adotar uma atitude cínica ou de total desespero. A luta pela humanização, pelo trabalho livre, pela desalienação, pela afirmação dos homens como pessoas, como “seres para si”, não teria significação. Esta somente é possível porque a desumanização, mesmo que um fato concreto na história, não é, porém, destino dado, mas resultado de uma “ordem” injusta que gera a violência dos opressores a esta, o ‘ser menos’ (FREIRE, 1987, p. 30).

De acordo com Costa, Santos e Vale (2020), no contexto vivido por Paulo Freire, os problemas que impedem as pessoas de “serem mais” permeiam a fome, o analfabetismo, a escassez econômica, a falta de um pedaço de terra e/ou condições de produzi-la, de trabalho, de

uma renda. As desigualdades sociais no Brasil também estão associadas a problemas de saúde mental na população. Fatores como baixa escolaridade, desemprego, ser do gênero feminino quando associados à pobreza aumentam a prevalência de transtornos (CAMPOS *et al.*, 2021; SILVA; SANTANA, 2012).

Alguns males que Paulo Freire denunciou como impedimento para a realização da vocação humana de “ser mais” residem na intolerância, no ódio, na ação antidialógica, no preconceito e na discriminação (COSTA; SANTOS; VALE, 2020). No contexto da RAPS, opressões cotidianas são observadas na experiência de usuários, que sentem o preconceito, o estigma, a discriminação, a violência, até mesmo nos próprios serviços de saúde que deveriam lhes acolher (SOUTO *et al.*, 2019). São problemas sociais que fazem parte da vida dos usuários e se configuram como grande entrave para a construção da identidade desses sujeitos como cidadãos (SOUTO *et al.*, 2019).

Esses males, tão presentes na realidade desses usuários, são reflexos de influências socioculturais introjetadas na concepção de mundo que a maioria das pessoas formou, em que o que desvia do padrão é feio, errado, inferior, é “ser menos”. Tal situação desumanizante pode potencializar os danos ao usuário de saúde mental, levando-o a determinar-se incapaz de produzir mudanças, reforçando sua condição de alienação.

A alienação é uma característica marcante na vida do oprimido, que passa a ser facilmente manipulado (FREIRE, 2013a). É uma condição desumana de vida, que reduz a capacidade dos homens de ser mais, mas que pode ser contraposta pelo movimento de denúncia (KIELING, 2017). O enfrentamento dessas condições está entre as motivações para o aprimoramento do cuidado na RAPS.

Remeto-me ao cuidado em saúde mental como uma prática social com potência emancipatória, como um instrumento de conscientização de direitos e, conseqüentemente, de luta por esses direitos, em que os trabalhadores (educadores) sensíveis à realidade desigual em que se inserem, possuem papel fundamental. “Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam” (FREIRE, 1987, p. 23).

Para Freire (1987) essa luta não pode se dar fora da práxis, capaz de superar a opressão e restaurar a humanidade, tanto do oprimido quanto do opressor. Compreendida como a estreita relação entre a forma de interpretar a realidade e a prática concreta, a práxis torna o oprimido sujeito ativo do processo, levando-o a efetivar ações conscientes e transformadoras. No contexto do cuidado, o trabalhador mobiliza a práxis a partir do diálogo problematizador.

A relação dialógica pressupõe uma relação de cidadania e busca por maior autonomia dos usuários. Autonomia compreendida como resultante de várias decisões que vão sendo tomadas de forma livre, não como algo que pode ser dado de um ser para outro.

Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém [...] A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (FREIRE, 2013, p. 41).

Requer uma postura ética do trabalhador, quando, por exemplo, em um contexto de internação hospitalar, este desafia o usuário a escolher a melhor hora para tomar seu banho. Ou, em atividades no CAPS, estimula o usuário a escolher as atividades terapêuticas que deseja participar? Por que o melhor tempo/jeito para essas tarefas é sempre ditada pelos trabalhadores? Por que perder a oportunidade de ir enfatizando aos usuários o dever e o direito que eles têm, como gente, de ir tecendo sua própria autonomia? (FREIRE, 2013).

Autonomia é um conceito muito discutido e, ainda, pouco praticado na saúde mental. Sob a perspectiva da bioética todos são autônomos para agir da maneira que julgar mais interessante ou conveniente ao seu projeto de vida. Porém, no caso de pessoas com transtornos psíquicos, o pleno exercício da autonomia é constantemente comprometido quando se entende que sua capacidade de compreender acontecimentos que o afetam, atos que pratica ou venha a praticar ou até mesmo de analisar e prever efeitos associados às suas decisões encontra-se prejudicada (MENDONÇA, 2019). Abre-se aí uma brecha para que o poder “dos que sabem” aja impondo condições/limitações alienantes.

Quando os participantes dessa pesquisa enfatizam como algo positivo as transformações que o cuidado produziu na vida de alguns usuários, remetem a experiências de acompanhamento longitudinal, de mediação, que produziram algum grau de autonomia, e possibilitaram essas pessoas (re)apropriarem-se de si.

O exercício da cidadania do trabalhador pode ser então compreendido pela luta por transformar vidas, que requer luta em defesa de seus direitos e de sua dignidade, como prática ética. Entendo que um relacionamento compartilhado e participativo é condição necessária para o exercício da cidadania e, assim como T10, acredito que a melhor forma de produzir práticas coerentes com esses ideais é por meio das relações de troca que se constroem em um coletivo.

Na pedagogia dialógica de Freire, o educador e o educando estão diante de um mundo a ser conhecido e transformado. E, esse processo de conhecer precisa ser realizado como tarefa coletiva de homens sujeitos, já que “a busca do ser mais [...] não pode realizar-se no isolamento, no individualismo, mas na comunhão, na solidariedade dos existires” (FREIRE, 1987, p.86).

O trabalho coletivo, com ações intersetoriais amplia a discussão para além doença, evita intervenções desnecessárias, otimiza o atendimento no tempo e com a complexidade assistencial certas. A corresponsabilização, um dos benefícios do trabalho coletivo intersetorial, pode ser considerada estratégica para a produção ampliada de saúde e qualificação da RAPS (TÃNO; MATSUKURA, 2019). É também por meio do trabalho coletivo intersetorial que recursos e dispositivos locais podem ser melhor aproveitados para as práticas de cuidado e de garantia de direitos (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

O trabalho coletivo também é potencializado pela presença da RMS na RAPS. A RMS é resultante de uma série de políticas que visam implementar mudanças no modelo de formação e de desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil (BRASIL, 2014a). Nesse cenário, Instituições de Ensino Superior (IES) vêm buscando adequar seus currículos e cenários de prática às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), favorecendo experiências de aprendizado em serviço que se voltam à realidade e à concretude do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nos últimos anos, os PRMS foram criados e ampliados em todo o país como forma de potencializar e favorecer a formação em nível de pós-graduação em diferentes áreas de conhecimento da Saúde. Por estarem constituídos na modalidade de formação em serviço e com a preocupação de uma formação direcionada às necessidades em saúde da população e ao SUS, têm o trabalho como eixo condutor e os serviços de saúde como locus fundamental de práticas (BRASIL, 2014).

As pesquisas vêm demonstrando que os PRMS favorecem a operacionalização das RAS no território nacional, demonstrando sua importância para a formação profissional em coerência com o SUS e com as necessidades de saúde da população (PINTO; CYRINO, 2022). Por meio da troca de experiências entre residentes e trabalhadores é possível derrubar as fronteiras que demarcam e circunscrevem a Atenção à Saúde no modelo biomédico tradicional, marcado pelas ações curativas centradas na doença e descoladas das determinações e dimensões psicossociais do processo saúde-doença-cuidado (PINTO; CYRINO, 2022).

Destaca-se também o papel dos PRMS em fomentar o crescimento e a ampliação do potencial de atuação profissional pelo contato e pela interação com outras categorias que, ao somar esforços, se veem em condições de alavancar as fronteiras do conhecimento e das possibilidades de atuação (CECCIM, 2018; PEREIRA, 2018). A presença de residentes e estagiários no cotidiano dos serviços passa a evidenciar fragilidades e problemáticas do processo de trabalho. Nesse sentido, sua passagem provoca os trabalhadores a saírem da zona

de conforto, uma vez que se veem confrontados com indagações e provocações (CECCIM, 2018).

O residente provoca renovação e inovação nos serviços de saúde, porque muitas vezes saem da graduação e ingressam na residência trazendo a vontade de incorporar aspectos teóricos estudados, trazem uma visão nova do processo de cuidado, diferente dos trabalhadores que compõem as equipes dos serviços (OLIVEIRA, 2022). Assim, as atividades desenvolvidas pelos PRMS impactam positivamente na organização do processo de trabalho dos serviços, inclusive na consolidação das relações interpessoais dos trabalhadores e novos caminhos para tomada de decisões a partir de um novo ângulo e vivências que esse residente traz consigo (SILVA; ARAÚJO, 2019).

A relação com a RMS é potência alimentada por residentes, tutores, docentes, gestores, e preceptores. Possibilita a criação de espaços de discussão, de envolvimento coletivo na construção do conhecimento e aproximação com a prática, por meio da integração ensino-serviço.

De acordo com Mello *et al.* (2019), a integração ensino-serviço pode ser constituída a partir do trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de residentes e docentes da área da saúde com trabalhadores e preceptores que compõem as equipes dos serviços de saúde. A finalidade de tal integração é promover a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva da população, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

A proposta da integração na RMS amplia espaços de discussão para uma produção cooperativa, coletiva, integrada. Com o envolvimento dos apoiadores pedagógicos (docentes, tutores e preceptores) e dos acadêmicos de graduação há um benefício mútuo para a construção do conhecimento, modificando a lógica dos serviços de saúde: deixando de ser apenas laboratórios de práticas para a formação profissional e passando a ser compreendido também enquanto um *locus* para a transformação do conhecimento e da ação (MELLO *et al.*, 2019).

A lógica de formação crítica dos residentes é sustentada na concepção de Freire em que teoria e prática são inseparáveis, denotando o compromisso dos sujeitos na construção de saberes e com a transformação da sociedade. Para Freire (1987) dentro do processo pedagógico, teoria e prática precisam dialogar permanentemente, tornando-se, por meio de sua relação, práxis autêntica. “A práxis, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimido” (FREIRE, 1987, p. 38).

Os PRMS também possibilitam o aprender e fazer no coletivo na RAPS, por meio da experiência da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade. A multiprofissionalidade remete às diversas profissões que atuam no campo da saúde, que podem conjugar os seus saberes para formar um novo conhecimento, uma nova ação, um novo fazer - interdisciplinar (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

A interdisciplinaridade é defendida por Freire como requisito para uma visão social da realidade. Busca-se a expressão dessa interdisciplinaridade a partir de dois movimentos dialéticos: a problematização da situação pela qual se desvela a realidade e a sistematização dos conhecimentos de forma integrada. Tanto na dimensão histórica (tempo) quanto na geográfica (espaço), os temas surgem da concretude de situações limite, ligadas a aspectos específicos da realidade (sociais, econômicos, psicológicos, culturais, políticos etc.), cuja compreensão não pode ser dada apenas através do conhecimento restrito da subárea específica (ANDREOLA, 2004). Assim, a apreensão da realidade e sua transformação ocorre mediante um processo epistemológico interdisciplinar.

Sabemos que o modelo de formação ainda existente na área da saúde está pautado em disciplinas fragmentadas e, isso, repercute também na fragmentação assistencial. Por isso, a pertinência de valorizar a formação como caminho para romper o modelo atual, visando um trabalho efetivamente multiprofissional e interdisciplinar, que atenda às necessidades da população, os novos modelos de atenção em saúde e a própria política de humanização da assistência (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Embora essa seja a intenção dos PRMS, e os resultados dessa pesquisa apontem para a relação com a RMS como experiência de sucesso na RAPS, considero importante pontuar que existem desafios a serem superados na realidade de alguns programas. Estudos de revisão identificaram fragilidades quanto à organização e estrutura destes Programas e na própria compreensão dos trabalhadores dos serviços de saúde quanto ao papel do residente, que em algumas realidades, ainda é visto como “mão-de-obra” para cobrir carências de recursos da rede. Há fragilidades com relação à saúde dos residentes, que ao se depararem com cenários adversos nos serviços em que são alocados vivenciam sofrimento, cansaço e a vulnerabilidade para o estresse (MARTINS; KLUTHCOVSKY; BORGES, 2020). Há também ausência de formação pedagógica para os preceptores, tutores e docentes que, por vezes, não são valorizados nessa função nos seus setores de origem, o que fragiliza a sua prática pedagógica junto ao PRMS (MELLO et al., 2019a; MARTINS; KLUTHCOVSKY; BORGES, 2020).

“Quanto mais penso sobre a prática educativa, reconhecendo a responsabilidade que ela exige de nós, tanto mais me convenço do dever nosso de lutar no sentido de que ela seja realmente respeitada” (FREIRE, 2013, p. 93). A luta dos professores em defesa de seus direitos e de sua dignidade não é algo que vem de fora da atividade docente, mas algo que dela faz parte. (FREIRE, 2013).

Em minha vivência percebi que os envolvidos com o PRMS o fazem pelo compromisso ético com a mudança, por acreditarem na potência dessa modalidade de formação em impactar positivamente o SUS. Entre os 16 participantes da pesquisa, apenas quatro não tinham experiência prévia como residente, preceptor ou tutor em algum PRMS. Embora isso não tenha sido um critério, sinaliza que esses trabalhadores apreendem a formação e o trabalho como formas de intervenção no mundo.

As melhores práticas na RAPS elencadas nessa pesquisa também foram atribuídas ao trabalho no território. O termo território e seus derivados se tornaram recorrentes no campo da Saúde Mental desde a Reforma Psiquiátrica, marco do ideário não hospitalocêntrico. No entanto, esse termo tem sido utilizado nessa área com diferentes concepções e alcances: território como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares, espaço fora do hospital (por extensão, contraposto à psiquiatria hospitalocêntrica) e adjacente ao serviço de saúde; território existencial, constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo, termo geralmente associado a Deleuze e Guattari, cujo conceito de território existencial abrange as relações entre clínica, espaço e subjetividade; território numa perspectiva da geografia crítica, derivado sobretudo das teorias de Milton Santos, que inclui ao território a interface entre o político e o cultural, entre fronteiras que vão daquelas existentes entre países até aquelas entre indivíduos, nos seus limites corporais, seu processo histórico (FURTADO *et al.*, 2016).

As orientações normativas e técnicas do Ministério da Saúde enfatizam a importância do território na organização tecnoassistencial das iniciativas de Saúde Mental no SUS. Inspirado em Milton Santos, um documento do Ministério da Saúde acerca da Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental refere que trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade, resgatar potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

Ao adotar essa perspectiva deve-se considerar também a diversidade social e cultural dos diferentes locais como um aspecto essencial para articular as ações de saúde e de saúde mental, “no espaço onde a vida acontece como ela é”, em sua plenitude. Implica, também, em

superar lógicas de exclusão e aniquilamento das diferenças que incidem sobre os nomeados “loucos”, e também, sobre todos que explicitam modos diversos de existir (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p. 173).

“O território não é um dado neutro nem um ator passivo [...] O espaço geográfico não apenas revela o transcurso da história como indica a seus atores o modo de nela intervir de maneira consciente. (SANTOS, 2002, p. 80). Acrescento que o território não pode ser compreendido deslocado dos aspectos da cultura, já que resultante de interações potenciais a serem exploradas e articuladas pelos trabalhadores dos serviços de saúde em instâncias que não pertencem a estes serviços diretamente (espaços públicos, associações, etc.) (FURTADO et al., 2016).

Cultura são todos os produtos que resultam da atividade do homem, todo o conjunto de suas obras, materiais ou espirituais, por serem produtos humanos que se desprendem do homem, voltam-se para ele e o marcam, impondo-lhe formas de ser e de se comportar também culturais. Sob este aspecto, evidentemente, a maneira de andar, de falar, de cumprimentar, de se vestir, os gostos são culturais (FREIRE, 2013a, p. 57)

Segundo Furtado et al. (2016), a abrangência terminológica acerca de território não correspondeu a avanços na mesma medida em incorporação de práticas coerentes nos serviços da RAPS. Talvez porque o trabalho na lógica do território (cultural) e voltado à reinserção social é permeado de resistências.

As forças que podem oferecer resistência à reinserção social/ cuidado territorial à pessoas com transtorno mental ou que fazem uso de drogas, oriundas do campo econômico, clínico e moral precisam ser consideradas. Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 186), reforçam essa ideia e questionam: “Como produzir transformações nas relações em territórios e locais nos quais a vida acontece cada vez mais regida a partir de interesses econômicos que determinam os usos e, portanto, os modos de se habitar ou não habitar a cidade?”.

Embora ainda insipientes, os participantes dessa pesquisa têm lançado mão de estratégias para fazer o usuário ocupar a cidade, dar visibilidade ao seu modo de existir, com ações de promoção e prevenção de saúde em espaços públicos, atividades de lazer, feiras de saúde, atividades de economia solidária, entre outras. Assim, vão produzindo cuidado e mudanças na experiência de vida dos usuários.

Para Freire, é também cultural a visão que tem ou estão tendo os homens da sua própria cultura, da sua realidade. Assim, enquanto uma realidade for vista como algo imutável, superior às forças de resistência dos indivíduos que assim a veem, a tendência destes será adotar uma postura fatalista e sem esperança (FREIRE, 2013a). Uma RAPS potente no território pode

propiciar a produção de outros modos de fazer andar a vida, aumentar a contratualidade social e o coeficiente de autonomia, bem como possibilitar o reposicionamento subjetivo, diante de si e do mundo (YSUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Destaco a importância da Atenção Básica no modelo ESF para o caminhar dessa utopia do cuidado territorial. No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS. Para a PNAB é fundamental que a RAS oriente seu trabalho pelos princípios da universalidade e da acessibilidade, esteja atenta aos vínculos e a continuidade do cuidado sustentando a integralidade da atenção. A questão que se apresenta no cotidiano dos serviços de saúde é como efetivar essa tarefa complexa (BRASIL, 2012; YSUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Vejo aí como fundamental a presença e a importante participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que são os responsáveis em fazer uma ponte entre o cotidiano de cada casa, de um determinado lugar, e a ESF. São esses trabalhadores, que por serem também moradores dos territórios, sabem as necessidades daquela população específica, de cada casa, eles que têm a potencialidade de colocar no cenário dos serviços de saúde a vida como ela é, em sua dimensão trágica e complexa (YSUI; LUZIO; AMARANTE, 2018), que conseguem identificar a maior parte das demandas em saúde mental na comunidade por meio da visita domiciliar (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Os ACSs possuem leitura do mundo mais próxima dos usuários da RAPS. O mundo nos precede (MERLEAU-PONTY, 1971). Freire diria que “a leitura do mundo precede a leitura da palavra” (FREIRE, 1989). Ninguém lê o mundo isolado. Os oprimidos, em comunhão, asseguraram-se de manhã, para não se deixarem transformar em coisas. Do lugar onde estão, possuem uma leitura singular, análogo àquele que, situado na periferia, vê também o centro da cidade; moradores do centro, dificilmente, enxergam a periferia (PASSOS, 2017). A palavra somente pode instaurar o mundo do homem na medida em que o próprio homem atribui significado ao mundo, num constante e consciente processo de “desvelamento” da realidade (PASSOS, 2017).

Nesse sentido, embora ainda não possuam formação profissional que contemple as especificidades do campo da saúde mental (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020), os ACSs são importantes para o desvelamento dessas realidades e aproximação com o mundo do usuário para a implementação de ações de cuidado que façam sentido e gerem mudanças que forem

pertinentes para a sua saúde. Os mesmos autores destacam a importância de construir estratégias para capacitar esses trabalhadores com vistas a ampliar a resolubilidade dos problemas (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Nessa mesma lógica de aproximação para melhorar a compreensão do contexto de vida do usuário, os participantes da pesquisa trouxeram como práticas exitosas as visitas e atendimentos no domicílio. A visita domiciliar (VD) é tecnologia de intervenção no território (MORAIS, *et al.*, 2021).

Tem como potência produtiva a possibilidade de concretizar atos de saúde centrados no cuidado e na melhoria da situação de saúde da população. Com as diversas trocas de saberes que emergem nas visitas, estas configuram-se como potentes estratégias técnico-assistenciais e pedagógicas para o processo de cuidado em saúde, desvelando efeitos positivos no acompanhamento de usuários e famílias (QUIRINO *et al.*, 2020).

A VD induz a reorganização do processo de trabalho e o desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização, que potencializam a construção de autonomia e de poder contratual do usuário. Contudo, enfrenta desafios relacionados ao serviço, como equipe mínima e ausência de veículo. Além destes, o risco de violência no território e dificuldades no agir para a mudança cultural nos modos de lidar com a loucura (MORAIS, *et al.*, 2021).

Ainda em relação às práticas exitosas elencadas pelos participantes dessa pesquisa, destaco o apoio matricial (ou matriciamento). O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Visa oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário) (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

É apresentado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, já garantidos pela Lei Orgânica da Saúde, desde 1990, ou seja, o apoio surge justamente para tornar a equipe de Atenção Básica capaz de responder àquilo que a própria política de saúde já propõe (BRASIL, 2004).

Com a composição de uma rede matricial de apoio às equipes de referência seria possível disparar uma série de mudanças na atenção em saúde, na direção da responsabilização, da ampliação da clínica e da interdisciplinaridade, como a melhoria em relação à fragmentação da atenção, a medicalização e outros danos e iatrogenias provocados pelo 'consumo' excessivo de tratamentos, procedimentos e exames. Também possibilita romper com a produção de excessivos encaminhamentos às especialidades e produzir corresponsabilização, de modo que

o encaminhamento preserve o vínculo e possa ser feito com outra lógica: a do diálogo entre os serviços e os profissionais (CAMPOS *et al.*, 2014).

O apoio matricial constitui-se como uma ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. As equipes de AB (equipes de referência) podem solicitar apoio matricial em saúde mental (ao NASF ou aos serviços especializados) quando: sentirem necessidade de apoio para conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família; quando se necessita suporte para realizar intervenções psicossociais específicas, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais; quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Na realidade da RAPS, o NASF é quem têm se ocupado mais frequentemente das atividades de apoio matricial, embora não seja exclusividade sua. A metodologia de trabalho do NASF é o apoio matricial. Nessa direção, o NASF desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com as/os usuárias/os; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes (LAUER, 2018).

Então, operar na ponta como apoio, apostando no olhar para as pequenas revoluções cotidianas, transformando esse trabalho diário em material para discussão de processos de trabalho, aponta para a autonomia das/os trabalhadoras/es para fazer a gestão do seu cotidiano de trabalho, como uma estratégia de resistência, de possibilidade de manutenção do SUS, por meio de intervenções micropolíticas, nesses tempos em que, no âmbito macropolítico, o cenário é de desmanche das políticas sociais (LAUER, 2018).

A literatura científica discute parâmetros que otimizem o matriciamento em saúde mental como dispositivo de cuidado tanto dos usuários do SUS quanto dos profissionais. As principais dificuldades encontradas estão em assegurar horários e espaços para as reuniões, bem como melhorar a compreensão de todos sobre como efetivar esse dispositivo na prática (COHEN; CASTANHO, 2021).

Entre as atividades que podem ser disparadas pelo matriciamento e também são consideradas fortalezas no trabalho na RAPS pelos participantes dessa pesquisa estão as atividades de grupo, em suas diferentes modalidades (grupos terapêuticos, oficinas, de educação em saúde). O trabalho com grupos é um recurso fundamental nas práticas de saúde

desenvolvidas na APS, pois sua utilização adequada permite ampliar a capacidade assistencial. Geralmente, os grupos realizados na APS são os de educação em saúde, dentro da proposta de promoção e prevenção, tão importante nesse nível assistencial (CHIAVERNINI *et al.*, 2011).

No cotidiano dos CAPS, as oficinas e grupos terapêuticos são ferramentas fundamentais para o trabalho, capazes de contribuir com tratamento de usuários e familiares. Um estudo de revisão que levantou o panorama das atividades grupais realizadas nos CAPS direcionadas a adultos no Brasil mostrou que a maioria dos grupos é conduzido por psicólogos ou estudantes desse núcleo profissional, e inclui principalmente oficinas de expressão artística e geração de renda, além de grupos psicoterapêuticos e de ajuda mútua (MENEZES; PEGORARO, 2019).

Como contribuições dessas atividades têm-se a apropriação de suas histórias de vida, melhoria de recursos internos para enfrentar problemas no cotidiano, ampliando processos emancipatórios que envolvem cidadania, autonomia e inserção social, além de proporcionar acolhimento e interação com os demais participantes (MENEZES; PEGORARO, 2019).

Como apontado pelos trabalhadores da RAPS que participaram dessa pesquisa, os grupos acabam preenchendo lacunas de sociabilidade dos usuários, sendo possibilidade de acesso à cultura, educação e lazer para as comunidades, além de fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde. Vale ressaltar que para cumprir com sua finalidade terapêutica (de melhora das condições de saúde/adoecimento, autonomia e reinserção social dos usuários) esses grupos devem ser conduzidos por método coerente, de forma a considerar o usuário, seu contexto, necessidades e desejos.

De acordo com Chiaverini *et al* (2011), muitas vezes os grupos são realizados com base na transmissão de informações, de forma verticalizada. Dessa forma se baseiam em uma concepção de educação bancária, onde o trabalhador/educador “é o que diz a palavra; os educandos [usuários], os que a escutam docilmente; o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados” (FREIRE, 1987, p. 68). A educação bancária é autoritária e opressora pois quer, na verdade, disciplinar os usuários ao cumprimento de regras, um ajustamento ao normal ou socialmente aceitável, “é puro exercício de adaptação ao mundo” (FREIRE, 2000, p. 101).

Para ir na contramão de formas domesticadoras de se relacionar com o usuário, pode-se buscar apoio da ideologia que sustenta a educação popular. Para Dias e Amarante (2022) a educação popular pode ser considerada um movimento contra-hegemônico aos processos de colonização e silenciamento de vozes historicamente oprimidas.

Assim como na experiência exitosa de criação de uma Escola de RD referida por T10 (P. 77), a educação popular está presente em muitos processos cotidianos dos serviços de saúde e de seus profissionais embora não seja nomeada como tal (DIAS; AMARANTE, 2022). Ocorre quando se articulam diferentes saberes e práticas valorizando as dimensões da cultura e dos direitos humanos, assim como o compromisso com o diálogo e protagonismo das classes populares nas transformações sociais (DIAS; AMARANTE, 2022).

Prática de protagonismo potente também foi destacada por participantes da pesquisa com a criação de um Conselho Gestor de Saúde mental, que possuía representantes de usuários, familiares, instituições de ensino e trabalhadores da RAPS. Embora relatem a ausência de reconhecimento legal desse Conselho pelo órgão gestor municipal, e sua consequente fragilização, essa foi uma experiência significativa de controle social e mobilização coletiva na RAPS.

O controle social no SUS é resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, legitimado com a Lei Nº 8.142/90, que criou os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício da participação social no SUS (BRASIL, 2006). Para além de sua garantia legal, o desafio está em garantir sua implementação na prática.

Ao analisar a efetividade do controle social por conselhos gestores de um município, Kleba *et al* (2010) identificaram que para se constituir em espaços de debate democrático, os conselhos gestores devem possibilitar que atores sociais com diferentes interesses dialoguem sobre concepções e projetos e aprendam a consensuar em favor de interesses coletivos. O desafio está em transformar direitos e necessidades de setores/unidades/regiões em demandas e projetos de interesse público.

Na fase Descoberta dessa pesquisa, os trabalhadores também puderam discorrer sobre aquilo que dá vida ao seu trabalho na RAPS. Mencionaram a rede de relações no trabalho, que o torna plural/dinâmico, favorecendo a não acomodação dos trabalhadores. “Há uma pluralidade nas relações do homem com o mundo” (FREIRE, 1981, p. 39), e o trabalhador da RAPS se percebe como ser de relações que não apenas está *no* mundo, mas *com* o mundo (FREIRE, 1981, grifo do autor).

O poder “circular pela Rede” faz do trabalhador um ser de integração, e não de acomodação. A acomodação ocorre quando o homem perde a capacidade de decidir e se submete a prescrições alheias, à medida que “suas decisões já não são suas, porque resultadas de comandos estranhos, já não se integra. Acomoda-se. Ajusta-se” (FREIRE, 1981, p. 41). Já a integração resulta da capacidade de ajustar-se à realidade acrescida da de transformá-la, assim,

o homem integrado é o homem Sujeito. A acomodação é passiva, já a integração ou comunhão é ativa (FREIRE, 1981).

Os trabalhadores também demonstram a importância de não estar só, de trabalhar em equipe. Para Freire (2012), um dos princípios do trabalho popular é de que ninguém está só no mundo, e estar com outros significa necessariamente respeitar nos outros o direito de dizer a palavra, saber ouvir, dialogar. Diálogo que não exclui a ideia de confronto, quando em situações de conflito, pois é a partir desse diálogo/confronto que o trabalhador se constitui como sujeito, constrói e dá sentido a seu trabalho, como mencionado pela participante T3.

Franco (2006) nos reafirma que não há uma autossuficiência no trabalho em saúde, sendo necessário o trabalho coletivo para o atendimento das necessidades reais do usuário. Assim, o trabalhador opera sempre em um campo relacional de acordos e contratos, conflituosos ou harmoniosos, com o compartilhamento de saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades.

Esse trabalho relacional, vivo, como referido por T4 (p.77) foi originalmente definido por Merhy e Franco (2003). Estes autores atribuem ao trabalho em saúde um caráter relacional, que se produz no encontro trabalhador-usuário, no qual todos são protagonistas e detêm diferentes graus de autonomia e controle do processo. Apresentam a concepção de que o trabalho pode ser orientado pela lógica do trabalho morto, quando restrito às normas e equipamentos, ou pelo trabalho vivo, que é o trabalho em ato, cuja ênfase está no uso das tecnologias leves (de caráter relacional, a forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado) (MERHY; FRANCO, 2003).

Outra importante pesquisadora destaca que trabalhar em equipe não se resume a reunir em um mesmo espaço diversos trabalhadores, e atribuir a eles tarefas que se entrecruzam ou estabelecer normativamente que se deve trabalhar em equipe e até reservar um tempo para que se reúnam. Equipe, assim como rede, é uma construção ativa, que implica enfrentar diferenças, relações de poder e a construção de um comum (FEUERWERKER, 2016).

Mesmo reconhecendo a existência de divergências, esses trabalhadores se sentem ainda pertencentes a equipes com experiências positivas de comunhão, trocas (diálogo), e afetividade, e isso tem sido o que os sustenta e motiva. A afetividade não é diretamente explicitada nas obras de Paulo Freire, porém, ela se configura como expressão da densa vivência na reflexão e na prática desse filósofo, que nos diz que: “Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens” (FREIRE, 1987, p. 79).

No projeto pedagógico e antropológico de Freire, o homem se torna liberto à medida que for capaz de ser autônomo, assumir a decisão pela mudança de si e da sociedade, através da educação permeada pela afetividade, pelo diálogo, pelo questionamento, pela conscientização oriunda de um processo comunitário, solidário e integrado de abordagem da realidade e do engajamento efetivo na mudança. Tudo se origina de um sentir a realidade, um pensar sobre este sentir e uma ação consequente e engajada (DALLA VECCHIA, 2017).

Ao discutirmos sobre as relações de afeto presentes na RAPS, convém também mencionarmos o filósofo Espinosa, que apresenta a noção de afeto como uma das noções chave de sua Ética (JESUS, 2015). Explora a afetividade humana de maneira distinta da convencional, isso é, não apenas do ponto de vista da paixão, mas também da ação, o que implica, em outras palavras dizer que, ser afetivo não corresponde necessariamente a ser passivo (JESUS, 2015). Defende que cada indivíduo tem uma grande capacidade de ser afetado por outros indivíduos, ao mesmo tempo em que os afeta (AZEVEDO, 2015).

Em sua pesquisa sobre o aprendizado dos afetos na RAPS, Azevedo (2015) traz que quando os profissionais são afetados de alegria em seu trabalho esse afeto se irradia pela RAPS, podendo produzir, entre os serviços, um aumento na capacidade de criar estratégias de trabalhos em saúde. Os profissionais aprendem do que são capazes, aprendem a respeito dos afetos, que os preenchem a cada momento, e assim passam a compreender quais situações aumentam e quais diminuem a sua força na realização de um cuidado potente (AZEVEDO, 2015). A mesma autora conclui dizendo que “em uma relação de afetar e ser afetado pelo outro, aprendendo a respeito das alegrias dos encontros tecemos uma rede de existência comum (AZEVEDO, 2015, p. 91).

As redes de relações parecem ser as tramas mais efetivas na RAPS de Santa Maria. Isso potencializa o trabalho, mas ao mesmo tempo limita, pois são redes personalizadas, onde quase sempre os mesmos trabalhadores que ativam as conexões.

Diante disso, a construção coletiva e dialogada de fluxos assistenciais para a RAPS é um dos sonhos dos trabalhadores. A organização de fluxos assistenciais nesse cenário é uma demanda cobrada em nível de gestão, porém o histórico é de pactuação de fluxos temporários, que acabam por não se sustentar com o passar do tempo e a rotatividade de trabalhadores nos serviços. Como consequência, há fragmentação, peregrinação e desassistência dos usuários na Rede.

Vencer os desafios da fragmentação assistencial demanda reorganização dos processos de trabalho. Cecílio e Merhy (2003) atribuem maior ou menor integralidade da atenção recebida

de acordo com a forma como se articulam as práticas dos trabalhadores, sendo o cuidado em saúde “ uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2).

Os fluxos podem também ser entendidos como Linhas de Cuidado, padronizações que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema de saúde, descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Sua implementação oportuniza melhorar a comunicação entre as equipes, serviços e usuários, organizando um *continuum* assistencial (BRASIL, 2022).

Há que se considerar que a institucionalização de fluxos servem para esclarecer o papel e possibilidades de cada serviço/trabalhador na rede, porém, não garantem fluidez e continuidade assistencial por si só. Também não podemos esquecer que o espaço (território) onde o usuário circula é um espaço delimitado por relações de poder, onde a lógica predominante que orienta as práticas de cuidado está fortemente enraizada na submissão e exclusão social do usuário.

Os fluxos devem ser dinâmicos, acolhedores das subjetividades. Não podem ser construídos se não pelo trabalho coletivo. Nos momentos que antecedem a implementação de tais fluxos, deve-se ouvir aos usuários, trabalhadores e todos os envolvidos nesse processo.

Os trabalhadores também acreditam na micropolítica, no comprometimento profissional como possibilidade de mudança, e sem o qual a macropolítica é insuficiente. Sonham com trabalhadores mais comprometidos. E, quem pode comprometer-se? Para Freire (2013a, p.7) assumir um ato comprometido requer ação e reflexão,

é preciso que [o profissional] seja capaz de, estando no mundo, saber-se nele [...] Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissolavelmente à sua ação sobre o mundo, não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo, do que resulta que este ser não é capaz de compromisso (FREIRE, 2013a, p.7).

Daí a politicidade necessária ao trabalhador, que ao reconhecer que “a história é tempo de possibilidade e não de determinismo, que o futuro é problemático e não inexorável” (FREIRE, 2013, p. 20) vai se comprometendo com um outro mundo possível, potencializando e protagonizando cada vez mais quefazeres articulados na direção de uma RAPS mais bonita.

Por assumirem tal postura, os participantes da pesquisa sentem-se incomodando os acomodados. Desejam ter sua prática mais valorizada entre os colegas. Há uma indignação na fala e, também, sofrimento.

A preocupação com a saúde dos que trabalham com saúde é outro ponto que precisa ser destacado. Como pensar concretamente em desenvolver um trabalho coletivo, multiprofissional, intersetorial, com relações mais horizontalizadas, múltiplas atividades, qualificação dos saberes sem o atendimento das necessidades básicas dos trabalhadores, como salário digno, vínculos empregatícios estáveis e ambiente de trabalho em condições adequadas? (ACIOLE; PEDRO, 2019).

Somado a isso, o contexto atual das políticas públicas tem conduzido à desestruturação dos coletivos de trabalho das equipes, à carência de solidariedade e confiança entre grupos e a um enfraquecimento dos laços sociais profissionais prejudicando os modos de organização do trabalho (GLANZNER; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2018).

Importante também ressaltar que a fragilização dos vínculos que se estabelecem nos relacionamentos com as pessoas e as organizações (comprometimento) também foi afetada pelo contexto de pandemia. A tênue fronteira entre o trabalho e a vida, condição aflorada pelo trabalho remoto, impactou nos níveis e formas de manifestação dos vínculos, repercutindo na saúde mental dos indivíduos (OLIVEIRA; RIBEIRO, 2021).

Ao sonhar coletivamente sonhos possíveis, os participantes enfatizam a importância da EPS como mediadora para as mudanças desejadas. A perspectiva problematizadora e dialógica da EPS instiga a abrir outras visibilidades para o trabalho e trazer a complexidade das vidas para a cena (MERHY *et al.*, 2020). Abre espaço para reflexões e trocas, para a aprendizagem pela experiência, que é feita coletivamente. Abre espaços para a potência, mas dá trabalho, desafia e gera incertezas (MERHY *et al.*, 2020). Se bem que o inédito viável está no campo das possibilidades e não das certezas.

Nossa existência é marcada pela dinamicidade. Estamos sempre vivendo o conflito entre o ideal e o real, o já conquistado e as possibilidades futuras. As carências, as metas não alcançadas, os projetos não realizados (TROMBETTA; TROMBETTA, 2017). Assim, independente do momento histórico em que esteja a sociedade, seja o do viável ou do inviável histórico, o papel do trabalhador social que optou pela mudança não pode ser outro senão o de atuar e refletir com os indivíduos com quem trabalha para a concretização de suas utopias (FREIRE, 2013a).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Satisfeita uma curiosidade, a capacidade de inquietar-me e buscar continua em pé. Não haveria existência humana sem a abertura de nosso ser ao mundo, sem a transitividade de nossa consciência (FREIRE, 2013, p. 85).

Minha curiosidade, como necessidade ontológica, buscou com essa pesquisa analisar de que forma o trabalho coletivo de trabalhadores tem impulsionado a construção de inéditos viáveis, na perspectiva da transformação e consequente qualificação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.

Para que o ato de conhecer se efetivasse em uma perspectiva apreciativa crítica, avancei com o saber sendo direcionada por uma pesquisa participativa com trabalhadores dessa RAPS, que trilharam comigo os caminhos (ou as quatro fases) de uma Pesquisa Apreciativa. Descobrir, sonhar, planejar e dar destino aos inéditos viáveis que são desejos coletivos de mudança na RAPS.

Enquanto caminho metodológico, a PA foi uma direção valorosa nessa pesquisa. No processo co-construído junto aos trabalhadores, a PA me permitiu ultrapassar os limites do senso comum e produzir conhecimento-ação pautado na historicidade. Foi a possibilidade de levantar indagações apreciativas, como: “o que dá vida? O que dá certo? Qual o melhor do que já se fez? Quais os sonhos? Como, quando e com quem implementá-los?”, que permitiu a boniteza dos achados. Os participantes puderam contar e ser história. Foi também a possibilidade de olhar curiosa e criticamente o mundo da RAPS que tornou esses trabalhadores, homens e mulheres capazes de agir sobre a realidade em que estão inseridos para transformá-la.

Considero que utilizar o olhar da teoria crítica de Paulo Freire para sustentar essa pesquisa também foi escolha certa e necessária. Freire, obviamente, não se dedicou especificamente ao estudo das redes de saúde, mas suas amplas reflexões sobre o homem, as relações sociais opressoras, o olhar para os injustiçados do mundo, a história como tempo de possibilidade e não de determinismo, a necessidade de humanização da sociedade e sua libertação mediada pelo conhecimento, entre outras ideias-base que abriram possibilidades para refletirmos as relações e o trabalho na RAPS de forma crítica e esperançosa.

Seu legado e coerência o fazem ser reconhecido mundialmente. Ao mesmo tempo, sua defesa aos “esfarrapados do mundo” é vista como ameaça aos detentores do poder. E, hoje, quando o nosso país vive uma das maiores crises políticas de sua história, com desmontes em

Políticas Públicas inclusivas nas esperas econômicas, educacionais, culturais, e de direitos sociais, potencializada pelas consequências da pandemia por Covid 19, Paulo Freire é, sobretudo, necessário. Sua força não está apenas em suas teorias, mas também pelo que representa, pela sua postura democrática, coerente, humilde e pelo seu compromisso ético-político com todos os que lutam pela libertação e humanização das relações humanas.

Por um olhar hoje distanciado (ou “ad-mirado”, pelas palavras de Freire) retomo o objeto do conhecimento dessa pesquisa “Trabalho coletivo como potência de produção de inéditos viáveis na perspectiva da [transformação e consequente] qualificação do cuidado na RAPS” e percebo que foi possível ir além.

Os resultados mostraram como **potências da RAPS**: a **relação construída com os usuários**, por meio do diálogo, do acompanhamento longitudinal, a possibilidade de incentivar mudanças que transformaram vidas; o **trabalho coletivo, multiprofissional, com parcerias com a rede intersetorial**, que ampliam a contratualidade do serviço e, são também, fonte de aprendizagem; a **relação com a Residência Multiprofissional**, que é apoio, amplia o alcance das ações, além de motivar a equipe diante de uma rotina engessada; a **participação em espaços de discussão e gestão**, como o Fórum de Saúde Mental, Grupos de Trabalho, Reuniões de equipe setoriais ou intersetoriais, Conselho Municipal de Saúde; o trabalho com base no território, que possibilita ações mais contextualizadas/ significativas ao usuário; as **atividades de grupo** desenvolvidas com os usuários dos serviços, que contribuem para melhorar autonomia e reinserção social, além de gerar renda; o **apoio matricial**, que aproxima equipes especializadas e APS que vai incorporando novos modos de cuidar que incluam a saúde mental; a **criação de um Conselho Gestor de Saúde Mental**, representativo de usuários, instituições de ensino e trabalhadores da RAPS, que existiu (resistiu) por um tempo, como uma política de oprimidos, não reconhecida, mas significativa e potente; e a experiência **de criação de uma Escola de Redução de Danos (RD)**, que foi construída na lógica da educação popular em saúde, e (enquanto durou) abriu espaço para o diálogo horizontal e a aprendizagem mútua entre trabalhadores, usuários, professores universitários.

Os resultados também mostraram que existem **necessidades de melhoria** (práticas necessárias na RAPS para que o trabalho “dê certo”), como: necessidade de mobilização e suporte da gestão para **construção participativa de fluxos assistenciais**, tendo em vista a superação de fluxos pessoalizados; existência **Apoio Institucional**, lembrado como uma ferramenta importante para qualificar o processo de trabalho na rede; necessidade de melhorar

a infraestrutura do município, pois a ausência de dispositivos repercute em uma população cada vez mais vulnerável e desassistida.

Vimos que **o que dá vida ao trabalho na RAPS** é o trabalho coletivo, principalmente quando há diálogo, apoio, comprometimento, compartilhamento entre os seus trabalhadores. É também o seu caráter interdisciplinar, sua dinamicidade, politicidade e afetividade.

Ainda, vimos que **trabalhar na RAPS possibilita integração ensino-serviço**, pela presença de acadêmicos, residentes, tutores e coordenadores da RMS, possibilita **ser agente de mudanças** (na vida do usuário), e superar dificuldades, as quais incluem questões operacionais (transporte, local de trabalho), de infraestrutura municipal, de morosidade no acesso aos serviços de urgência/emergência e fragilidade na comunicação entre os serviços. As dificuldades são sentidas com maior impacto pela insegurança e angústia pelo contexto político atual.

Apesar disso, os trabalhadores conseguiram sonhar. Os **sonhos para a RAPS** foram dentro do que já é preconizado: uma rede estruturada (com recursos humanos e estruturais suficientes); um fluxo assistencial melhor definido (coletivamente); maior aproximação com a gestão; comprometimento com princípios e diretrizes do SUS e da PNH; uma dinâmica de trabalho que de fato se aproxime mais da realidade/território dos usuários, que consiga atuar sobre os determinantes com ações de prevenção em saúde; que os trabalhadores sejam comprometidos, e isso se relaciona com necessidade de menor rotatividade destes; ainda, que haja investimento em ações de cuidado à saúde mental do trabalhador, que está vulnerável, requer reconhecimento, suporte e valorização.

Os trabalhadores **planejaram ações para que alguns desses sonhos possam se tornar inéditos viáveis**. Querem aumentar o coletivo envolvido e comprometido com as mudanças na RAPS e a aproximação com a gestão. Farão isso melhorando a divulgação dos espaços de encontro que já existem, como Fórum de Saúde Mental, as Reuniões de rede, o Interequipes, e sensibilizado a gestão (convite por email, whatsapp) para que também participe, ou enviando memorando registrando a ausência. Compreendem como fundamental a parceria com o NEPeS, que será mobilizado para ampliar ações de EPS junto à RAPS, dar suporte à organização das ações de apoio matricial, bem como ampliar e qualificar a interlocução com as instituições de ensino, melhorando a devolutiva destas aos serviços.

Reconheço que a qualificação do trabalho na RAPS, e por conseguinte, da assistência ao usuário, que dá sentido à nossa ação, é um desafio. Envolve múltiplos sujeitos em um processo que necessita ser de comunhão e solidariedade entre os existires. Não é possível

avançar sem políticas públicas que nos garantam uma assistência digna e de qualidade. Também, não é possível conquistá-las sem que haja um coletivo organizado, consciente de seu compromisso histórico, ético, político, moral e afetivo, que lute pela mudança.

Nesse sentido, destaco a pertinência de mais pesquisas comprometidas a conhecer os porquês que constroem a lógica que desarticula e enfraquece os trabalhadores, reforçando os determinismos na rede de saúde; pesquisas que explorem experiências positivas de controle social e protagonismo de trabalhadores e usuários na RAPS; que possibilitem ler o mundo de outras Redes para identificar também seus problemas, mas sobretudo suas fortalezas, que possam inspirar mudanças em outras realidades.

Entendo que contribuições significativas nessas temáticas podem resultar de pesquisas com abordagens que possibilitem a participação e o diálogo entre os participantes, que utilizem de metodologias que permitam mobilizar e reacender a esperança dos sujeitos de interpelação na história.

Como contribuições para a área da pesquisa, ressalto o valor de descrição do caminho metodológico da Pesquisa Apreciativa, ainda incipiente em estudos com aplicação na área da saúde e Enfermagem no Brasil e rico de possibilidades de utilização em diferentes contextos assistenciais e de gestão. Espero que novos pesquisadores se inspirem a implementar esse tipo de pesquisa, e que o façam necessariamente utilizando do ciclo DSPD, que considero fundamental para que processos de mudança possam ser mobilizados.

No âmbito do ensino e formação profissional, a pesquisa vem reforçar a importância da integração ensino-serviço para a qualificação permanente da RAPS, representada por seus trabalhadores, usuários, familiares, que aprendem-ensinam na relação com acadêmicos, residentes e educadores. Desvela-se a necessidade de estreitar, cada vez mais, a comunicação e a cooperação entre esses mundos. Ressalto, ainda, a importância de estruturas curriculares que durante a formação fomentem a interdisciplinaridade no trabalho em saúde.

Essa pesquisa também tem sua importância para o cenário em que foi desenvolvida, à medida que, sendo compartilhada com a gestão, e demais instâncias envolvidas, poderá fomentar revisão de processos, sensibilização para melhoria nas carências apontadas, e a partir do reconhecimento daquilo que já deu certo inspirar articulação para novos começos e encontros.

Considero como limitações da pesquisa o seu foco restrito a um cenário específico – a RAPS de Santa Maria, RS, que possui problemas já percebidos em outras RAPS, mas que não podem ser generalizáveis. Sinto que o contexto de pandemia por Covid19 também foi uma das

situações limitantes para a execução da pesquisa, pois afastou os participantes durante o processo, fragilizando o vínculo e, de certa forma, o engajamento coletivo inicial.

Concluo dizendo que atribuo a essa pesquisa um ato de Coragem, e haveria mesmo de ser corajosa, propondo ao trabalhador a reflexão sobre si mesmo, seu tempo, sua história, seu papel e seu próprio poder de refletir e articular-se para as mudanças que são necessárias no seu processo de ser mais com os outros. Coragem também necessária diante de situações-limite no meu próprio processo de vida, que exigiram revisitar o sentido da pesquisa, as motivações (o que dava vida) para a sua continuidade, a relação da pesquisa com os meus sonhos, e a necessária articulação com a rede de relações de afeto e apoio, que foi fundamental para a conclusão.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; PEDRO, M. J. Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 194-206, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912015>. Acesso em: 3 ago 2022.
- ALMEIDA, D. L. Assistência em saúde mental: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2638>. Acesso em: 14 dez. 2018.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde colet**, v. 23, n. 6, jun., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 02 out. 2018.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. (revista e ampliada). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- ANTONACCI, M. H. et al. The structure and flow of the health care network as an instrument of change in psychosocial assistance services. **Rev. esc. enferm. USP**; v. 47, n.4, p.891-8. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400017> Acesso em: 26 ago. 2018
- ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 601-13, jul./set., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601. Acesso em: 14 dez. 2018.
- ANDREOLA, B. Interdisciplinaridade na obra de Freire: uma pedagogia da simbiogênese e da solidariedade. *In*: STRECK, Danilo R. et al. **Paulo Freire: ética, utopia e educação**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 67-94.
- ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da Saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 121-131, jul., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0763> Acesso em: 22 jun. 2018.
- ARNEMANN, C. T. *et al.* Pesquisa Apreciativa. *In*: LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. S. G. (Org.) **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. v. 2. Porto Alegre: Moria, 2018a.
- ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Interprofessional collaboration: a case study regarding the professionals of the Care Center for Elderly, Rio de Janeiro State University (NAI/UERJ), Brazil. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 199-210, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>. Acesso em: 14 dez. 2018.
- AZEVEDO, A. B. O trabalho comum através do aprendizado dos afetos na Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 80-93, dez. 2015. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2015000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 jul 2022.

BALDO, A. M.; GARCIA, E. E. B. Intransitividade, Transitividade Ingênua e Transitividade Crítica Da Consciência Em Paulo Freire. **Reflexão e Ação**. Santa Cruz do Sul, v. 29, n. 2, p. 57-68, mai./ago. 2021.

BARBOSA, B. V. F. *et al.* O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **Rev Fund Care Online**, v.9, n3, p. 659-68, jul./set., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>. Acesso em: 26 ago. 2018.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, Jan., 2012. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 14 dez. 2018.

BOTEGA, M. S. X. Vulnerabilidade programática: avaliação participativa do cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família. 2020. 271 f. Tese (**Doutorado em Enfermagem**) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linhas de cuidado Secretaria de Atenção Primária**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/.2022>

BRASIL. **Portaria Nº 596, de 22 de março de 2022**. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2022a [citado 2022 abr 12];56(Seção1):281. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>.

BRASIL. **Edital de chamamento público Nº 03/2022**. Brasília, 2022b [citado 2022 abr 12]. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/editais1/chamamento-publico/SEI_71000.011057_2022_04.pdf.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 97. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 3.659, de 14 de novembro de 2018**. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 87. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução Nº 01, de 01 de março de 2018**. Brasília, DF: CONAD, 2018a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018**. Brasília, DF: CNS, 2018b.

BRASIL. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 46. 2017.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 6. 2017a.

BRASIL. **Portaria interministerial Nº 2, de 21 de dezembro de 2017**. Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: seção 1, p. 104. 2017b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial Nº 16, de 22 de Dezembro de 2014**. Inclui áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, Brasília: Ministério da Educação; 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS; 2012.

BRASIL. **Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS n. 2**, Abr 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 466.2012**. Brasília: CNS; 2012b.

BRASIL. Portaria/GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p.** (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: Relatório de gestão 2003-2006**. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, fev. de 2002.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica**: promulgada em 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 26 Out. 2017.

CAMPOS, I. O. *et al.* Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 03, p. e310319, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310319> Acesso em: 24 jun 2022.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 863-70, out./dez., 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>. Acesso em: 13 out. 2018.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do Cuidado em Saúde Mental: Práticas Territoriais na Rede Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**; v. 18, n. 1, p. e0023167, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231> Acesso em: 04 jul 2022.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 22 Ago 2020.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação** (Botucatu), v. 18, p. 983-95, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832014000500983&script=sci_abstract Acesso em 5 jul 2022.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A National Interprofessional Competency Framework College of Health Disciplines University of British Columbia**, Vancouver; feb., 2010. Disponível em: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210r.pdf Acesso em: 5 fev. 2019.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 08 out. 2018.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface**, v. 22, n. Supl. 1, p.1325-37, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2018nahead/1807-5762-icse-1807-576220170186.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 2, p.1739-49, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrRHcqfsRXLZ7RMxCks/?lang=pt> Acesso em: 28 jun 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 5, p.1400-10, 2004.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, Campinas (SP), 2003.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. CHIAVERINI, D. H. (Org.) Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CIRILO NETO, M.; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. **Psicol. cienc. prof.** v.37, n.2, p.461-474; 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002542016>. Acesso em: 26 ago. 2018.

COHEN, M. C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200462, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200462> Acesso em: 08 jul 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Brasília, DF: CFP, Ministério Público Federal, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, 2018.

COOPERRIDER, D. **Appreciative inquiry**: Toward a methodology for understanding and enhancing organizational innovation. 1986, 357 f. Thesis (Doctor of Philosophy) Case Western Reserve University, Cleveland. 1986.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação Apreciativa: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças**. Rio de Janeiro: Qualitymark 2006.

COOPERRIDER, D.; WHITNEY, D.; STAVROS, J. M. **Appreciative Inquiry Handbook: The first in a series of AI workbooks for leaders of change**. Brunswick, Ohio: Crown Custom Publishing Inc, 2008.

COTA, A. M. M.; SANTOS, S. C. M.; VALE, E. C. 50 anos da Pedagogia do oprimido: quem são os oprimidos hoje? **Olhar de Professor**, v. 23, p. 01-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/OlharProfr.v.23.2020.16699.209209229146.0820> Acesso em: 01 mai 2022.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, jan./mar., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n56/197-198/>. Acesso em: 14 dez. 2018.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D.; STRAVOS, M. **Appreciative Inquiry Handbook: For Leaders of Change**. 2nd edition; San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2008.

COOPERRIDER, D.L.; WHITNEY, D. **Investigação apreciativa: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças** (N. Freire, Trad.). Rio de Janeiro: Qualitymark. 2006.

DALLA VECCHIA, A. M. Afetividade. *In*: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

DIAS, J. V. S.; AMARANTE, P. D. C. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 132, p. 188-199, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213213>

DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 285-299, Jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200005

DOW, A. W. et al. Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care*, v. 31, n. 6, p.677-8, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1344048> Acesso em: 14 jan. 2019.

DUARTE, M; J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243. ago./dez., 2018.

ESLABÃO A. D. et al. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidades. *Rev Fund Care Online*. v. 9, n. 1, p. 85-91, jan./mar., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.85-91>. Acesso em: 26 ago. 2018.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. *In: TOASSI, R. F. C (Org.). Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico] 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf> Acesso em: 17 dez. 2018.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO R. Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 35-60.

FERNANDES, S. *Pedagogia Crítica como Práxis Marxista Humanista*: perspectivas sobre Solidariedade, Opressão, e Revolução. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 37, nº. 135, p.481-496, abr.-jun., 2016.

FERREIRA, T. P. S. *et al.* Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 09 dez. 2018.

FEUERWERKER, L. M. C. Cuidar em saúde. *In: FEUERWERKER, L. M. C; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35-47.

FORTUNA, V. A relação teoria e prática na educação em freire. *REBES - Rev. Brasileira de Ensino Superior*, v. 1, n.2, p. 64-72, out.-dez. 2016.

FRANCO, T. B. Redes de cuidado: Conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (Ed.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, p. 261-76, 2015.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS/IMS/UERJ; 2006. p. 459- 73.

FREIRE, A. M. A. Inédito viável. In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 223-226.

FREIRE, A. M. A. Notas explicativas. In: FREIRE, Paulo (Org.). **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da tolerância** [recurso eletrônico]/Paulo Freire; organização Ana Maria Araújo. – 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. 1 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. [recurso digital].

FREIRE, P. Preferia dizer que não tenho método, diz o educador [Entrevista cedida a] Nilcéa Lemos Pelandré. Republicada em **EJA em debate**, Florianópolis, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/EJA>. Acesso em 05 jun 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 12ª. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013a.

FREIRE, Paulo. Princípios do trabalho popular. In: **Trabalho de base: seleção de roteiros organizados pelo Cepis**. PELOSO, Ranulfo (Org.) – 1ª ed – São Paulo: Expressão Popular, 2012. 152p.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 32, n. 9, p. e00059116, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116> Acesso em: 26 jun 2022.

GADOTTI, M. O Trabalho Coletivo como Princípio Pedagógico; Paulo Freire e a Educação Superior **Revista Lusófona de Educação**. Lisboa, Portugal: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, n. 24, p. 153-162, 2013.

GADOTTI, M.. Convite à leitura de Paulo Freire. São Paulo: Editora Scipione Ltda, 1989. 176p.

GELBCKE, F. L. L.; MATOS, E. M.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 4, p. 31-9, dez. 2012.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, M. L. C. Estratégias defensivas de equipes de saúde da família ao sofrimento no trabalho. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 1, abr. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49847>>.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 1961.

GODOI, C. K. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas** [online], v. 55, n. 6, p. 632-44, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-759020150603>. Acesso em 18 set 2021.

GREEN, J. *et al.* Generating best evidence from qualitative research: the role of data analysis. **Australian and New Zealand journal of public health**, Canberra, v. 31, n. 6, p. 545-550, 2007.

GUIMARAES, A. C. A; VERAS, A. B.; CARLI, A. D. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 91-103, abr., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.696>. Acesso em: 11 fev. 2019.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de paulo freire: contribuições para a saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e0680017, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>. Acesso em: 12 fev. 2019.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-93, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

JESUS, P. B. M. Considerações acerca da noção de afeto em Espinosa. **Cadernos Espinosanos**, [S. l.], n. 33, p. 161-90, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/espinosanos/article/view/105572> Acesso em: 12 jul 2022.

KIELING, J. F. Alienação. *In*: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

KHALILI, H; HALL, J.; DELUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 2, p. 92-7, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24383410> Acesso em: 14 dez. 2018.

KLEBA, M. E. *et al.* O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.

3, p. 793-802, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300022>
Acesso em 02 ago 2022.

LALLEMAND, C. Z. **Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa**. 2010. 395 p. Tesis Doctoral (Doctorado em Enfermeria e Salud Internacional). Universitat de les Illes Balears, 2010.

LAUER, P. C. O apoio como estratégia para o fortalecimento do SUS. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 17, n. 2, p. 29-50, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442018000200003&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 5 jul 2022.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc**, v.21, p.572-86, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MARTINS, J. C.; KLUTHCOVSKY, G. C; BORGES, P. K. Potencialidades e fragilidades: uma análise das pesquisas sobre residência multiprofissional em saúde. **Perspectivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade**, v. 7, n. 15, p. 40-55, nov. 2020.

MAXIMINO, V. S. *et al.* Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saude soc.**, v. 26, n. 2, abr./jun., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170017>. Acesso em: 19 dez. 2018.

MELLO, A. L. *et al.* Teaching-Service Integration in the training of Health Residents: the teacher's perspective. **Texto & Contexto – Enfermagem**; v. 28, n. e20170019, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0019> Acesso em: 29 jun 2022.

MELLO, A. L. *et al.* Fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde: revisão integrativa. **ABCS Health Sci**; v. 44, n. 2, p. 138-46, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1176> Acesso em: 14 jun 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 08 jul. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, S. M. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 46-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271285> Acesso em 04 jun 2022.

MENEZES, G. P.; PEGORARO, R. F. Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. e189050. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189050>

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 2020. v. 43, n. spe6, p. 70-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em debate*, v.27, n. 65, p. 316-27, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINOZZO, F.; COSTA, I. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 438-450, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n3/a07v16n3.pdf>

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K.; SANTOS, C. B. T. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicol. cienc. prof.**, v. 34, n.3, p.592-611. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001662013>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100016>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MORAIS, A. P. P *et al.* Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 26, n. 3, p. 1163-72, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019> Acesso em 6 jul 2022.

MORENO, E.; MORIANA, J. A. The treatment of mental health and psychological problems in primary care. **Salud Mental**, v. 35, n. 4, p. 315-322, 2012.

MORROW, R. A.; TORRES, C. A. Reading Freire and Habermas: critical pedagogy and transformative social change. New York: Teachers Colleg Press, 2002. Disponível em: https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/ebooksclub-org_reading_freire_and_habermas_critical_pedagogy_and_transformative_social_change.pdf

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, Jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25862411> Acesso em: 17 dez. 2018.

MÜHL, E. H.; SARTORI, J.; ESQUINSANI, V. A. (Org.). **Diálogo, ação comunicativa e práxis pedagógica**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2011, p. 45-67.

MUZZATTO, E. M. Consciência, Liberdade e Autonomia em Paulo Freire. Gavagai - **Revista Interdisciplinar de Humanidades**, v. 8, n. 1, p. 66-82, 8 jun. 2021. Disponível em:

<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/GAVAGAI/article/view/12427>. Acesso: em 9 abr 2021.

NILSON, L. G. et al. Investigação Apreciativa como Tecnologia para a Pesquisa em Saúde Coletiva. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.5, n.3, p.01.-09, 2014. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2905> Acesso em: 21 out. 2018.

OLIVEIRA, G. L.; RIBEIRO, A. P. Relações de trabalho e a saúde do trabalhador durante e após a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00018321, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00018321> Acesso em: 01 jul 2022.

OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Esc Anna Nery* 2017; v. 21, n. 3, p. e20160040. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf

OLIVEIRA, A. S. Articulação ensino-serviço: desafios e potencialidades no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e16411527895, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27895> Acesso em: 29 jun 2022.

OSOWSKI, C. I. Situações-limite. *In*: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 115-117.

PARO, C. A.; VENTURA, M.; SILVA, N. E. K. Paulo Freire e o Inédito Viável: Esperança, Utopia e Transformação na Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 18, n. 1, p. e0022757, ago 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00227>. Acesso em: 9 abr 2021.

PASSOS, L. A. Leitura do mundo. *In*: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

PATEL, V *et al.* Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. **World Psychiatr.** v. 9, n. 3, p. 169-76, 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00305.x?sid=nlm%3Apubmed> Acesso em: 09 jan. 2019.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. *In*: TOASSE, R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico]– 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n.2, p.1753-6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/n8NtBdgykFDyKT49F8gpL5f/?lang=pt> Acesso em: 28 jun 2022.

PINHO, L. Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma? *In*. Saúde mental: contra-reforma? **Radis**, Rio de Janeiro, n. 196, p. 6, 2019.

PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e200770, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200770> Acesso em 25 jun 2022.

PIRES, L. F. B. et al. Estratégia saúde da família e assistência ao dependente químico: ações conjuntas ou isoladas? **Rev.Eletr. Enf.**, v.18, p. e1180, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39177>.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. Supl. 2, p.1535-47, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1535.pdf> Acesso em: 14 jan. 2019.

QUINDERÉ, P. H. D; JORGE, M. S. B; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf> Acesso em: 16 set. 2018.

QUIRINO, T. R. L *et al.* A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 253 - 273, jul. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/50869>. Acesso em 4 jul 2022.

REASON, P.; BRADBURY, H. (Ed.). **SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice** (2. ed.). London: SAGE, 2008.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092> Acesso em: 19 dez. 2018.

RIBEIRO, D. V. A.; AZEVEDO, R. C. S.; TURATO, E. R. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1827-34, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n6/1827-1834/pt> Acesso em: 05 abr 2022

ROLIM, M. Notas sobre a aprovação da lei e seu contexto. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.) **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. – Porto Alegre : Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. - 348p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179261/001068911.pdf?sequence=1>

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, M. **O país distorcido: o Brasil, a globalização a cidadania**. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um centro de atenção psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface Comun**

Saúde Educ, v. 15, p. 715-26, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop3511.pdf>

SILVA, L. R. Desafios na construção de uma rede de atenção em saúde mental. **Cogitare Enferm**. v. 17, n. 4, p. 649-54. out./dez. 2012. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30361> Acesso em: 28 ago. 2018.

SILVA, C. S.; ARAÚJO, M. D. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde Debate**, v. 43, n.123, p. 1240-1258, 2019. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>. Acesso em: 14 jun 2022.

SILVA, I. C.; COSTA FILHO, C. G.; BRITO, M. J. Investigação Apreciativa e Pesquisa-ação: Relação Dialógica, Complementaridade ou Oposição? **Revista Gestão.Org**, v. 12, n. 2, p. 163-172, 2014.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. **Interface (Botucatu)**; v. 21, n. 62, p. 589-99; 2017. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 420-424, jul. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091>

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. de S. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 6, n.4, p. 175-85, 2012. Disponível em:
<https://doi.org/10.18569/tempus.v6i4.1214> Acesso em: 05 jun 2022.

SILVA, J. A. M. *et al* . Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>. Acesso em: 07 jan. 2019.

SOUTO, V. T. *et al*. Espelho, Espelho Meu: Autoimagem de pessoas que fazem uso de drogas e suas repercussões sociais. **REME – Rev Min Enferm.**, n. 23:e-1172, 2019. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1315> DOI: 10.5935/1415-2762.20190020. Acesso em: 17 Jul 2019.

SOUTO, V. T. **Autoimagem, repercussões sociais e pontos de apoio para usuários de substâncias psicoativas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria – RS, 2015.

SOUTO, V. T. *et al*. Cuidado da equipe de enfermagem na percepção de familiares de pacientes psiquiátricos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. supl. 2, p. 910-17, fev., 2015. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10416/11198>. Acesso em: 24 dez 2019.

SOUZA, A. R.; CARVALHO, J. S. “Situação-Limite”, “Ato-Limite” e “Inédito Viável”: Categorias atuais para problematizar a “Percepção” da realidade. **Rev e-Curriculum**. v. 16 n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/1809-3876.2018v16i4p1288-1308>. Acesso em 9 abr 2021.

SOUZA, L. V., MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia & Sociedade**; v. 22, n. 3, p. 598-607, 2010.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia . Brasília : Unesco, Brasil. Ministério da Saúde (MS); 2002.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. **Dicionário Paulo Freire** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e290108, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108> Acesso em: 04 jun 2022.

TERRA, M. G. *et al.* Centro Regional de Referência de enfrentamento ao crack e outras drogas: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v. 17, n. 3, Jul-Set 2018. Disponível em: 10.4025/ciencuidsaude.v17i3.40881. Acesso em: 20 mar 2020.

TRAJKOVSKI S. *et al.* Implementing the 4D cycle of appreciative inquiry in health care: a methodological review. **Journal of Advanced Nursing**, v.69, n. 6, p. 1224–1234, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12086>

VALE, M. J. **Paulo Freire, educar para transformar**: almanaque histórico. São Paulo: Mercado Cultural, 2005. 64 p.

VARELA, D. S. S. et al.. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0296.pdf> Acesso em: 15 set. 2018.

WATKINS, S.; DEWAR, B.; KENNEDY, C. Appreciative Inquiry as an intervention to change nursing practice in in-patient settings: An integrative review. **International Journal of Nursing Studies**; v. 60, p. 179–190. 2016.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Mental health within primary health care and global mental health: international perspectives and Brazilian context. **Interface Comun Saúde Educ**; v.19, p.1121-322015, out./dez., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401121

WILLIS, K. *et al.* The essential role of social theory in qualitative public health research. **Aust N Z J Public Health**, v. 31, n. 5, p.438-4, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1753-6405.2007.00115.x?sid=nlm%3Apubmed>

WHITNEY, D.; TROSTEN-BLOOM, A. The Liberation of Power: Exploring how Appreciative Inquiry “Powers Up the People”. In: WHITNEY, D.; TROSTEN-BLOOM, A (Org.) *The Power of Appreciative Inquiry: a practical guide to positive change*. San Francisco, CA: Berrettet-Koehler Publishers, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre , v. 8, n. 1, p. 173-90, abr. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso Acesso em 26 jun 2022.

ZAFORTEZA-LALLEMAND, C. **Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa. 2010. 396f. Tesis (Doctoral in Nursing)**. Departamento de Enfermería y Fisioterapia Programa de Doctorado Interuniversitario en Enfermería y Salud Internacional Tesis Doctoral. Universitat de les Illes Balears, 2010.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2018.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, v.18, n.2, p.277-293, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005>. Acesso em: 08 out. 2018.

ZITKOSKI, J. J. Diálogo/Dialogicidade. In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 115-117.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Título do projeto de pesquisa:

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Encontro Nº:

Data:

Nome do Trabalhador:

Código de identificação:

Idade:

Escolaridade/Titulação:

Profissão/instituição com vínculo profissional:

Tempo de trabalho na rede de saúde mental:

Participa ou já participou de dispositivos de gestão na rede? Quais?

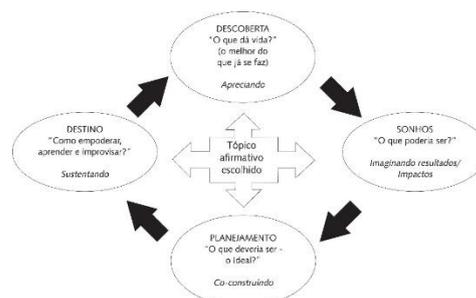
Questões disparadoras:

Fase Descoberta

- Como você vê sua prática diante de demandas de atenção em saúde mental na RAPS?
- O que há de melhor no que você já faz/ fez na RAPS?
- O que está dando certo nas parcerias com outros profissionais dentro e fora do seu serviço?

Fase Destino

- Qual o seu sonho para a RAPS?
- O que você considera que seria o ideal?



Fonte: (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2017).

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Título do projeto de pesquisa:

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Encontro Nº:

Data:

Nome do Trabalhador:

Código de identificação:

Idade:

Escolaridade/Titulação:

Profissão/instituição com vínculo profissional:

Tempo de trabalho na rede de saúde mental:

Participa ou já participou de dispositivos de gestão na rede? Quais?

Questões disparadoras:

Fase Descoberta

- Como você vê sua prática diante de demandas de atenção em saúde mental na RAPS?
- O que há de melhor no que você já faz/ fez na RAPS?
- O que está dando certo nas parcerias com outros profissionais dentro e fora do seu serviço?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Marlene Gomes Terra**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**Telefone e endereço postal:** (55)3220 8427 / Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1445, Centro de Ciências da Saúde, CEP 97105- 900 - Santa Maria - RS**Locais da coleta de dados:** Hospital Universitário de Santa Maria, Hospital Casa de Saúde, e serviços de Atenção Especializada em Saúde mental e Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS/BR.

Prezado Participante:

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa de forma esclarecida, voluntária e gratuita. Serão respeitados seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Porém, antes de concordar e participar dos encontros é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disso, você tem o direito e a garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Objetivos do estudo: Conhecer o que há de melhor nas práticas da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores; Compreender como um processo reflexivo pode gerar mudanças no trabalho na rede de atenção à saúde para melhorar a colaboração entre os trabalhadores dos serviços de Saúde Mental e APS; Analisar como o contexto dos serviços da rede influencia nos processos de mudança.

Procedimentos: sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de discussões sobre temas do seu cotidiano de trabalho relacionados ao objetivo acima descrito, disparadas pela facilitadora durante encontros em grupo com outros trabalhadores dos serviços da rede de atenção em saúde mental. As falas emergidas nos encontros serão registradas em gravador digital. O dia e horário para realização dos encontros será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração é estimado em torno de duas horas. O local será, preferencialmente, em uma sala reservada em local que facilite o acesso dos participantes, podendo ser alterado conforme o desejo do grupo. Os dados coletados, depois de analisados, serão divulgados e publicados, ficando as professoras responsáveis, comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para os serviços nos quais foi realizada a pesquisa.

Benefícios: não haverá custos ou benefícios financeiros pela participação na pesquisa. Os benefícios estão relacionados à construção de estratégias para o fortalecimento dos trabalhadores e da rede de atenção em saúde mental do município.

Riscos: você poderá sentir desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de lembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, o encontro poderá ser encerrado, suas angústias acolhidas inicialmente pelo facilitador e, se

necessário, você será encaminhado para assistência com um profissional de sua preferência. Ainda, a não participação na pesquisa, bem como a desistência será respeitada e não acarretará prejuízo ao seu trabalho.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. A sua identificação pessoal será preservada, e na pesquisa os seus depoimentos serão codificados e associados à letra 'T', que é a inicial da palavra trabalhador seguida de um número (T1, T2, T3 e, assim sucessivamente). Este termo será assinado em duas vias sendo que uma ficará com você e outra com os pesquisadores. Os pesquisadores, ainda, se comprometem em seguir a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como do cumprimento das exigências nela contidas.

É importante salientar, caso você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 2º andar – Campus Universitário – CEP: 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220- 9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Eu, _____ após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expressei minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Santa Maria, __de ____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da executora do projeto

Dra. Marlene Gomes Terra - Pesquisadora Responsável
Telefone: (55) 32208427

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da pesquisa: *Práticas colaborativas entre trabalhadores de saúde mental e atenção primária: construindo redes dialógicas*

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 32208427 ou (55) 996728278.

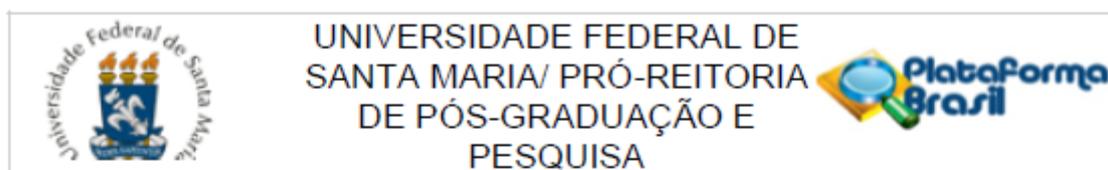
Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, Hospital Casa de Saúde, e serviços de Atenção Especializada em Saúde mental e Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS/BR.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos trabalhadores participantes cujos dados serão coletados em forma de grupos dialógicos com aplicação do Ciclo 4Ds para Pesquisas Apreciativas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os instrumentos utilizados e os TCLE serão guardados por cinco anos no endereço: Universidade Federal de Santa Maria, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1445, Centro de Ciências da Saúde, CEP 97105- 900 - Santa Maria - RS, sala do Grupo de pesquisa: “Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde (GP – FORESM), cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a responsabilidade da pesquisadora Dra Marlene Gomes Terra. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,dede 20.....

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS COLABORATIVAS ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUINDO REDES DIALÓGICAS

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15489919.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.125.242

Apresentação do Projeto:

Justifica-se a solicitação nos seguintes termos: "Trata-se de uma pesquisa apreciativa, com abordagem participativa que requer momentos de discussão e planejamento coletivos guiados pelas fases do ciclo 4Ds (Discovery, Dream, Design, Destiny). Diante do contexto de pandemia por COVID-19 e a necessidade de distanciamento social, os encontros em grupo das fases Design e Destiny foram suspensas. No entanto, a realização desses encontros é fundamental para atendimento dos objetivos delimitados, por isso solicitamos autorização do CEP para que possam ocorrer de forma remota/online através da ferramenta Google Meet, encerrando a coleta de dados até de agosto de 2020."

Em função dos documentos apresentados, a emenda pode ser aprovada.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o que há de melhor nas práticas dos trabalhadores da rede de atenção psicossocial.

Compreender como um processo dialógico e reflexivo pode fortalecer o trabalho na rede de atenção psicossocial para melhorar a colaboração entre os trabalhadores dos serviços de Saúde Mental e APS;

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763

Bairro: Camobi

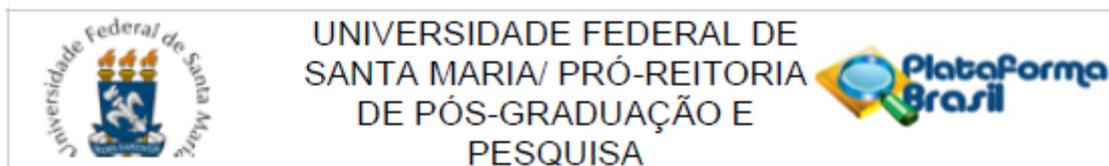
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.125.242

Analisar como o contexto dos serviços da rede influencia nas práticas colaborativas dialógicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando-se as características do projeto, a descrição de riscos e benefícios apresentada pode ser considerada suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

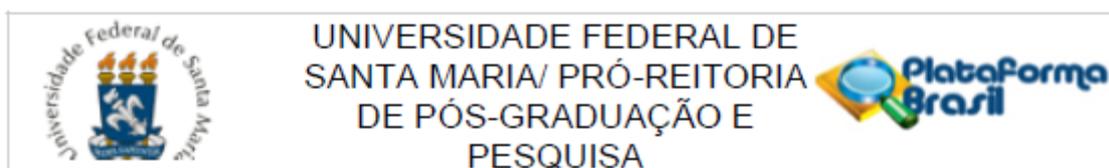
Considerações Finais a critério do CEP:

O proponente do projeto é responsável por indenização aos participantes no caso de manifestação de eventuais danos comprovadamente decorrentes da realização da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1585410_E1.pdf	29/06/2020 11:24:49		Aceito
Outros	EMENDA_Metodologia_TCLE.pdf	29/06/2020 11:22:35	Marlene Gomes Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda.pdf	29/06/2020 11:20:07	Marlene Gomes Terra	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.125.242

Outros	emenda_ICIQ_.pdf	29/06/2020 11:12:15	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Registro_GAP_CCS_UFSM.pdf	05/06/2019 11:46:00	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Autorizacao_municipio.pdf	05/06/2019 11:45:38	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Autorizacao_HUSM.pdf	05/06/2019 11:45:23	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Autorizacao_Casa_de_Saude.pdf	05/06/2019 11:45:12	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	05/06/2019 11:43:49	Marlene Gomes Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/06/2019 11:43:17	Marlene Gomes Terra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_na_integra.pdf	05/06/2019 11:42:47	Marlene Gomes Terra	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/06/2019 11:42:32	Marlene Gomes Terra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

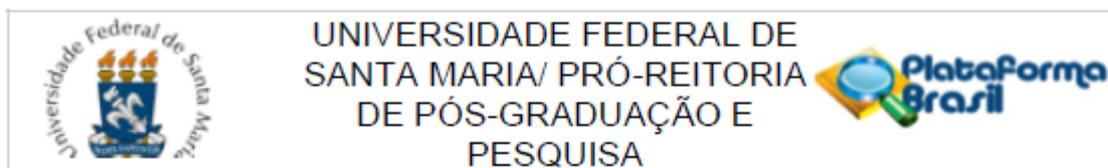
Não

SANTA MARIA, 30 de Junho de 2020

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DE EMENDA AO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS COLABORATIVAS ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUINDO REDES DIALÓGICAS

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15489919.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.125.242

Apresentação do Projeto:

Justifica-se a solicitação nos seguintes termos: "Trata-se de uma pesquisa apreciativa, com abordagem participativa que requer momentos de discussão e planejamento coletivos guiados pelas fases do ciclo 4Ds (Discovery, Dream, Design, Destiny). Diante do contexto de pandemia por COVID-19 e a necessidade de distanciamento social, os encontros em grupo das fases Design e Destiny foram suspensas. No entanto, a realização desses encontros é fundamental para atendimento dos objetivos delimitados, por isso solicitamos autorização do CEP para que possam ocorrer de forma remota/online através da ferramenta Google Meet, encerrando a coleta de dados até de agosto de 2020."

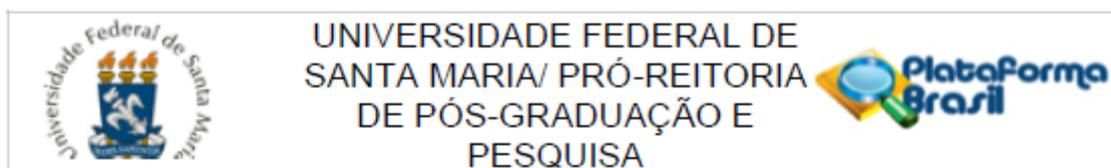
Em função dos documentos apresentados, a emenda pode ser aprovada.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o que há de melhor nas práticas dos trabalhadores da rede de atenção psicossocial.

Compreender como um processo dialógico e reflexivo pode fortalecer o trabalho na rede de atenção psicossocial para melhorar a colaboração entre os trabalhadores dos serviços de Saúde Mental e APS;

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.125.242

Analisar como o contexto dos serviços da rede influencia nas práticas colaborativas dialógicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando-se as características do projeto, a descrição de riscos e benefícios apresentada pode ser considerada suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

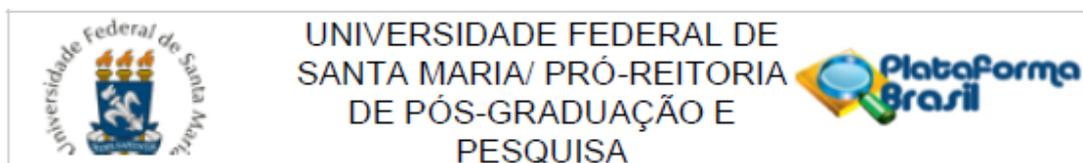
Considerações Finais a critério do CEP:

O proponente do projeto é responsável por indenização aos participantes no caso de manifestação de eventuais danos comprovadamente decorrentes da realização da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1585410_E1.pdf	29/06/2020 11:24:49		Aceito
Outros	EMENDA_Metodologia_TCLE.pdf	29/06/2020 11:22:35	Marlene Gomes Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda.pdf	29/06/2020 11:20:07	Marlene Gomes Terra	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.125.242

Outros	emenda_ICIQ_.pdf	29/06/2020 11:12:15	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Registro_GAP_CCS_UFSM.pdf	05/06/2019 11:46:00	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Autorizacao_municipio.pdf	05/06/2019 11:45:38	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Autorizacao_HUSM.pdf	05/06/2019 11:45:23	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Autorizacao_Casa_de_Saude.pdf	05/06/2019 11:45:12	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	05/06/2019 11:43:49	Marlene Gomes Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/06/2019 11:43:17	Marlene Gomes Terra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_na_integra.pdf	05/06/2019 11:42:47	Marlene Gomes Terra	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/06/2019 11:42:32	Marlene Gomes Terra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 30 de Junho de 2020

Assinado por:
 CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com