

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

Lionara de Cássia Paim Marinho

**AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS**

**Santa Maria, RS, Brasil
2023**

Lionara de Cássia Paim Marinho

**AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lucia Colomé Beck

**Santa Maria, RS, Brasil
2023**

Lionara de Cássia Paim Marinho

**AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS**

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

Aprovado em 22 de setembro de 2023

Carmem Lucia Colomé Beck
(Presidente/Orientador)

Felix Miguel Nascimento Guazina, Dr. (UFN)
(Examinador)

Rita de Cássia de Oliveira Barcellos, Dra. (UFSE)
(Examinadora)

Vânia Marli Schubert Backes, Dra. (Profª visitante - UFBA)
(Examinadora)

Volnei Antônio Dassoler, Dr. (PMSM)
(Examinador)

Amanda de Lemos Mello, Dra. (Estácio de Sá-IDOMED Polo Jaraguá do Sul)
(Suplente)

Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2023

MARINHO, LIONARA DE CÁSSIA PAIM
AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE
MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS,
UTOPIAS E ESPERANÇAS / LIONARA DE CÁSSIA PAIM MARINHO.-2023.
207 p.; 30 cm

Orientadora: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2023

1. Autonomia Profissional 2. Centros de Atenção Psicossocial 3. Círculos de
Cultura 4. Paulo Freire 5. Trabalhadores de Saúde I. BECK, CARMEM LÚCIA
COLOMÉ II.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, LIONARA DE CÁSSIA PAIM MARINHO, 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.

CARTA DE AGRADECIMENTOS

A leitura de alguns escritos daqueles que labutam, hoje, para manter viva a obra e o legado de Paulo Freire, como por exemplo o professor Moacir Gadotti e Ivanio Dickmann, me inspirou a buscar uma maneira de redigir os agradecimentos a todos (vou tentar não esquecer alguém) que, de algum modo, intencionalmente ou não, contribuíram para a construção desta tese. Ouso a dizer que, uma tese, por mais que tenha um grande esforço do autor, é feita a muitas mãos.

Moacir Gadotti, prefaciando o livro organizado por Dickmann (2017), nos diz que o gênero carta foi muito utilizado por Paulo Freire, tendo em vista que não há como escrever cartas sem um forte envolvimento pessoal. “A gratidão é uma declaração de amor, de compromisso. Nada melhor que expressá-la por meio de uma carta” (DICKMANN, 2017, p.10).

Desse modo, antes de escrever àqueles que fizeram parte da construção deste trabalho, gostaria de agradecer sobretudo e primeiramente a Deus por mais esta vida e pela possibilidade de ter conhecido pessoas que, com suas trajetórias de vida, experiências pessoais e profissionais, desejos e sonhos, cruzaram, contribuíram e transformaram meu caminho nesta jornada terrena.

Caros familiares, amigos e amigas, colegas, professoras e instituições!

Escrevo, neste momento, para agradecer à minha mãe Anita e ao meu Pai Vicente, cujas dificuldades enfrentadas ao longo de uma vida difícil, foram propulsores para me incentivar a nunca desistir de progredir por meio dos estudos. Mesmo sem compreender o mundo acadêmico e seus desafios sempre foram meus apoiadores incondicionais.

Agradeço ao meu marido André, que fez renúncias em sua vida profissional, para que pudéssemos permanecer em Santa Maria: obrigada por ser esta pessoa incrível e companheira, por compreender minhas ausências nesta trajetória e por embarcar, às vezes, nas minhas loucuras.

Douglas e Helena, meus filhos amados, obrigada por desafiar diariamente as minhas certezas e por me proporcionarem uma outra leitura da vida! O novo sempre vem, já cantava Elis.

Professora Marlene Gomes Terra, muitas páginas seriam necessárias para escrever tudo o que aprendi contigo: desde quando nos conhecemos, em uma reunião de rede na Câmara de Vereadores, depois, o Centro Regional (CRR), o Grupo de Pesquisa (FORESM), a Residência Multiprofissional, o Seminário Internacional, o Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), enfim, em muitos espaços e por vários caminhos tu me ensinaste sobre o mundo acadêmico, sobre

educação permanente, sobre escuta, sobre sensibilidade, sobre aprimoramento e tantas outras coisas da vida e das relações. Obrigada por todo o incentivo, por me apontar caminhos, por acreditar em mim, por ser tão especial. Estarás sempre no meu coração.

Professora e orientadora Carmem Lucia Colomé Beck, outras tantas páginas seriam necessárias para te agradecer por toda a compreensão que tivestes ao longo deste tempo em que atravessamos uma pandemia. Obrigada por me “abraçar” na transição de um grupo de pesquisa para outro, por compreender o meu tempo escasso e meus problemas pessoais. Obrigada por abrandar os “monstros” da minha própria criação e por entender as minhas idas e voltas na construção da tese. Obrigada por nossas conversas durante as orientações que se estendiam sempre para as coisas vida. Sem você eu não teria conseguido.

Professora Rosangela Marion da Silva, obrigada por todo o apoio e incentivo no grupo de pesquisa, na disciplina de metodologias ativas, nos encontros, enfim, o teu profissionalismo e a tua empatia facilitaram muito o meu percurso. Nunca vou esquecer teu sorriso largo e tua alegria.

Professora Silviamar Camponogara, coordenadora do PPGENF, obrigada por entender a necessidade de mais tempo (e não foi só uma vez) para a finalizar a tese. José Saramago já nos alertava - “Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo” – corro atrás deste equilíbrio, mas não sei se um dia o alcançarei. Profe Sílvia, para além da coordenação, mas também e principalmente na realização das disciplinas, tua serenidade e ponderação são marcas que levarei na lembrança.

Ana Carolina Cunha Almeida, mesmo tendo nos encontrado presencialmente apenas uma vez, foste mais uma, das inúmeras mãos que ajudaram a compor esta tese. Obrigada por sua ajuda na transcrição das entrevistas! Desejo que brilhes sempre na profissão que escolheste.

Colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde do Trabalhador, Trabalho e Bem-estar (GEST), obrigada pelas trocas e partilhas. Agradeço em especial às colegas Ariane Naidon Cattani, Karen Pereira de Moraes e Isabel Cristine de Oliveira pela paciência e disponibilidade de auxiliar uma fisioterapeuta, com carreira em saúde mental, no desafio de trilhar um curso de doutorado em enfermagem. Não foram poucas as vezes que precisei! Obrigada gurias, por tudo!

Valquíria Toledo Souto, parceira e amiga de vários momentos, desde o Grupo de Pesquisa FORESM, Residência Multiprofissional até o PPGENF. Obrigada por sempre estar disponível quando precisei, por partilhar tuas experiências, auxiliar nos trabalhos e desafios. Tu és uma pessoa de um coração gigante!

Colegas e amigos do CAPs Caminhos do Sol, agradeço pelo apoio e compreensão em toda

a trajetória do curso de doutorado: a parceria, a torcida, a amizade e até mesmo o “bullying” (brincadeira) de vocês me auxiliaram a driblar os momentos difíceis e tornar mais leve a responsabilidade desta empreitada. Muito Obrigada!

Eliane Scortegagna Socal, obrigada por ter assumido a coordenação do serviço neste período que acabou se estendendo além do previsto. Tua disponibilidade, atenção, paciência, flexibilidade e cuidado com todos são exemplos que levarei comigo. Obrigada por tudo “chefinha”!

Professora Sheila Kocourek, teu apoio foi fundamental para a realização das disciplinas de docência orientada III e IV, no entanto, para além da sala de aula, te agradeço pela conversa amiga, pelas trocas de experiências na Residência Multiprofissional, no CRR e tantos outros espaços de encontro que a vida nos oportunizou. Muito obrigada!

Cleci Antonio, Juliane Rigo e Priscila Zubiaurre, residentes inesquecíveis, dedicadas e comprometidas com um sistema de saúde público e humanizado, muito obrigada pelo auxílio na coleta de dados, obrigada pelo olhar atento, curioso, ético e esperançoso. Valeu por cada momento!

Marcelo Fagundes, obrigada pela paciência e sensibilidade de entender, em cada detalhe, o que eu queria expressar, e, o mais difícil, transformar isso em ilustrações. Nietzsche, em algum momento de sua vida disse que “Toda a arte e toda a filosofia podem ser consideradas como remédios da vida”. Que o teu talento e a tua arte, continuem a levar alegria e leveza para as pessoas!

Zelir Bittencourt, colega e amiga, parceira de ideias e ações no trabalho em saúde mental, obrigada por sua contribuição nos ajustes iniciais desta pesquisa. Tua visão crítica e madura do trabalho na rede foram valiosos.

Aos participantes da pesquisa, agradeço por acreditarem na ideia que apresentei, agradeço por percorrem comigo o caminho da pesquisa e da produção de um conhecimento singular, necessário e potencial produtor de mudanças. Que continuemos a refletir e a esperar. Somos seres inacabados e nosso futuro, um lugar cheio de possibilidades!

Aos membros da banca de qualificação, Profª. Dra. Marlene Gomes Terra, Profª. Dra. Maria Elisabeth Kleba da Silva, Profª. Dra. Rita de Cássia de Oliveira Barcellos e Profª. Dra. Daiana Foggiato de Siqueira agradeço por todas as contribuições, pelo olhar humano, sensível e acadêmico o que contribuiu sobremaneira para tornar o projeto inicial em algo factível.

Aos membros da banca examinadora, Profª. Dra. Rita de Cássia de Oliveira Barcellos, Profª. Dra. Vania Marli Schubert Backes, Prof. Dr. Felix Miguel Nascimento Guazina, Psic. Dr. Volnei Antonio Dassoler, Profª. Dra. Rosângela Marion da Silva e Profª. Dra. Amanda de Lemos Mello,

agradeço por aceitarem o convite para participar da banca. Estou certa de suas contribuições irão aprimorar muito este trabalho.

Agradeço aos colegas do Grupo de Pesquisa FORESM, onde reiniciei, em 2013, minha (re)aproximação com a UFSM, após uma década longe da academia: obrigada Amanda, Daiana, Dilce, Fábio, Keity, Raíssa e Joze pelas trocas, pela descontração e produções compartilhadas.

Por fim, não poderia deixar de reconhecer as contribuições das instituições que colaboraram, cada uma a seu modo, para a construção desta tese: agradeço à Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, por possibilitar, em algum momento, o meu afastamento para participar das aulas teóricas. Ao Núcleo de Educação Permanente (NEPeS) pelo aceite e por acreditar na proposta apresentada. Agradeço à Universidade Federal de Santa Maria e a todos aqueles que foram e são resistência às tentativas de desmonte das universidades públicas, a oportunidade de realizar, de modo gratuito e com qualidade, este curso de doutorado.

"A humildade exprime uma das raras certezas de que estou certo: a de que ninguém é superior a ninguém"

(Paulo Freire)

RESUMO

AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS

AUTORA: Dda. Lionara de Cássia Paim Marinho
ORIENTADORA: Profa. Dra. Carmem Lucia Colomé Beck

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) são os principais dispositivos territoriais em resposta às práticas desumanizantes dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico. Foram instituídos a partir da Portaria GM/MS n.336/2002 e hoje fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial como dispositivos centrais no cuidado em saúde mental. O trabalhador de saúde mental dos CAPs ao mesmo tempo em que tem entre as suas atribuições, a promoção da autonomia do usuário, está sujeito como servidor público, às regulações do Estado. Diante deste contexto, tem-se como objetivo geral desta tese, compreender como os trabalhadores saúde mental de CAPs produzem sua autonomia profissional. Trata-se de uma pesquisa participante, exploratória, de abordagem qualitativa, que foi realizada com uma equipe de nove trabalhadores de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O referencial teórico deste estudo foi o pensamento de Paulo Freire. A produção de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e dos Círculos de Cultura. Foram realizadas nove entrevistas e sete Círculos de Cultura no período compreendido entre setembro de 2021 e julho de 2022. Os dados foram analisados pelo próprio método do Círculo de Cultura. A pesquisa seguiu as recomendações éticas da Resolução Nº 466/2012 e Nº 580/2018 e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Foi possível identificar cinco grandes temas geradores: Serviço público e suas interfaces com a burocracia, a hierarquia e a gestão; Trabalho em equipe: características da equipe, reuniões de equipe, comunicação/ diálogo e resistência a mudanças; Rede de atenção psicossocial e Política pública em saúde mental; Encontros potencialmente promotores de autonomia e Liberdade, conhecimento e educação permanente. Os resultados mostraram que apesar das normas e leis presentes no serviço público, a estabilidade e as regulações deste ente são importantes para sustentar decisões e posicionamentos. O trabalho em equipe mostrou-se fundamental para o manejo das distintas situações e dos desafios que se apresentam na rotina nos serviços. Há muitas dificuldades na implementação da política pública de saúde mental, entretanto, existe uma disposição dos trabalhadores para o enfrentamento das mesmas quando há afinidade com a área. O conhecimento foi apontado como fundamental para o desenvolvimento da autonomia e a educação permanente como uma estratégia valiosa para a superação dos desafios que se apresentam. Espera-se que este estudo possa contribuir para o fortalecimento da autonomia profissional dos trabalhadores dos CAPs, aprimorando suas práticas na labuta cotidiana, bem como despertar inquietações/interrogações nos próprios trabalhadores no que concerne ao tema abordado.

Palavras-chave: Autonomia Profissional; Centros de Atenção Psicossocial; Círculos de Cultura; Paulo Freire; Trabalhadores da Saúde.

ABSTRACT

PROFESSIONAL AUTONOMY OF MENTAL HEALTH WORKERS IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS: DREAMS, UTOPIAS, AND HOPES

AUTHOR: Dr. Lionara de Cássia Paim Marinho
ADVISOR: Prof. Dr. Carmem Lucia Colomé Beck

The Psychosocial Care Centers (CAPs) are the main territorial devices in response to the dehumanizing practices meted out to people in psychological distress. They were instituted based on Ordinance GM/MS n.336/2002 and are now part of the Psychosocial Care Network as central devices in mental health care. The CAP mental health worker, while having among his attributions the promotion of user autonomy, is subject, as a public servant, to State regulations. Given this context, the general objective of this thesis is to understand how CAP mental health workers produce their professional autonomy. This is a participatory, exploratory research, with a qualitative approach, which was carried out with a team of nine mental health workers from a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs, in a municipality in the interior of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The theoretical reference of this study was the thought of Paulo Freire. The data production was carried out through semi-structured interviews and Culture Circles. Nine interviews and seven Culture Circles were conducted between September 2021 and July 2022. The data were analyzed using the Culture Circle method itself. The research followed the ethical recommendations of Resolutions N° 466/2012 and N° 580/2018 and was submitted to the Ethics Committee for Research with Human Beings. It was possible to identify five major generative themes: Public service and its interfaces with bureaucracy, hierarchy, and management; Teamwork: team characteristics, team meetings, communication/dialogue, and resistance to change; Psychosocial care network and Mental Health Public Policy; Encounters potentially promoting autonomy and Freedom, knowledge, and Permanent Education. The results showed that despite the norms and laws present in the public service, the stability and regulations of this entity are important to support decisions and positions. Teamwork proved to be fundamental for managing the different situations and challenges that arise in routine services. There are many difficulties in the implementation of public mental health policy, however, there is a willingness of workers to face them when there is affinity with the area. Knowledge was pointed out as fundamental for the development of autonomy and permanent education as a valuable strategy for overcoming the challenges that arise. It is hoped that this study can contribute to strengthening the professional autonomy of CAPs workers, improving their practices in their daily work, as well as raising concerns/questions in the workers themselves regarding the topic addressed.

Keywords: Professional Autonomy; Psychosocial Care Centers; Health Workers; Círculos de Cultura; Paulo Freire.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Ilustração considerações iniciais.....	18
FIGURA 2 - Ilustração revisão de literatura	34
FIGURA 3 - Ilustração referencial teórico.....	48
FIGURA 4 - Ilustração percurso metodológico.....	61
FIGURA 5 - Convite primeiro círculo de cultura	70
FIGURA 6 - Agradecimento.....	71
FIGURA 7 - Tirinhas/frases.....	72
FIGURA 8 - Tema gerador.....	74
FIGURA 9 - Cartaz desenho das fases do círculo de cultura.....	75
FIGURA 10 - Convite segundo círculo de cultura.....	77
FIGURA 11 - Convite terceiro círculo de cultura.....	81
FIGURA 12 - Convite quarto círculo de cultura.....	83
FIGURA 13 - Convite quinto círculo de cultura.....	85
FIGURA 14 - Convite sexto círculo de cultura.....	86
FIGURA 15 – Convite sétimo círculo de cultura.....	87
FIGURA 16 - Sala em foi realizado o sétimo círculo de cultura (final)	88
FIGURA 17 - Cantinho do lanche.....	88
FIGURA 18 - Mimos entregues aos participantes.....	89
FIGURA 19 - Reconhecimento e utopias.....	89
FIGURA 20 - Esquema do Círculo de Cultura de Paulo Freire.....	90
FIGURA 21 - Ilustração resultados.....	94
FIGURA 22 - Ilustração discussão.....	127
FIGURA 23 – Ilustração um pé no chão outro na utopia.....	161
FIGURA 24 – Ilustração considerações finais.....	172

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Referenciais teóricos das teses que compuseram a primeira revisão narrativa	31
Quadro 2 - Referenciais teóricos das teses que compuseram a segunda revisão narrativa.....	33
Quadro 3 - Teoria do Conhecimento Freiriana.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
CAPs ad	Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COMEN	Conselho Municipal de Entorpecentes
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRR	Centro Regional de Enfrentamento ao crack e outras drogas
EPS	Educação Permanente em Saúde
GAP	Gabinete de Projetos
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
IES	Instituições de Ensino Superior
MRP	Movimento pela Reforma Psiquiátrica
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPG	Reeducação Postural Global
RS	Rio Grande do Sul
SAISM	Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAs	Unidades de Acolhimento
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNICRUZ	Universidade de Cruz Alta
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para caracterização dos participantes e temas para a entrevista.....	191
APÊNDICE B - Roteiro para os Círculos de Cultura.....	192
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	193
APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade.....	196
APÊNDICE E - Carta de Anuência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.....	197
APÊNDICE F - Instrumento de avaliação I dos círculos de cultura.....	198
APÊNDICE G - Instrumento de avaliação II dos círculos de cultura.....	199

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1.1 APRESENTAÇÃO.....	19
1.2 APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE ESTUDO.....	21
1.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	23
1.4 AS REVISÕES NARRATIVAS E A LACUNA DO CONHECIMENTO.....	30
1.5 DELIMITANDO A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E O PRESSUPOSTO.....	33
1.6 OBJETIVOS.....	33
1.6.1 OBJETIVO GERAL.....	33
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
2. REVISÃO DE LITERATURA	34
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA, A RAPS, OS TRABALHADORES	35
2.2 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS.....	41
2.3 AUTONOMIA DO SERVIDOR PÚBLICO NO CONTEXTO DOS CAPs	44
3 REFERENCIAL TEÓRICO	48
3.1 CATERGORIAS FREIRIANAS	53
3.1.1 Denúncia/Anúncio.....	53
3.1.2 Diálogo.....	54
3.1.3 Inacabamento.....	54
3.1.4 Inédito viável.....	55
3.1.5 Leitura do mundo.....	55
3.1.6 Pensar certo.....	56
3.1.7 Práxis.....	56
3.1.8 Rigoriedade metódica.....	57
3.1.9 Ser mais.....	57
3.1.10 Situações-limites.....	57
3.2 AUTONOMIA EM PAULO FREIRE.....	58
3.3 TEORIA DO CONHECIMENTO FREIRIANA	59
4. PERCURSO METODOLÓGICO	61
4.1 BREVE APRESENTAÇÃO DO PERCURSO.....	62

4.2 TIPO DE ESTUDO.....	63
4.3 CENÁRIO DO ESTUDO.....	64
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	66
4.5 PRODUÇÃO DE DADOS	66
4.5.1 As entrevistas.....	66
4.5.2 Os círculos de cultura.....	67
4.5.2.1 O primeiro círculo de cultura: validação dos temas geradores.....	69
4.5.2.2 O segundo círculo de cultura: primeiro encontro da fase de decodificação.....	76
4.5.2.3 O terceiro círculo de cultura: segundo encontro da fase de decodificação.....	78
4.5.2.4 O quarto círculo de cultura: terceiro encontro da fase de decodificação.....	81
4.5.2.5 O quinto círculo de cultura: primeiro encontro da fase de desvelamento crítico.....	83
4.5.2.6 O sexto círculo de cultura: segundo encontro da fase de desvelamento crítico.....	85
4.5.2.7 O sétimo círculo de cultura: encerramento.....	87
4.6 CUIDADOS FRENTE À PANDEMIA.....	90
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	90
4.8 DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA	92
5. RESULTADOS.....	94
5.1 TEMA GERADOR 1: SERVIÇO PÚBLICO E SUAS INTERFACES COM A BUROCRACIA, A HIERARQUIA E A GESTÃO.....	96
5.1.1 Fase da decodificação.....	96
5.1.2 Fase do desvelamento crítico.....	99
5.2 TEMA GERADOR 2: TRABALHO EM EQUIPE: CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE, REUNIÕES DE EQUIPE, COMUNICAÇÃO/DIÁLOGO E RESISTÊNCIA A MUDANÇAS.....	105
5.2.1 Fase da decodificação.....	105
5.2.2 Fase do desvelamento crítico.....	108
5.3 TEMA GERADOR 3: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL.....	113
5.3.1 Fase da decodificação.....	113
5.3.2 Fase do desvelamento crítico.....	116
5.4 TEMA GERADOR 4: ENCONTROS POTENCIALMENTE PROMOTORES DE AU-	

TONOMIA.....	119
5.4.1 Fase da decodificação.....	119
5.4.2 Fase do desvelamento crítico.....	120
5.5 TEMA GERADOR 5: LIBERDADE, CONHECIMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	121
5.5.1 Fase da decodificação.....	122
5.5.2 Fase do desvelamento crítico.....	124
6 DISCUSSÃO.....	127
6.1 SERVIÇO PÚBLICO E SUAS INTERFACES COM A BUROCRACIA, A HIERARQUIA E A GESTÃO.....	128
6.2 TRABALHO EM EQUIPE: CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE, REUNIÕES DE EQUIPE, COMUNICAÇÃO/DIÁLOGO E RESISTÊNCIA A MUDANÇAS.....	135
6.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL.....	144
6.4 ENCONTROS POTENCIALMENTE PROMOTORES DE AUTONOMIA.....	150
6.5 LIBERDADE, CONHECIMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	153
7 UM PÉ NO CHÃO E OUTRO NA UTOPIA.....	161
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
REFERÊNCIAS.....	178

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS



Figura 1 – Ilustração considerações iniciais

É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar” (FREIRE, P. 2022, p. 213).

1.1 APRESENTAÇÃO

Para situar o leitor em relação ao lugar de onde falo, entendo ser importante considerar que esta tese foi escrita por uma mulher, mãe, fisioterapeuta, especialista em fisioterapia musculoesquelética, em exercício aplicado aos transtornos psiquiátricos e também em gestão em saúde, mestra, trabalhadora em saúde mental e, por ora, doutoranda em enfermagem. Minha caminhada acadêmica e profissional está detalhada no subcapítulo, “Aproximações com o objeto de estudo”. E nessa caminhada, freirianamente chamada de andarilhagem, muitas vezes me deparei com o desafio de auxiliar na produção da autonomia dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), e, confesso que não foram poucos os momentos em que me senti impotente diante disso. Tanto pelas questões subjetivas de cada usuário, quanto pelos aspectos sociais e ambientais que o envolviam.

Deste modo, me coloco com um ser histórico, inserida no mundo não para a ele me adaptar, mas para a ele transformar, tendo a consciência que sou um ser *inacabado* mas em constante busca de *ser mais*, vocação ontológica do ser humano. Com este pensamento, desenvolvi esta pesquisa no intuito de que possamos, enquanto trabalhadores de saúde mental ou trabalhadores da atenção psicossocial, perceber os cenários e contextos vivenciados no dia a dia com um olhar crítico-reflexivo que oportunizará, a partir de uma perspectiva freiriana, a produção de algumas perguntas: Em favor de quem eu trabalho? Em favor de quem? Contra quem eu trabalho? Contra quem?

Essas mesmas perguntas foram feitas por Freire (2003), em relação ao estudo e à educação quando se considera a impossibilidade de estudar por estudar ou de trabalhar por trabalhar. De estudar/trabalhar descomprometidamente como se nada tivéssemos a ver com o mundo, como se este mundo estivesse alheado de nós. Assim, a ideia freiriana de autonomia – como um processo de decisão e de humanização que vai se construindo historicamente como consequência das decisões que vamos tomando ao longo da existência – vem ao encontro da caminhada dos trabalhadores de saúde mental comprometidos, desde o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, até os desafios políticos, sociais e de saúde com os quais nos deparamos hoje.

À vista disso, desenvolvi esta pesquisa fundamentada no referencial teórico de freiriano articulando sua teoria com a pesquisa participante, por meio dos círculos de cultura. O objetivo geral deste trabalho foi compreender como os trabalhadores da saúde de CAPs produzem sua autonomia no âmbito de sua atuação profissional. Para descrever

como atendi a este objetivo, organizei a redação desta tese em sete capítulos.

No **primeiro capítulo**, apresento as **Considerações Iniciais**, da qual faz parte esta apresentação, em que procuro construir uma visão geral do trabalho, ideias/conceitos centrais, referencial teórico, trajetória profissional, aproximações com o objeto de estudo, contextualização da problemática, revisões narrativas e a identificação da lacuna do conhecimento, a delimitação da questão de investigação e o pressuposto, assim como os objetivos geral e específicos.

No **segundo capítulo**, apresento a **Revisão de Literatura**, em que são descritos os elementos teóricos necessários à contextualização do objeto de pesquisa e do qual fazem parte os seguintes tópicos: a Reforma Psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os trabalhadores; a epidemiologia dos transtornos mentais e, por fim, a autonomia do servidor público no contexto dos CAPs.

No **terceiro capítulo** é apresentado o **Referencial Teórico**, cujo embasamento é a teoria do educador e filósofo brasileiro Paulo Freire. Trago um breve histórico de sua vida e destaco alguns pontos de aproximação de suas ideias com os ideais que nortearam (e norteiam) a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste capítulo constam considerações a respeito das categorias freirianas e também os conceitos/ideias pertinentes a algumas destas categorias: denúncia/anúncio, diálogo, inacabamento, inédito viável, leitura do mundo, pensar certo, práxis, rigorosidade metódica, ser mais e situações-limites. Ainda aqui é descrita a ideia de autonomia em Paulo Freire e o que se entende pela Teoria do Conhecimento Freiriana.

No **quarto capítulo** apresento o **Percursos Metodológico**. Descrevo brevemente os primeiros passos da pesquisa, o tipo de estudo, o cenário, os participantes e como foi realizada a produção de dados: as entrevistas, os círculos de cultura (como foi realizado cada um), os cuidados frente à pandemia, a análise dos dados e as dimensões éticas.

No **quinto capítulo** são apresentados os **Resultados**, os quais estão estruturados em cinco grandes temas geradores: Serviço público e suas interfaces com a burocracia, a hierarquia e a gestão; Trabalho em equipe: características da equipe, reuniões de equipe, comunicação/diálogo e resistência a mudanças; Rede de Atenção Psicossocial e Política Pública de Saúde Mental; Encontros potencialmente promotores de autonomia e, por fim, Liberdade, conhecimento e educação permanente.

No **sexto capítulo** apresento a **Discussão** dos resultados, ou seja, um debate em profundidade acerca dos cinco grandes temas geradores à luz da literatura da área e também do referencial teórico freiriano.

No **sétimo capítulo**, “**Com um pé no chão e outro na utopia**” busquei construir um capítulo de reflexões, aspirando expor a realidade vivenciada hoje, a partir do CAPs estudado, no que concerne à centralidade deste serviço na rede, aos atravessamentos e confusões de papéis, a falta de outros dispositivos da RAPS e à judicialização do cuidado. São algumas considerações que me permito fazer (como o pé no chão), não de um lugar de pura espera, mas na esperança de que nossas utopias nos conduzam à superação dos percalços que encontramos no caminho.

No **oitavo capítulo**, apresento as **Considerações finais**, momento em que retomo novamente os objetivos, busco sintetizar os pontos principais da tese e destaco alguns aspectos que julguei pertinente para o encerramento deste relatório de pesquisa.

1.2 – APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE ESTUDO

A minha formação profissional teve início no final do ano de 1996 quando me graduei em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Minha ligação com a área de saúde mental vem desde esta época, momento em que exerci atividades por um ano como bolsista na disciplina de fisioterapia preventiva no extinto Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental (SAISM), um projeto de extensão do curso de graduação em psicologia e onde desenvolvi minha monografia de graduação (Ação fisioterapêutica aplicada ao portador de sofrimento psíquico).

Neste tempo, eram escassos os cursos de especialização em fisioterapia, no entanto, em 1998, houve a oportunidade de ingressar na primeira turma do curso de especialização em fisioterapia musculoesquelética pela Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), cujo corpo docente era, na maioria, ligado à Universidade de São Carlos (SP). Nessa mesma época, ingressei como professora substituta da UFSM, momento em que ministrei as disciplinas de Fisioterapia respiratória, Exercício da fisioterapia e Fisioterapia preventiva na comunidade.

Em 1999, trabalhei como funcionária da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), ao mesmo tempo em que desempenhava, em turno inverso, atividades de hidroterapia e Reeducação Postural Global (RPG) em uma clínica.

No ano de 2001, ingressei no mestrado em Engenharia de Produção (UFSM) com foco em qualidade e produtividade. Desenvolvi minha dissertação (Saúde e produtividade na organização militar) com um grupo de militares acometidos por hérnia de disco. Investiguei os valores da organização no desenvolvimento da doença e o sofrimento

decorrente desse processo. Em 2003, após concluir o mestrado, fui aprovada em um concurso na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), onde trabalhei por seis anos nas áreas de fisioterapia preventiva na comunidade e hidroterapia, além de supervisionar estágios. No final de 2007 ingressei, por concurso público, na Prefeitura Municipal de Santa Maria. Minha lotação foi em um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad II).

Como servidora pública municipal, atuando há dezesseis anos em um CAPS ad II, porém, em contato direto com os servidores dos outros CAPS do município, trocando experiências com os demais colegas, percebo o quanto os servidores são absorvidos pela demanda de usuários (sempre além da capacidade dos serviços) e pelas burocracias do setor público, dentre outros desafios. Isso, muitas vezes, dificulta encontros que possibilitem pensar a Reforma Psiquiátrica no seu sentido emancipatório e, também, pensar a própria autonomia profissional quando se considera um cenário compreendido entre a atribuição do trabalhador em promover a autonomia do usuário e as regulações do Estado sobre o servidor.

Minha motivação pessoal ocorre pelo meu envolvimento profissional e a afinidade que tenho pelo tema, tendo em vista que atuei como coordenadora de CAPS ad por seis anos, fui conselheira do Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN) e participei do Grupo de Pesquisa “Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde” (GP FORESM). Por meio deste grupo de pesquisa, me foi possível identificar a necessidade de oportunizar aos trabalhadores espaços de reflexão sobre suas práticas, de modo que o fazer diário não se torne um automatismo, nem fique a serviço de números ou índices de produtividade.

Particpei, como facilitadora, dos Cursos ofertados pelo Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas da UFSM – CRR - (atenção a usuários de drogas e implementação das políticas públicas de saúde, atenção e encaminhamento de usuários de drogas e seus familiares no contexto escolar, atenção e encaminhamento de usuários e seus familiares nos serviços de segurança pública).

O CRR resultou de uma parceria estabelecida entre a UFSM e a Secretaria de Município de Saúde agregando ensino e serviço na tentativa de desenvolver dispositivos que integrassem, efetivamente, uma rede de atenção voltada ao cuidado de usuários de crack, álcool e outras drogas. Seu principal objetivo era implementar cursos de formação permanente de profissionais atuantes nas redes de atenção à saúde, educação, segurança e assistência social com usuários de crack e outras drogas e seus familiares.

Já os grupos de estudos supracitados eram realizados nos serviços, em encontros

que reuniram a equipe de trabalhadores, a Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM e estagiários dos serviços, com temas escolhidos como necessários e organizados previamente. Fui conselheira do Conselho Municipal de Saúde (CMS) representando o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO 5. Neste Conselho, integrei e ainda faço parte da Comissão de Saúde Mental. Acredito que os espaços de controle social são importantes para o fortalecimento e conscientização acerca da participação popular nas decisões de saúde. Também sou preceptora de campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFSM.

A participação nesses espaços me proporcionou identificar que existem olhares diferentes em relação ao cuidado em saúde mental e que o trabalhador se vê, muitas vezes, em situações nas quais sua autonomia e seu saber prático não são levados em conta. Considero que o meu papel como cidadã e servidora pública em um serviço de saúde mental é trabalhar para transformar a realidade e, a partir do amadurecimento de sua autonomia profissional, o servidor possa trabalhar pela autonomia do usuário.

No final do ano de 2017 realizei a seleção para o curso de doutorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, fui aprovada e, em 2018, devido à linha de pesquisa escolhida, Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, realizei a transição do grupo de pesquisa “Cuidado em Saúde Mental e Formação em Saúde” para o grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”.

A linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, a qual congrega estudos que realizam a intersecção entre os conceitos de trabalho e gestão em enfermagem e saúde, na busca da construção de conhecimento crítico-reflexivo, associado à práxis de enfermagem, na perspectiva do prazer e sofrimento do trabalhador, possibilita a inserção do tema que proponho, o qual abarca a compreensão da autonomia profissional do trabalhador de Caps.

1.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Saúde e saúde mental têm conceitos complexos e historicamente influenciados por contextos sócio-políticos e pela evolução de práticas em saúde. Conforme a Organização Mundial da Saúde (2020), "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade". Essa definição, de 1946, foi inovadora, pois expandiu a noção de saúde incluindo aspectos físicos,

mentais e sociais, porém, não a impediu de receber intensas críticas ao longo de seus 60 anos. Isso se deve especialmente ao fato de que é proposto um significado irreal, em que as limitações humanas e ambientais fariam a condição de "completo bem-estar" impossível de ser atingida (GAINO, 2018).

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do país e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos. Porém, nos anos anteriores à criação do SUS o Brasil passava por momentos de clamor coletivo aspirando por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país. Na década de 1980 havia manifestações populares por eleições diretas e, no campo da saúde, buscava-se uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis e sindicais, entre outros, o que contribuiu para o início da superação do modelo médico assistencial privatista vigente (SOUZA; COSTA, 2010).

Nos anos seguintes, a população brasileira continuou imersa em vários conflitos como intensas desigualdades sociais, alto índice de desemprego, grande contingente de miseráveis, enfrentamento de enormes filas na busca da assistência à saúde, culminando com uma forte insatisfação popular. Nesse contexto ocorreu, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual se constituiu no marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira. Trouxe à tona temas como a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação entre saúde e previdência e a orientação da política de financiamento para o setor saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 (artigo 196) e na Lei nº 8.080/1990 ressaltam as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Ao mesmo tempo, indica, como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º) (BRASIL, 1990).

No que concerne à saúde mental, esta é definida pela Organização Mundial da Saúde (2020), como “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo consegue

aperceber-se do seu próprio potencial, consegue lidar com o estresse normal da vida cotidiana, consegue trabalhar de forma produtiva e ter sucesso e ainda é capaz de dar a sua contribuição à sua comunidade”. Assim como o conceito de saúde, a ideia acerca de saúde mental também possibilita alguma crítica: a definição de saúde mental da OMS refere-se à “produtividade” como se não fosse possível ser saudável sem ser produtivo. Isso sinaliza para o fato de que os ideais políticos estão cada vez mais diluídos em interesses econômicos (SAMPAIO, 2018).

O que se pode pensar a respeito de conceitos e definições é que eles nunca serão completos ou absolutos, visto que saúde e saúde mental envolvem inúmeros aspectos que vão desde questões subjetivas até culturais. Entretanto, o que parece ser um consenso é que saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde, a qual pode ser colocada em risco por diversos fatores como rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, problemas físicos de saúde, violência e violação dos direitos humanos. Há também questões psicológicas e de personalidade que tornam as pessoas mais vulneráveis aos transtornos mentais, além de causas biológicas, incluindo fatores genéticos que promovem desequilíbrios químicos no cérebro (OPAS/OMS, 2016).

Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018) lembram que, para a compreensão de formas particulares de sofrimento e adoecimento psíquico é fundamental o entendimento da produção social das dimensões biológica e psíquica humanas, isto é, os processos pelos quais as relações sociais, a história, a cultura, incluem e subordinam o biológico. A produção de doenças ocorre no plano coletivo, assim, não se pode desvincular o estudo do processo saúde-doença do contexto social. Para tanto, é necessário analisar os processos estruturais de cada sociedade, decorrentes do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção. Essa interação delimita um modo de produção específico, abarcando determinadas classes sociais e suas frações.

Nesse sentido, destaca-se a importância de se estabelecer conexões entre o adoecimento psíquico e a sociedade pós-moderna que apresenta características como: propensão a se deixar dominar pela imaginação das mídias eletrônicas; colonização do seu universo pelos mercados (econômico, político, cultural e social); celebração do consumo como expressão pessoal; pluralidade cultural; polarização social devido à desigualdade das riquezas; falências das metanarrativas emancipadoras como aquelas propostas pela Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade. Somam-se a isso as mudanças dos sistemas produtivos e crise do trabalho, o eclipse da historicidade, o

predomínio do instantâneo, a urgência do tempo, a crise do individualismo e onipresença da cultura narcisista de massa (CAVALCANTE, 2020).

O Relatório da The Lancet (2018), organizado pela Comissão Global em Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável, enfoca o impacto das perturbações mentais no desenvolvimento e na sustentabilidade das sociedades. O relatório sinaliza que os distúrbios de saúde mental como depressão e ansiedade, estão aumentando em todos os países do mundo e podem custar à economia global, cerca de 16 trilhões de dólares entre 2010 e 2030 se não houver uma resposta coletiva ao problema: enquanto alguns custos são diretos (cuidados de saúde, medicamentos e terapias), a maioria é indireta traduzida pela perda de produtividade e gastos com assistência social (EATON, 2018).

Dados da OMS citados no referido Relatório, indicam que cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de depressão e 50 milhões de demência. A esquizofrenia é estimada em 23 milhões de pessoas e o transtorno bipolar em cerca de 60 milhões. Entretanto, destaca que nenhuma outra condição de saúde na humanidade foi tão negligenciada quanto à saúde mental, inclusive no que diz respeito aos investimentos em serviços de atenção. Os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente à carga dos transtornos mentais. Como resultado disso, a distância entre a necessidade de tratamento e sua oferta é ampla em todo o mundo. Em países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. Em países de alta renda, entre 35% e 50% das pessoas com transtornos mentais estão na mesma situação (OPAS/BRASIL, 2018)

No Brasil, ao final da década de 1970, o cuidado em saúde mental ainda estava embasado nas internações psiquiátricas e o usuário em sofrimento mental encontrava-se carente de direitos. Foi neste cenário que se iniciou a construção do Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP), com vistas a extinguir os manicômios e a criar serviços de caráter ambulatorial e humanizados. Foram introduzidas novas práticas traduzidas pela criação de serviços ambulatoriais, substitutivos ao manicômio, principalmente os Caps, a fim de proporcionar maior autonomia ao usuário, bem como legitimar direitos. A Portaria Nº 3088/2011 que trata da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), coloca os CAPs como dispositivos estratégicos no cuidado em saúde mental. Essa Portaria menciona várias vezes a questão da autonomia, porém, direcionada aos usuários (BRASIL, 2011b).

Além de constar na RAPS, autonomia é um dos princípios do SUS. Conforme Art. 7 da lei 8.080/1990 os princípios e diretrizes do SUS são: universalidade de acesso; integralidade; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física

e moral; igualdade da assistência; direito à informação; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para estabelecer prioridade, alocar recursos e orientar programas; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz autonomia entre os seus princípios: “ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS”. Esta Política considera que o mundo do trabalho pode tornar-se um espaço de criação e promoção de saúde se for permeado pela autonomia e pelo protagonismo. Mudanças tanto na atenção quanto na gestão são mais concretas se construídas com a ampliação da autonomia e da vontade das pessoas implicadas. Usuários não são meros pacientes e trabalhadores não são meros cumpridores de ordens: as potenciais mudanças podem ocorrer com o reconhecimento do papel de cada um. O SUS humanizado concebe cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valoriza e incentiva sua ação na produção de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009a).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), merecem destaque duas considerações dirigidas aos trabalhadores que estão contidas nas reflexões acerca do processo de trabalho na Atenção Básica. A primeira diz respeito à qualificação dos modelos de atenção/gestão e aponta como uma das diretrizes, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde. A segunda refere-se à Educação Permanente em Saúde (EPS), indica a mudança nas organizações tomando como base os problemas e tensões do cotidiano além do esforço para transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias (BRASIL, 2017a)

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) traz autonomia entre os seus princípios: destaca a identificação de potencialidades e o desenvolvimento de capacidades com vistas a escolhas mais conscientes de sujeitos e comunidades no que diz respeito a suas ações e trajetórias; entre as suas diretrizes: estímulo à pesquisa, à produção e à divulgação de experiências, conhecimentos e evidências que amparem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a edificação compartilhada de ações

de promoção da saúde. Autonomia também está entre os objetivos desta Política: promover o empoderamento, a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por intermédio do desenvolvimento de habilidades e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida (BRASIL, 2014).

A RAPS e demais Portarias que regem a Política de Saúde Mental no Brasil visam a consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária a fim de garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Deste modo, a RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo àquelas com efeitos nocivos do uso de drogas ilícitas e lícitas. A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UA) e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais). Faz parte dessa política, o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas auxílio reabilitação psicossocial para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Os serviços que compõe a RAPS atravessam os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (BRASIL, 2011b).

A Portaria 3588/2017 trouxe alterações na RAPS estabelecendo novos pontos de atenção, unidades de referência especializada em hospitais gerais, equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental (AMENT), inclui o hospital psiquiátrico na RAPS e estabelece pequenas mudanças nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (BRASIL, 2017b).

Uma vez relacionadas as portarias que regem a Política de Saúde Mental, faz-se algumas considerações sobre a autonomia profissional, termo para o qual há vários sentidos e concepções. Lessard (2010) considera três entradas principais para a concepção de autonomia profissional: a entrada pela sociologia clássica do trabalho, que associa a autonomia dos trabalhadores a sua capacidade coletiva de subtrair-se ao controle patronal; a entrada pela sociologia das profissões, que concebe essa mesma autonomia em termos do controle exercido por um determinado grupo sobre um campo de atividade socialmente legítima e sobre a capacidade dos membros desse grupo de nele definir, regulamentar e dispensar um serviço reconhecido e, por último, a entrada pelas ciências do trabalho, principalmente pela ergonomia cognitiva francesa, que faz da autonomia no trabalho uma condição essencial da eficácia desenvolvida pelos trabalhadores.

Para esse trabalho adotar-se-á a entrada pelas ciências do trabalho pois, nesta concepção, a autonomia profissional está ligada ao exercício do julgamento em situação, ela

remonta ao sujeito que se depara, no trabalho, com situações contingentes, indeterminadas e imprevistas. Assim, ele precisa utilizar ferramentas para enfrentar a situação de trabalho que o interpela, deve inclusive transgredir regras acordadas ou impostas, ou modificá-las, do contrário, o trabalho não se realiza ou não é eficaz. Nesta concepção a autonomia é uma necessidade prática da atividade, é aquilo que torna o trabalho eficaz (LESSARD, 2010).

Ao contrário de outros setores da saúde que necessitam de aparatos com alta tecnologia, na Atenção Psicossocial a tecnologia é essencialmente humana. Nesse sentido, estudar a autonomia profissional dos trabalhadores dos CAPs é algo necessário, tendo em vista que esses trabalhadores transitam por um embate interno no campo da Reforma Psiquiátrica: o deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para saúde, dos muros dos manicômios para a circulação na cidade e do tutelado para o cidadão. É um trabalho que requer o conhecimento técnico-científico e a implicação política e afetiva com a construção de outro modo de entender a loucura (AMARANTE, 2008).

A defesa da continuidade da Reforma Psiquiátrica como um processo emancipatório e promotor de autonomia é necessária, tanto que o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial realizada em 2010 (BRASIL, 2011a), solicita o fortalecimento e a organização dos atores em toda a Rede de Atenção Psicossocial e na sociedade, como agentes políticos. Amarante (2008) destaca a importância de que se inclua essa temática também numa concepção de formação a fim de provocar reflexões amplas e problematizadoras. Salienta também que a questão da formação política, no campo da Atenção Psicossocial, é algo a ser construído e aprofundado devido ao fato de não haver conhecimentos sistematizados sobre o tema. Ainda, na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a) consta, no eixo das doenças crônicas não-transmissíveis, a análise do impacto de determinantes sociais como gênero, raça e orientação sexual na saúde mental.

A violência contra a mulher figura como um exemplo destes determinantes: as mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver transtornos relacionados ao álcool e 2,6 vezes mais propensas a sofrer de depressão ou ansiedade. Semelhante raciocínio pode ser entendido tanto para a raça quanto para a orientação sexual. Um estudo sobre carga de doença no Brasil, realizado em 2010, mostrou que, entre as mulheres, a depressão maior e a ansiedade figuram entre as nove principais causas de anos vividos com incapacidades e limitações (BRASIL, 2019).

1.4 AS REVISÕES NARRATIVAS E A LACUNA DO CONHECIMENTO

Para dar sustentação ao estudo, tendo em vista a escassez de conhecimentos sobre o tema e apontar a lacuna do conhecimento foram realizadas duas revisões narrativas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES). O objetivo, na primeira, foi delinear as tendências investigativas relacionadas ao tema “Os trabalhadores de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica” e, na segunda, identificar as tendências investigativas relacionadas ao tema “Autonomia no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial”.

A primeira revisão foi realizada no mês de julho de 2018 e foi atualizada no mês de julho de 2022. Essa revisão utilizou como estratégia de busca, as palavras-chave “trabalhadores de saúde mental” “AND” “Reforma Psiquiátrica”. Encontraram-se 267 produções. Os títulos e resumos dessas produções foram analisados com vistas a refinar o resultado. Excluíram-se os trabalhos anteriores a 2007 visto que a Lei da Reforma é de 2001 e os primeiros CAPs, de modo ainda muito incipiente em suas práticas, foram organizados a partir de 2002. Consideraram-se então apenas os trabalhos desenvolvidos 5 anos após, por entender-se que esse espaço de tempo foi um período suficiente para a produção das primeiras reflexões acerca da experiência nestes serviços.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: abordar o tema trabalhadores de saúde mental / Reforma Psiquiátrica; ser pesquisa desenvolvida em CAPs e estar disponível online, pelo menos o resumo. Restaram então 48 produções (12 teses e 36 dissertações), as quais compuseram o *corpus* do estudo de revisão. As produções foram organizadas em um quadro sinóptico e as informações mais relevantes foram resumidas para subsidiar a pesquisa desta tese: população, objetivo principal e referenciais teóricos.

Em relação à população envolvida nos estudos, verificou-se que nos 48 trabalhos analisados os trabalhadores dos CAPs constituíram a população estudada. Simultaneamente, 08 trabalhos envolveram usuários, 07 envolveram gestores, 05 envolveram familiares, 02 contaram com a participação de docentes universitários, 02 com trabalhadores de Residenciais Terapêuticos, 02 com a participação de residentes, 01 envolveu acadêmicos e 01 envolveu trabalhadores de Comunidades Terapêuticas.

O exame dos objetivos possibilitou classificá-los em categorias assim descritas: processos de trabalho/ atividades de trabalho e práticas (16 estudos, 33,3%); sentidos, significados e representações (10 estudos, 20,8%); implantação/ implementação de serviços (9 estudos, 18,75%); condições de trabalho, saúde, prazer e sofrimento no

trabalho (6 estudos, 12,5%); trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar (4 estudos, 8,3%); formação e aprimoramento (3 estudos, 6,25%). Em relação aos referenciais teóricos optou-se por listar apenas os referenciais das teses tendo em vista que, nas dissertações, esse referencial, às vezes, não está bem delimitado.

Quadro 1 – Referenciais Teóricos das Teses que compuseram a primeira revisão narrativa.

T1	. Pós-modernidade, Desinstitucionalização Reforma Psiquiátrica.
T2	. Sociologia das Ausências e das Emergências (Referencial da Teoria Crítica) . Trabalho de Tradução (Boaventura de Souza Santos) . Teatro do Oprimido (método criado por Augusto Boal)
T3	. Clínica do trabalho Francesa (Ergologia e a Clínica da Atividade)
T4	Desinstitucionalização
T5	. Clínica do trabalho Francesa . Desgaste Mental no Trabalho, . Teoria do Estresse no Trabalho, . Reforma Psiquiátrica
T6	. Psicologia Sócio Histórica
T7	. Perspectiva teórico-metodológica da análise de discurso inspirada em Foucault
T8	Referencial Teórico: Teoria Ampliada do Estado do Italiano Antônio Gramsci (centralidade no conceito de Intelectual Orgânico). Dados analisados à luz do Materialismo Histórico-dialético de cunho analítico – descritivo.
T9	Os referenciais teóricos e metodológicos não constam no resumo e não foi possível acessar o trabalho na íntegra.
T10	Referencial teórico conceitual: Educação Permanente, Educação Permanente em saúde, Reforma Psiquiátrica Referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-dialética.
T11	Referencial Teórico-Metodológico: Cartografia (Gilles Deleuze e Félix Guattari) Psicopatologia Crítica
T12	Psicodinâmica do Trabalho

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A segunda revisão foi realizada no mês de fevereiro de 2020 e atualizada em junho de 2023. Teve por objetivo identificar as tendências investigativas relacionadas ao tema “Autonomia no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial” e utilizou como estratégia de busca, as palavras-chave “Centros de Atenção Psicossocial” AND “Autonomia Profissional”. Com tal estratégia encontraram-se 371 produções. Os títulos e resumos dessas pesquisas foram analisados com vistas a refinar o resultado. Foram excluídos os trabalhos anteriores a 2007, pelo mesmo motivo já explicitado na revisão anterior. Também foram excluídos trabalhos que não estivessem disponíveis online ou que não abordassem autonomia nos CAPs nos resumos ou nos títulos.

Após a submissão aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, chegou-

se a uma amostra final de 15 produções (três teses e doze dissertações), as quais compuseram o *corpus* deste estudo. Elaborou-se um instrumento de coleta e organização de dados, que foram, para esta fundamentação, resumidos em população, enfoque dado à autonomia, objetivo principal e referenciais teóricos. Os participantes das pesquisas analisadas eram todos trabalhadores de saúde mental de CAPs, às vezes exclusivamente, outras vezes somados a participantes de outros serviços.

No que diz respeito aos objetivos principais e enfoque dos estudos, estes foram organizados em duas categorias: práticas profissionais (7 estudos, 46,6%) e autonomia (8 estudos, 53,3%). A primeira categoria incluiu estudos envolvendo o Plano Terapêutico Singular (PTS); Gestão Autônoma da Medicação (GAM); estratégias e dispositivos de empoderamento; avaliação da estrutura e processos de trabalho; contradições/incoerências da práxis e análise de processo da Reforma Psiquiátrica em paralelo com práticas profissionais. Nesta categoria, a autonomia emergiu naturalmente como algo inerente às práticas profissionais, porém com foco no usuário e não no trabalhador.

Na segunda categoria foram identificados estudos que investigaram as dimensões do conceito de autonomia dos usuários; a produção de autonomia pelos usuários a partir da participação no Movimento pela Luta Antimanicomial; a autonomia no processo de reabilitação psicossocial; a problematização do conceito de autonomia na micropolítica e no Guia de Gestão Autônoma da Medicação; o exercício da autonomia na relação com a drogadição; a análise de concepções, sentidos e fortalecimento da autonomia.

Foi possível identificar que, na maioria dos trabalhos (91,6%), o enfoque da investigação sobre autonomia centrou-se no usuário. E no estudo que abordou a autonomia do profissional, a discussão foi superficial e direcionada para a comparação entre equipes terceirizadas e equipes compostas por servidores públicos estatutários.

Dentre os trabalhos pesquisados, encontraram-se apenas duas dissertações com referencial freiriano: uma buscou analisar o desenvolvimento e exercício da autonomia na relação com as drogas e a outra buscou entender a autonomia do usuário no processo de reabilitação psicossocial. Nas demais dissertações, apenas três referiram que a ideia de autonomia estava centrada em autores/filósofos: uma citou Spinoza; outra citou que o conceito de autonomia utilizado era uma intersecção entre os estudos de Maturana, Varela, Spinoza, Deleuze, Guattari e Rolnik; e, a terceira, cita vários autores: Kant, Foucault, Merhy e Campos.

Quadro 2 – Referenciais Teóricos das Teses que compuseram a segunda revisão narrativa.

T1	Teoria de enfermagem de Hildegard Peplau
T2	Teoria da Auto-Organização
T3	Cuidado Seguro e saúde mental Envolvimento do usuário para o Cuidado Seguro Gestão Autônoma da Medicação

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Diante do exposto, destaca-se que não foi encontrada nenhuma tese que abordasse objetivamente a autonomia dos trabalhadores de CAPs especialmente na perspectiva da utilização do referencial teórico de autonomia freiriano, evidenciando, assim, uma importante lacuna no conhecimento.

1.5 DELIMITAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E O PRESSUPOSTO

Esta tese tem por objeto de estudo a autonomia profissional dos trabalhadores da saúde de CAPs e como questão de pesquisa: **Como os servidores públicos, trabalhadores da saúde de CAPs, produzem sua autonomia profissional?**

Como tese deste estudo tem-se: Os trabalhadores de saúde mental dos CAPs são agentes capazes de transformar a realidade e ser protagonistas nos seus espaços de atuação, entretanto, quando agentes do poder público, sua autonomia sofre a interferência das regulações determinadas pelo serviço público.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender como os trabalhadores da saúde de CAPs produzem sua autonomia no âmbito de sua atuação profissional.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a concepção dos trabalhadores da saúde de CAPs acerca de sua autonomia profissional;
- Descrever as potencialidades e as dificuldades, na prática profissional, relativas à autonomia profissional dos trabalhadores da saúde de CAPs;
- Descrever as iniciativas/ações desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPs na perspectiva da construção de sua autonomia profissional.

2 REVISÃO DE LITERATURA



Figura 2 – Ilustração revisão de literatura

“A leitura verdadeira me compromete de imediato com o texto que a mim se dá e a que me dou e de cuja compreensão fundamental me vou tornando também sujeito” (FREIRE, P. 2003, p.27).

A fundamentação desta tese versa acerca de elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, os quais foram elaborados a partir da Reforma Psiquiátrica, da RAPS e dos trabalhadores da saúde mental; da epidemiologia dos transtornos mentais e da autonomia do servidor público no contexto dos CAPs.

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA, A RAPS, OS TRABALHADORES

No fim da década de 1970, o cuidado em saúde mental no território brasileiro ainda estava embasado nas internações psiquiátricas e o usuário em sofrimento mental encontrava-se carente de direitos. Foi neste cenário que foram dados os primeiros passos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Era um contexto de intensas movimentações político-sociais que caracterizaram o processo de redemocratização no Brasil (MARINHO et al, 2011). Alguns marcos podem ser citados como, por exemplo, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), deflagrado no Rio de Janeiro em 1978, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (Belo Horizonte), o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Camboriú, 1979), a inauguração do CAPS Luiz Cerqueira (São Paulo, 1986), a fundação do Movimento de Luta Antimanicomial em Bauru (1987) e a experiência de Santos em 1989 (OLIVEIRA, 2012).

A abordagem usada em Santos e que serviu de referência para os atuais CAPs, fundamentou-se na Reforma Psiquiátrica italiana cujo objetivo era produzir uma instituição aberta à circulação, às trocas relacionais bem como de exercício de afirmação da liberdade e dos direitos. Esse enfoque preconizado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pela OMS consistia em trabalhar a relação pessoa/sociedade, por meio da substituição do modelo hospitalocêntrico por intervenções ambulatoriais, frentes de trabalho e projetos de reinserção e valorização do usuário na sociedade. Esses marcos, supracitados, contribuíram para a conformação da Lei Federal 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, promulgada em 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001; OLIVEIRA, 2012).

Marinho et al. (2011) e Oliveira (2012) concordam que, a partir disso se desenvolveu, no Brasil, um importante processo social que buscou reformular o modelo de atenção em saúde mental ao mesmo tempo em que procurou criar um novo lugar social para as pessoas acometidas de transtornos psíquicos. Este processo caracterizou-se por um conjunto de ações coletivas, intersetoriais, com grande influência de trabalhadores de

saúde mental e com a marcante participação de usuários e familiares. Foram introduzidas novas práticas traduzidas pela criação de serviços substitutivos ao manicômio, principalmente os CAPs, com vistas a proporcionar maior autonomia à pessoa em sofrimento psíquico e legitimar direitos.

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) ganhou força com a Reforma Sanitária e depois com a implantação do SUS no final da década de 1980. Não se pode esquecer do pioneirismo do Rio Grande do Sul nesses movimentos uma vez que este Estado promulgou a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 9.716), em 07 de agosto de 1992, ou seja, dez anos antes da promulgação da lei nacional. Foi o primeiro Estado do Brasil a formular uma Política de Saúde Mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

A Reforma Psiquiátrica, em parte, política pública, teve sua origem, e, em sua essência, ainda é um movimento social que se imbricou com o Estado, e que, em parte, foi por ele absorvido. As dificuldades que muitos CAPs apresentam de se assumirem como instrumentos emancipatórios, inclinando-se a ser instrumentos de regulação, não devem ser vistas como meros desvios de rota, passíveis de serem corrigidos por medidas técnico-administrativas. Tais dificuldades parecem ser inerentes à nossa etapa da modernidade, no qual a regulação prevalece sobre a emancipação (GASTAL, 2009).

Nesse contexto, Silva (2006) alerta para o fato de que políticas governamentais podem não ser necessariamente políticas públicas, quando se exclui a possibilidade de uma construção coletiva envolvendo o povo, os deserdados, os quais não devem ser convertidos em alvo, mas compreendidos como sujeitos cidadãos. O lugar da gestão (na sua pragmática da produção de resultados eleitorais) é diferente do lugar ocupado por um movimento social (onde há o desejo e o interesse coletivo).

Silva (2006) pondera ainda que, na Reforma Psiquiátrica Brasileira, há um projeto que valoriza sobremaneira o protagonismo governamental cujos representantes (coordenadores) se utilizam desse lugar, ou seja, da força do Estado para impor agendas, inviabilizar organizações e criar impedimentos à participação da sociedade nos processos de debates. Aos militantes, entretanto, não interessa a manutenção desse cenário em que a gestão estatal se impõe como a única voz da liderança da Reforma. Alarcon (2005) alerta que, talvez a tarefa mais imediata da Reforma seja a superação da organização burocrática e assinala o risco da regulação dominar os processos emancipatórios. A defesa da continuidade da Reforma como um processo emancipatório é necessária e a análise crítica das tendências de regulação, tem a intenção de ser partícipe desta defesa.

De uma forma ou de outra, seja como política pública ou como movimento social,

a Reforma Psiquiátrica deslocou progressivamente o centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade e os CAPs são os dispositivos estratégicos desse movimento. Configuram serviços de saúde abertos e comunitários do SUS, são lugares de referência e tratamento para pessoas que tenham transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado comunitário, personalizado e promotor de vida. Foram definidos a partir da Portaria 336/2002 e organizados em três modalidades: CAPs I, CAPs II e CAPs III, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2002).

O objetivo dos CAPs é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária de acordo com as necessidades da população-alvo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPs e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde. Aos poucos, a ideia do trabalho em rede foi ganhando força e em 2011 foi editada a Portaria nº 3088 que dispõe sobre a RAPS a qual se constitui em uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. A RAPS considera as especificidades loco-regionais e os serviços de base comunitária (BRASIL, 2011b).

Os objetivos da RAPS são ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território e qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011b).

Os serviços que compõem a RAPS atravessam os três níveis de atenção, sendo eles na atenção primária: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura. O nível secundário de atenção conta com

os Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, UPAS, e Urgências e Emergências de Hospitais gerais, Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial. Por fim, em nível terciário, enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência para atenção aos usuários. Ainda compõem a rede, as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

Em 2017, a Portaria 3588 alterou a RAPS delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento e alterações da RAPS. Conforme essa nova portaria, o ambulatório multiprofissional de saúde mental, o hospital psiquiátrico hospital-dia passam a ser incluídos como pontos de atenção da RAPS. Estabelece também que o Ministério da Saúde incentivará e habilitará somente unidades especializadas em saúde mental/psiquiatria em hospitais gerais, com mínimo de 8 e máximo de 30 leitos por enfermaria (até 20% da capacidade total instalada), exigindo equipe multiprofissional mínima completa. Além disso, se faz necessário que 80% dos leitos estejam ocupados para que o repasse integral do incentivo de custeio seja feito (BRASIL, 2017b).

Ainda, a portaria 3588 estabelece Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), compostas por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia. Presta-se a ampliar o acesso à assistência em saúde mental a todas faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e ansiedade, sendo intermediário entre a Atenção Básica e os CAPs. Define também que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) atendam até 10 moradores e, ainda, o CAPs ad IV, com funcionamento 24 horas, como ponto de atenção especializada, em cidades com mais de 500 mil habitantes (BRASIL, 2017b).

No que concerne ao território, Batistela (2017) refere que as ideias reformistas são revestidas de um caráter militante, heterogêneo e inventivo que devem estar em contínuo processo de construção numa intersecção com os conceitos de cidadania, rede, território e autonomia. Reitera a importância da articulação entre os múltiplos planos sociais: habitacional, educacional, trabalhista, jurídico, de lazer e cultura no intuito de promover práticas e saberes pautados em relações que potencializem as diferentes subjetividades, autoestima, cidadania e autonomia, muito além da relação de tutela.

Para Merhy e Franco (2013), deve-se considerar a vida cotidiana como um

território de enfrentamento político para construir modos de vidas mais libertários. É no dia a dia da existência que se é atravessado por diversas linhas de forças que constituem as percepções sobre o mundo, fazendo o homem interrogar a si e ao outro. Assim, Batistela (2017), destaca a noção de autonomia por ela aparecer, constantemente, na criação de estratégias de cuidados nos dispositivos de saúde mental. Esta ideia se encontra operando nas construções de Projetos Terapêuticos Singulares, na Clínica Ampliada, na Política de Redução de Danos, como também é bastante escutada nos corredores, nas reuniões, nas supervisões dos serviços de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica apresentou-se como um conjunto de iniciativas de cunho político, social, legislativo e cultural complexo, que vai além da estruturação de serviços substitutivos e envolve atores, instituições e forças de diferentes origens. O Rio Grande do Sul apostou em capacitações como um dos seus eixos principais e novos serviços de atenção em saúde mental se constituíram apoiados pela municipalização das prefeituras (GOULART; DURÃES, 2010; RAMOS, 2009).

No que se refere ao município do CAPs que foi investigado, conforme Zambenedetti e Perrone (2008), em 1993 foi criado o Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental (SAISM) que encerrou as atividades alguns anos depois por falta de sustentação político-administrativa. Em 2001, foi criado o Ambulatório de Saúde Mental, referência na época, para a atenção básica do município. No período compreendido entre 2001 e 2003 foram implementados o CAPS II e CAPS ad (devido à pressão exercida por trabalhadores) em decorrência da grande demanda em saúde mental. E no tocante aos trabalhadores, verificou-se o protagonismo destes em vários momentos nos quais se fez necessário tensionar os gestores em relação as necessidades ou mesmo denunciar abusos, entretanto, na visão de alguns autores, a questão dos trabalhadores apresenta algumas fragilidades que serão problematizadas a seguir (DAL POZ, LIMA e PERAZZI, 2012).

De uma maneira ampliada, os recursos humanos são o pilar mais frágil da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a Atenção Psicossocial é uma área interdisciplinar e multiprofissional que ultrapassa as fronteiras da saúde e se configura como intersetorial. Soma-se a isso o fato de que os direitos humanos, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania são historicamente afetados nos pacientes psiquiátricos. Diferente de outras áreas da saúde que precisam de instrumentos mais complexos, na Atenção Psicossocial a tecnologia é essencialmente humana (DAL POZ, LIMA e PERAZZI, 2012).

Os trabalhadores da Atenção Psicossocial, para Silva (2006), são atores políticos na medida em que labutam por aqueles que não se autogovernam ao modo da maioria.

Destaca que é preciso assumir essa dimensão da prática profissional, exercitar a crítica, estabelecer estratégias e táticas, pensar na organização, nas formas de luta e na eficiência da capacidade dos trabalhadores em produzir política, em uma arena permeada por inúmeros interesses.

Kinoshita (2006), em uma reflexão acerca da relação do trabalhador da Atenção Psicossocial com o Estado, considera que muitos se encontram na situação de agentes do Estado e isso implica em ordenamentos institucionais, burocracias, agendas que enredam o trabalhador no seu serviço. Contudo, no âmbito da Reforma, não há avanços solitários, sendo preciso que as pessoas construam conexões de força política. Este é um desafio, porque quando se ocupa espaço na máquina pública tende-se a atuar como apenas como agentes de Estado, não fazendo as conexões necessárias.

Ramminger (2005) analisou os modos de subjetivação dos trabalhadores em saúde mental e nas falas dos entrevistados aparece o exercício de um ofício solitário (escassez de outros equipamentos e de suporte social) e do trabalho com a diversidade. A Reforma exige um pensar e um fazer diferente o que gera mais trabalho e mais cansaço. Destacou ainda as lutas que o trabalhador trava com os gestores, os quais, em sua maioria, ainda estão atrelados ao velho modelo de atenção.

Nesse mesmo estudo, a autora considerou que o trabalhador da Atenção Psicossocial se constrói na tensão dos discursos que refletem o embate interno ao campo da reforma psiquiátrica, ou seja, o deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros dos hospícios para a circulação pela cidade, do tutelado para o cidadão. É um trabalho que requer o conhecimento técnico-científico e a implicação político-afetiva com a construção de outro modo de entender a loucura.

Zgiet (2013) em uma pesquisa com os trabalhadores do Distrito Federal, aponta que grande parte dos entrevistados tem bastante afinidade Atenção Psicossocial, entretanto, alguns relatam que são estigmatizados por seu trabalho por lidarem com os “perigos” de se trabalhar com os loucos. Identificou também que este campo é pouco reconhecido e o trabalhador da Atenção Psicossocial é o último a ser visto numa escala de trabalho da Saúde. Isso decorre, possivelmente, do fato de ser uma área relativamente nova, de trabalhar com subjetividades, dos resultados dos tratamentos não serem visíveis ou objetivos, de trabalhar com pessoas estigmatizadas socialmente, economicamente pouco ativas e/ou usuários de substâncias.

Ramminger (2005) ressalta a questão do trabalhador-militante, entendido como aquele que tem maior envolvimento afetivo e político com o trabalho. Se a militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita, é um importante apoio para a saúde no trabalho, pode transformar-se em sofrimento quando nega a reflexão mais livre a respeito dos limites do trabalho na Atenção Psicossocial. A reflexão desaparece em face do discurso da verdade única, impedindo a ação transformadora a partir do reconhecimento dos problemas existentes.

O trabalhador identificado com a Reforma constitui-se nesta tensão entre o habitar um lugar rico para criação e invenção, o confronto com a dureza do setor público estereotipado e desvalorizado, e, ainda, com a falta de investimentos e ações intersetoriais. É neste jogo que o trabalhador se constrói e é no confronto com o sofrimento, seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer, que se dá o cotidiano do trabalho (RAMMINGER, 2005).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNO MENTAIS

De acordo com a OMS (2017), organização citada pela OPAS BRASIL (2017a), os distúrbios mentais compreendem uma vasta gama de problemas, com diferentes sintomas. Geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com as outras pessoas. Como exemplos de transtornos mentais mais comuns tem-se a esquizofrenia, a depressão, a ansiedade, o transtorno afetivo bipolar, as demências, os transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o autismo, as deficiências intelectuais e os distúrbios por abuso de drogas. A esquizofrenia afeta cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo e 1,6 milhões no Brasil. Há 322 milhões de pessoas vivendo com depressão em nosso planeta e destas, cerca de 12 milhões vivem no Brasil, o que corresponde a 5,8% da população e faz com que o Brasil ocupe a quarta posição em nível mundial (OPAS BRASIL, 2017a).

Em relação aos transtornos de ansiedade, o Brasil aparece em primeiro lugar no mundo com 18,6 milhões de pessoas ou 9,3% da população. O transtorno afetivo bipolar afeta cerca 140 milhões de pessoas em todo mundo e 4,2 milhões no Brasil. O risco de suicídio em pessoas com esse transtorno é 28 vezes maior do que na população geral (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE/MS, 2019).

As demências acometem cerca de 50 milhões de pessoas no mundo e a cada ano são registrados cerca de 10 milhões de novos casos. A estimativa da OMS é de que, até

2050, 152 milhões de pessoas sejam afetadas. No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, são registrados 55 mil novos casos de demências todos os anos, a maioria decorrentes da doença de Alzheimer. Atualmente, 1,4 milhões de brasileiros vivem com demência, número que deve chegar a seis milhões em 2050 (OPAS BRASIL, 2017b).

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) englobam cinco patologias: autismo, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicose infantil) e transtorno invasivo do desenvolvimento (Autismo Atípico). O autismo e a síndrome de Asperger são classificadas como Transtorno do Espectro Autista (TEA) e perfaz o transtorno de desenvolvimento mais comum. Estima-se que, em todo o mundo, uma em cada 160 crianças tenha esse transtorno (OPAS, 2023b).

Sobre as deficiências intelectuais, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em uma parceria do Ministério da Saúde com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014, por meio de coletas domiciliares, descreveu a distribuição epidemiológica da deficiência autorreferida no Brasil e apontou prevalência de 6,2%, ou cerca de 12,4 milhões de pessoas com deficiência intelectual, física, auditiva ou visual. A deficiência mais comum foi a visual, com prevalência de 3,6%, as demais em torno de 1% cada (MALTA, 2016).

Em relação ao consumo de álcool, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira realizado em 2017 pela Fundação Oswaldo Cruz e pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica aponta que, cerca de 2,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos apresentaram dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que representa 1,5% dos indivíduos da população pesquisada e 3,5% dos indivíduos que consumiram álcool no último ano (FIOCRUZ/ICICT, 2017).

Estima-se que cerca de 12.3% da população geral seja dependente de álcool. Em relação à dependência de outras substâncias, aproximadamente 1,2 milhões de indivíduos de 12 a 65 anos apresentaram dependência de alguma substância, que não álcool ou tabaco, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Isso representa uma prevalência de 0,8% de dependentes na população geral e uma prevalência de 13,6% entre indivíduos que consumiram alguma substância nos últimos 12 meses.

O Brasil, conforme a OMS, citado por Kapss (2019), é o primeiro país no ranking internacional em transtornos de ansiedade e o quarto país em número de pessoas depressivas. Essa realidade remete a algumas reflexões que podem explicar, em parte, o alto número de pessoas com transtornos mentais. Para o autor, os altos índices de violência são um motivo, tendo em vista que o Brasil tem uma taxa de homicídios trinta

vezes maior do que a Europa. A instabilidade financeira do país, contribui muito para os transtornos mentais tendo em vista que, no ano de 2019, a taxa de desemprego ficou em 12,5% no primeiro trimestre do ano, o que corresponde a 13 milhões de desempregados.

Kapps (2019) refere que o sofrimento psíquico também tem relação com a saúde física, tendo em vista que dois terços dos doentes crônicos também têm algum tipo de transtorno mental. A segunda maior causa de afastamento do trabalho está relacionada à saúde mental. O Atlas de Saúde Mental 2017 da OMS aponta que, embora alguns países tenham feito progressos na formulação e no planejamento de políticas de saúde mental, ainda há uma escassez, em todo o mundo, de profissionais de saúde treinados nessa área e falta de investimento em instalações de saúde mental voltadas para a comunidade. O documento é baseado em dados fornecidos por 177 países, representando 97% da população mundial (OPAS/BRASIL, 2017c).

Em países de baixa renda, a taxa de trabalhadores de saúde mental é muito baixa: dois profissionais/100 mil habitantes, em comparação com mais de 70 profissionais em países de alta renda. Isso está em contraste com as necessidades existentes, uma vez que a estimativa é que uma em cada 10 pessoas precise de cuidados de saúde mental em algum momento da vida. Menos da metade dos 139 países que instituíram políticas e planos para a saúde mental estão alinhados com as convenções de direitos humanos que priorizam a transição da instituição psiquiátrica para serviços baseados na comunidade, bem como a participação de pessoas com transtornos mentais nas decisões concernentes a elas. Com frequência, quando são elaborados planos de saúde mental, eles não são apoiados por recursos humanos e financeiros adequados (OPAS/BRASIL, 2017c).

Em síntese, pelas análises de Kapps (2019) e de acordo com os dados da OPAS/OMS, o cenário brasileiro abarca altos índices de violência, instabilidade financeira, doenças crônicas, pressões e demandas do mercado de trabalho, poucos profissionais habilitados para tratar da saúde mental, além do abismo social que existe e se perpetua no país. A OPAS (2023a), informa que abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Indica que as desigualdades sociais e econômicas, as emergências de saúde pública, as guerras e a crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental e sinaliza ainda que a depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia.

2.3 AUTONOMIA DO SERVIDOR PÚBLICO NO CONTEXTO DOS CAPs

Para aprofundar as reflexões acerca da autonomia dos trabalhadores de CAPs, servidores públicos, serão abordados a seguir alguns conceitos relativos a este tema. Etimologicamente, autonomia significa o poder de dar a si a própria lei, *autós* (por si mesmo) e *nomos* (lei). Autonomia é oposta a heteronomia que, em termos gerais, é toda lei que procede de outro, *hetero* (outro) e *nomos* (lei). Entretanto, é possível encontrar no Vocabulário *Técnico e Crítico da Filosofia* uma definição interessante: “Autonomia é a condição de uma pessoa ou de uma coletividade cultural, que determina ela mesma a lei à qual se submete” (LALANDE, 1999, p. 115).

A partir desta ideia, autonomia pode ser entendida como “condição”, como ela se dá no mundo, não somente na consciência dos sujeitos. Daí sua construção envolve dois aspectos: o poder de determinar a própria lei e o poder ou capacidade de realizar. O primeiro, está ligado à liberdade e ao poder de conceber, sonhar e decidir. O segundo, ao poder ou capacidade de fazer. Para que haja autonomia, os dois aspectos devem estar presentes e o pensar autônomo precisa também se fazer autônomo (ZATTI, 2007).

Muitas são as abordagens acerca deste tema ao longo do tempo e, apesar do conceito de autonomia ter sido definido e adquirido centralidade na modernidade, no pensamento grego já era possível identificar a presença de algumas ideias sobre o assunto. Ao longo da história, essa noção foi adquirindo significados diferentes uma vez que, para entender a concepção de autonomia de um autor é preciso olhar a qual heteronomia ele se opôs e olhar o contexto histórico e teórico que o envolvia (ZATTI, 2007).

Conforme Bourricaud (1985), na Grécia antiga, historiadores como Tucídides e Xenofonte citam povos que se rebelavam e buscavam sua independência (noção de autonomia restrita a ideia de autodeterminação). Platão contribui, indiretamente, para o desenvolvimento do caráter moral do conceito moderno de autonomia por ter pensado o autodomínio, na perspectiva de que se é bom quando a razão governa e mau quando é dominado pelos seus desejos (TAYLOR, 1997).

De acordo com Caygill (2000) na modernidade, Maquiavel desenvolve um conceito pioneiro que combina dois sentidos de autonomia: o primeiro, como liberdade de dependência; e, o segundo, como poder de autolegislar. Para Lutero, a autonomia como liberdade de dependência passa a ser liberdade espiritual, interior, em relação ao corpo e suas inclinações. Em Kant, se verifica que a compreensão de autonomia é vista como exercício racional da liberdade, inspirada pelas ideias iluministas (CAYGILL, 2000).

As propostas de Kant e Freire têm em comum, uma aposta esperançosa na humanidade, no potencial humano de fazer-se melhor e construir um mundo melhor. Ainda, a herança deixada por Kant é o chão de onde brota o pensamento de Freire: a concepção de razão, de sujeito e de dignidade, formulados por Kant na modernidade, são pressupostos a partir dos quais o pensamento Freiriano é gerado (GADOTTI, 2018).

Para Gadotti (2018), Paulo Freire tornou-se um pensador e um educador globalmente conhecido por suas experiências fora do Brasil, mas também porque soube aprender muito com essas experiências em função de sua grande habilidade de “escutar”. Ele preconizava que não se deveria partir das abstrações, mas daquilo que a população precisa, sob pena das coisas perderem o sentido para as pessoas. Considera ainda que as ideias de Freire são “conectivas”, o que o faz transitar por muitas áreas como a educação, a filosofia, as artes, a saúde, a sociologia, a antropologia, dentre outras.

Paulo Freire formulou uma proposta educacional que buscou transformar o educando em sujeito, o que tem implicações diretas na promoção da autonomia. Para este autor que será tomado como referencial teórico deste estudo, a educação deve conduzir a uma tomada consciência da própria condição social o que possibilitaria a transformação social, pois é pela práxis, pela ação/reflexão que se teria um sujeito emancipado de uma condição opressora (GADOTTI, 2018).

Em Freire (2003), a libertação das heteronomias (condição em que as pessoas são dependentes e determinadas por pensamentos, normas de conduta, ideais e projetos que não são seus) normalmente impostas pela ordem socioeconômica e educacional injusta e/ou autoritária, é condição necessária para a autonomia.

Nesse sentido, autonomia para Freire (2003) é um processo gradativo de amadurecimento que acontece durante toda a vida, proporcionando ao indivíduo a capacidade de decidir e, ao mesmo tempo, de arcar com as consequências dessa decisão, assumindo, assim, responsabilidades. Respeitar a autonomia e a dignidade de cada um é um imperativo ético que se pode ou não conceder uns aos outros. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Nessa linha de pensamento, uma pedagogia da autonomia tem de estar fundamentada em experiências estimuladoras de decisão, de responsabilidade e de liberdade (VASCONCELOS; BRITO, 2006).

No que concerne ao serviço público, Silva Filho (2013) afirma que em suas experiências de convívio com servidores públicos, não foram raras as situações em que ouviu: “a gente não consegue trabalhar”! Era perceptível uma sensação de impotência presente em algumas falas e isso, para ele, era uma pista importante para a discussão

acerca da autonomia do servidor público brasileiro. Com base em suas buscas para construir um trabalho teórico, o autor relata que na literatura em língua inglesa, há um relativo silêncio sobre este tema, entretanto, entende que nas fontes norte-americanas, a autonomia do servidor na organização pública parece ser um pressuposto, o que não é extensivo ao Brasil, onde esta questão parece não ter muita clareza.

Para que se possa então direcionar o raciocínio neste tema, pergunta-se: quem são os servidores públicos?

A Constituição Federal de 1988 dispõe como sendo “servidores públicos titulares de cargos públicos” todos aqueles que mantêm uma relação funcional com a Administração Direta, autárquica e fundacional sob o regime jurídico estatutário. E os “empregados ocupantes de empregos públicos” como sendo aqueles que têm uma relação de emprego para com a Administração direta, autárquica e fundacional, ou com as demais entidades governamentais com natureza jurídica de direito privado, sendo requisito básico que estejam todos estes sob regime jurídico contratual. Assim, pode se definir “servidores públicos titulares de cargos públicos” e “empregados ocupantes de empregos públicos” como sendo, ambos, “servidores públicos” (SILVA FILHO, 2013, p. 07).

Um aspecto legal a ser destacado em relação ao servidor público é que, enquanto no setor privado é lícito fazer tudo o que a lei não proíbe (liberdade negativa), no setor público só é permitido fazer o que a lei autoriza (liberdade positiva). Esta é uma explicação simples do princípio da legalidade. Desse modo, no setor público, a relação que se estabelece entre Estado e servidor é a representação, sendo assim, o servidor é um agente do poder público, o seja, pessoa física incumbida de exercer as funções administrativas que cabem ao Estado e que ocupam cargos ou funções da Administração Pública (COELHO, 2009).

Além do princípio da legalidade, existem outros que regem a administração pública brasileira e que, de certa forma, irão contribuir para uma compreensão clara de aspectos relativos à autonomia do servidor. O princípio da impessoalidade decorre do princípio da legalidade e descreve que o servidor, em qualquer nível, não age em nome próprio, mas em nome do poder público, a partir do cargo que ocupa.

O princípio da moralidade é atributo direto do agente público e para que a administração pública aja em conformidade com esse princípio, é essencial que os servidores apresentem virtudes morais consideradas socialmente necessárias pela sociedade (COELHO, 2009).

Tem-se ainda o princípio da publicidade que aponta para a clareza e a visibilidade social que devem envolver todos os atos da administração pública. Esses atos devem ser públicos em múltiplos sentidos, porque são emanados do poder público, são de interesse público e voltados para o público, por isso devem ser de conhecimento público. Por fim, existe o princípio da eficiência que indica a necessidade de haver racionalidade econômica do funcionamento da administração pública. Diante do exposto, fica evidente que existe um extenso controle (ou deveria haver por força da lei) sobre a ação daqueles investidos na função pública (COELHO, 2009).

Silva Filho (2013) destaca também, neste contexto, a existência de comportamentos arbitrários na condução dos órgãos governamentais que resultam em mudanças intempestivas de rumo, cancelamentos de projetos/programas e a conseqüente paralisação dos trabalhos envidados pelos servidores. Outro aspecto importante é o recrudescimento dos mecanismos de controle direcionados para o combate à corrupção, o que, apesar de necessário, muitas vezes torna morosa a ação administrativa e as atividades cotidianas. Enfim, todas essas questões influenciam a autonomia do servidor público, de tal sorte que ela será sempre relativizada no âmbito político ou administrativo, entrando em contradição com os próprios ideais do Estado democrático de direito. Neste ponto, seria desejável que fosse construído um conceito novo a fim de compatibilizar o anseio íntimo por autonomia e a necessidade de controle da administração pública.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

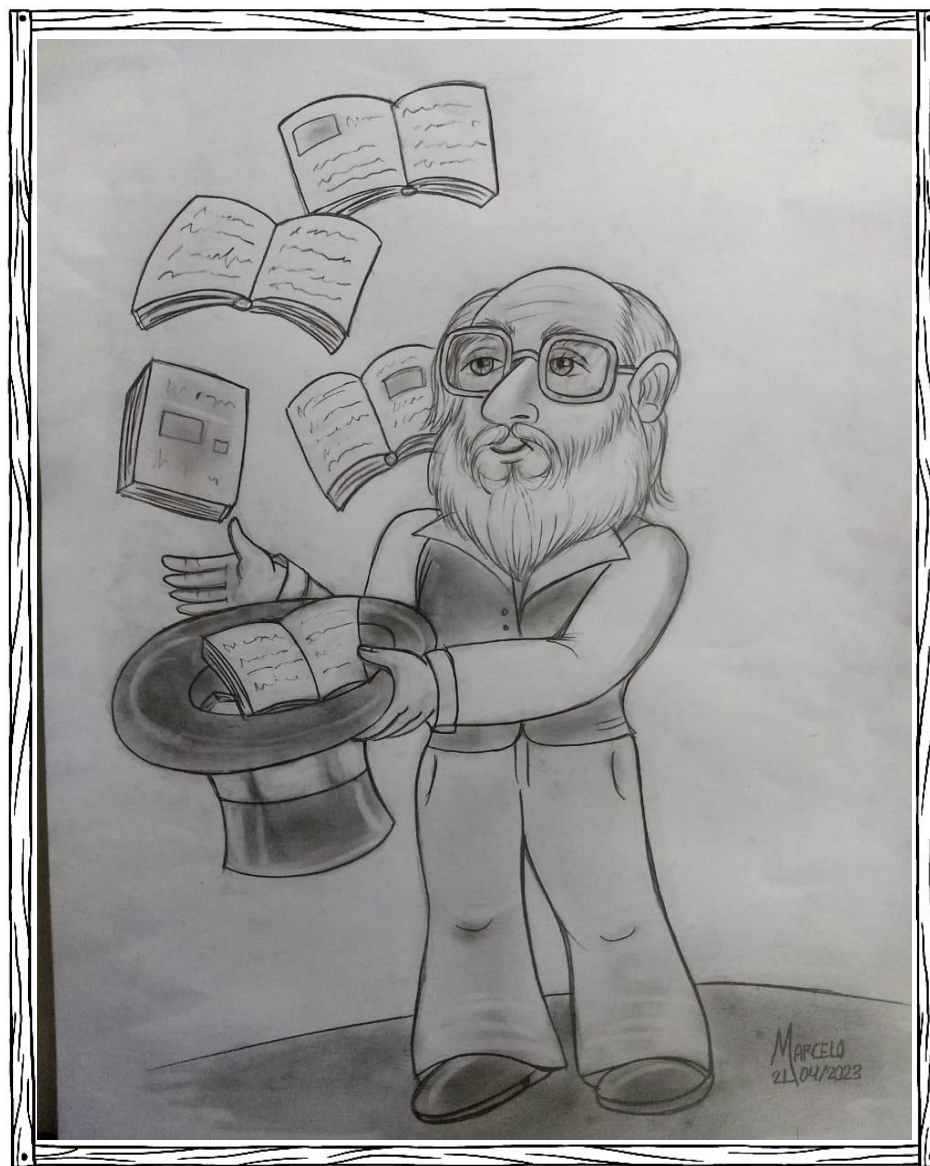


Figura 3 - Ilustração referencial teórico

“O conhecimento emerge apenas através da invenção e reinvenção, através de um questionamento inquieto, impaciente, continuado e esperançoso de homens no mundo, com o mundo e entre si”. (FREIRE, P. 1987, p.33).

No referencial teórico busca-se identificar, inicialmente, as conexões do pensamento freiriano com a os ideais da Reforma Psiquiátrica como, por exemplo, a interlocução com o conhecimento popular, a crítica à educação depositária, o compartilhamento e a horizontalidade dos saberes, o fazer junto com o outro, o conceito de utopia, de esperança, de incompletude do ser humano, de liberdade, entre outros. Assim, serão apresentadas algumas ideias fundantes de Paulo Freire em relação à autonomia, à teoria do conhecimento e a atualidade freiriana, além de algumas considerações acerca do círculo de cultura.

Para este estudo, Paulo Freire foi escolhido como referencial teórico em função de existir, em seus postulados, vários aspectos e conceitos similares aos defendidos pelas ideias reformistas, mas, principalmente, por sua concepção de autonomia ter um sentido sócio-político-pedagógico, muito próximo do sentido de autonomia aspirado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP).

Amarante (2017) destaca que um princípio que orienta a prática formadora freiriana e que possibilita sua transcendência é o caráter inconcluso do ser humano, o que permite pensar a experiência humana como um permanente movimento de procura, de construção e, a partir disso, rediscutir a curiosidade ingênua e crítica, tornando-a epistemológica. Deste modo, tendo a tradição formadora de Paulo Freire como referência cultural e epistemológica, entende-se que espaços que produzam pensamentos e movimentos crítico-reflexivos vão além da ideia de capacitação ou otimização de recursos humanos e adentram a esfera da emancipação, da criação de potências e de projetos de perspectiva crítica.

Paulo Freire nasceu dia 19 de setembro de 1921, em Recife, vivenciou a pobreza e a fome na infância, durante a crise de 1929 e isso o motivou a trabalhar pelos mais pobres e a construir seu revolucionário método de alfabetização no qual ensinou 300 adultos a ler e a escrever em 45 dias. Freire se graduou em Direito, mas nunca exerceu a profissão, estudou filosofia da linguagem e lecionou língua portuguesa numa escola de segundo grau. Freire é considerado um dos pensadores mais notáveis da história da pedagogia mundial, tendo influenciado o movimento chamado Pedagogia Crítica. É também patrono da educação brasileira. Acreditava que o educando assimilaria o objeto de estudo fazendo uso de uma prática dialética com a realidade, em contraposição à educação bancária, tecnicista e alienante (GADOTTI, 2019).

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se consolidou como marco fundamental, norteador a política de saúde voltada para as questões relacionadas

ao sofrimento mental. Historicamente, passou do modelo religioso da “salvação do louco” no período colonial, para o modelo médico da cura e do reparo, a partir do fim do século XIX, chegando às proposições reformistas atuais. Tais proposições buscam a superação do modelo pautado na objetivação do sujeito para uma posição de diálogo e participação dos usuários sobre o adoecimento e o próprio tratamento colocando, deste modo, a cidadania como valor fundante e organizador deste processo.

Eis o primeiro aspecto que indica uma proposta semelhante à de Paulo Freire: uma interlocução com o conhecimento popular e a crítica à educação depositária que desconsidera o conhecimento do outro no processo educacional. Paulo Freire discorre sobre a dicotomia professor-aluno na situação de ensino e aprendizagem, criticando o distanciamento entre os dois. Estas considerações relativas ao lugar do conhecimento e do saber no campo da saúde, também oferecem subsídios que ajudam a questionar a posição distante e onipotente que profissionais assumem diante do usuário. A desinstitucionalização pretendida pela Reforma Psiquiátrica brasileira, buscou desconstruir o modelo manicomial, questionando-o como aparato antiterapêutico e buscando superar a assimetria de contratualidade entre pacientes e profissionais de saúde, ampliando os direitos e a cidadania (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, apesar de inspirado em modelos internacionais, principalmente o italiano, tem uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento. Nesse sentido, defendeu também a participação ativa dos principais interessados no processo: os que são alvo das ações e os que as indicam e as efetivam trazendo assim, para o centro das ações, os usuários e os trabalhadores em saúde (AMARANTE, 1996). Aqui então, identifica-se outro ponto comum com as proposições freirianas: o saber passa a ser compartilhado e as propostas de intervenção colocam os educandos em posição ativa no fazer junto com o outro e não para o outro (FREIRE, 1987).

Os esforços para a superação da internação como única abordagem implicaram na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos às práticas tradicionais e isso decorreu de uma mudança de olhar acerca das questões relativas à igualdade e à liberdade, as quais se colocam como fundamentais na construção de respostas ao sofrimento mental dos cidadãos. Esse novo olhar também se constitui em dos pilares de sustentação nas propostas freirianas, as quais, assim como o Movimento da Reforma Psiquiátrica colocam em discussão o contato do educando (Freire) e do sujeito em sofrimento (Reforma Psiquiátrica) com o corpo social, não mais para aprender ou

curar mas para a produzir vida e sentidos, sociabilidade e espaços coletivos de convivência (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018).

Os anos noventa consolidaram os princípios de democratização inerentes ao projeto de mudança em construção e isso não foi orientado sob o ponto de vista técnico. No Brasil, a participação organizada dos trabalhadores e gestores públicos da área de saúde mental, aliados aos usuários e seus familiares, foi fundamental para se entender o processo de mudança e sua direção, a qual ultrapassou os limites da reforma meramente estrutural e passou a propor significativas redefinições conceituais e organizacionais. Mais do que uma nova política assistencial, o desafio nesse campo é a produção de uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico, a fim de desconstruir socialmente os estigmas e estereótipos substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade (GOULART, 2006; BEZERRA Jr., 2007).

A superação de ideia de que os profissionais da saúde ou os educadores sabem mais sobre o outro (usuário e educando), é um aspecto comum entre as duas propostas, uma vez que esvazia o potencial de mudança e de criatividade. Práticas realizadas de um modo vertical, desconexas da realidade das pessoas, estão na direção oposta das propostas reformista e freirianas. Estas sinalizam que ensinar e cuidar devem contemplar respeito e envolvimento, oferecendo condições para que se trabalhe afetivamente em benefício do desenvolvimento intelectual, social, afetivo e curativo. Partindo desta premissa, a terapia não é mais entendida como a busca a exclusiva da cura, mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade e de coletividade (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018).

Guimarães, Veras e Carli (2018) destacam que o movimento reformista se fundamentou conceitualmente em autores como Franco Baságli, do qual é tomada a noção de utopia para pensar a ação prática de transformara realidade. Tendo o manicômio como lugar de violência, sua desconstrução implica em um trabalho de produção de autonomia e de garantia de direitos para além de uma prática pautada no controle dos sintomas. Assim como Baságli, Paulo Freire retoma também o conceito de utopia quando pensa uma nova forma de instituir o processo educacional e lança mão deste conceito como uma função propulsora que faz homem andar para frente na construção da sua história. A utopia serviria, então, de nutriente para a esperança que trabalha com o entendimento do inacabado: o homem tende a utilizar a utopia como uma mola propulsora uma que vez que é um ser inconcluso (FREIRE, 2003).

O cuidado em liberdade está relacionado com a noção de esperança e de autoridade opressiva e um grande desafio no cuidado em saúde mental é intermediar a

relação desigual de forças, na qual os usuários se encontram em desvantagem histórica. Para tanto, os trabalhadores e demais agentes da assistência precisam criar possibilidades para estimular com esperança, ousadia e criatividade respostas terapêuticas que não retirem as pessoas de uma posição ativa na condução de suas vidas. As práticas não devem ratificar os aprisionamentos, contudo, isto só é possível se os envolvidos atentarem para esta questão em suas pequenas ações e sem perder de vista o papel de agente político na intermediação desta relação desigual entre os usuários e a sociedade, na sustentação de uma aposta terapêutica produtora de autonomia (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018).

Assim, os atores envolvidos com o Movimento pela Reforma Psiquiátrica precisam estar conscientes de que tão importante quanto o número de dispositivos abertos é conseguir manter vivo nos trabalhadores (esperançar) o compromisso ético e político com a modificação de uma prática reducionista. Freire (2001) entende a esperança como fundamental para o desenvolvimento da vida em sociedade e considera que a mesma tem uma dimensão política muito forte. Para ele, é na liberdade da vida em comunidade que a esperança se torna viável e a mudança possível, porque ela tem um ingrediente de utopia e de sonho que motiva a caminhada humana.

Um dos desafios ainda presentes na atualidade da Reforma Psiquiátrica é o risco de ocorrer uma reforma superficial que se restrinja à desospitalização, como norte para as práticas, ao invés de modificações mais profundas necessárias à estruturação do processo de desinstitucionalização. Isso se torna relevante na medida em que se identifica a internalização dos dispositivos de segregação e, nesse caminho, busca-se a reorientação da atenção em saúde mental, ancorada nos eixos da qualidade e humanização. Cabe aqui, a concepção de humanismo em Paulo Freire (1998, p.22): “o humanismo é um compromisso radical com o homem concreto. Compromisso que se orienta no sentido de transformação de qualquer situação objetiva na qual o homem concreto esteja sendo impedido de ser mais”. Essa concepção afasta-se da perspectiva que retira os sujeitos da centralidade das ações e aponta um elo importante entre os princípios reformistas e freirianos: o viés político libertador e desejoso de formar cidadãos críticos e reflexivos.

Outro conceito importante a ser retomado em Freire é o de liberdade, que está diretamente relacionado ao que se estabelece entre as pessoas. Em um modo de relação mais democrático, os trabalhadores se afastam da possibilidade de incorrerem em práticas autoritárias ou meramente prescritivas. No contexto da assistência, bem como na educação, combater o autoritarismo na prática cotidiana dos serviços, é diferente de retirar a identidade dos profissionais, entretanto remete ao fato de que a mediação entre

profissional e usuário seja democrática e generosa, de modo que ambos se reconheçam na oportunidade do encontro, como protagonistas de ações cujas competências, apesar de específicas, visem à promoção da autonomia (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018).

Uma prática de cuidado não deve desconsiderar o conhecimento dos sujeitos nem menosprezar a sua possibilidade de dizer sobre como podem ou desejam modificar as situações de suas vidas que envolvam o adoecimento psíquico. Situação análoga era entendida em educação por Freire como “puro treino, pura transferência de conteúdo, puro exercício de adaptação ao mundo” (Freire 2003, p. 101), não produzindo nem estimulando a autonomia e a liberdade.

3.1 CATEGORIAS FREIRIANAS

Streck, Redin e Zitkoski (2019) afirmam que Paulo Freire foi um semeador e um cultivador de palavras, sobretudo daquelas palavras “grávidas de mundo”, como ele mesmo dizia, palavras que têm o dom de gerar e proclamar novas realidades. Nesse sentido, para que se compreenda a utilização de certas palavras/expressões no desenvolvimento desta tese, é importante compreender suas interpretações sob o ponto de vista freiriano. Obviamente que não se tem a pretensão de dizer a palavra derradeira sobre nada, mas buscar uma relação viva e humanizadora destas palavras com o contexto no qual elas são empregadas. Sob este ponto de vista se utilizará o termo “categorias freirianas” para designar estas palavras/expressões sobre se discorrerá a seguir.

3.1.1 Denúncia/Anúncio

Para produzir os anúncios/denúncias, ou vice-versa, Paulo Freire imergiu nas culturas mestiças, plurais e híbridas dos oprimidos e dos opressores, buscando romper com o isolamento e com as dicotomias para investir em esperanças que residem entre lugares/pessoas pouco investigados. Foi mergulhado em um contexto de desigualdades, que ele se articulou com forças sociais que investiam na fortificação popular e social: igrejas cristãs, movimentos estudantis, movimentos de trabalhadores do campo e da cidade os quais se uniam com intelectuais e artistas em justas ações pelas reformas de base e contra os múltiplos esquemas de injustiças (LINHARES, 2019).

Para mim, ao repensar nos dados concretos da realidade sendo vivida, o pensamento profético, que é também utópico, implica a denúncia de como estamos vivendo e o anúncio de como poderíamos viver. É um

pensamento esperançoso, por isso mesmo. É nesse sentido que, como o entendo, o pensamento profético não apenas fala do que pode vir, mas falando de como está sendo a realidade, denunciando-a, anuncia um mundo melhor. Para mim, uma das bonitezas no anúncio profético está em que não anuncio o que virá, necessariamente, mas o que pode vir ou não. O seu não é um anúncio fatalista ou determinista. Na real profecia, o futuro não é inexorável, é problemático. Há diferentes possibilidades de futuro. Reinsisto em não ser possível anúncio sem denúncia e ambos sem o ensaio de uma certa posição em face do que está ou vem sendo o ser humano. (...) Contra qualquer tipo de fatalismo, o discurso profético insiste no direito que tem o ser humano de comparecer à História não apenas como seu objeto, mas também como sujeito. O ser humano é, naturalmente, um ser da intervenção no mundo, razão de que faz a História. Nela, por isso mesmo, deve deixar suas marcas de sujeito e não pegadas de puro objeto (FREIRE, 1997b, p.672-73).

3.1.2 Diálogo

O diálogo se constitui em um processo dialético-problematizador, ou seja, por meio dele podemos vislumbrar o mundo e a nossa existência em sociedade, como processo, algo em construção, em constante transformação. É a força motriz do pensar crítico-problematizador em relação à condição humana no mundo (ZITKOSKI, 2019a). Os homens se aproximam uns dos outros por meio do diálogo, desprovidos de preconceito ou de qualquer forma de ostentação. No diálogo as pessoas têm liberdade para desejar, cultivar e estabelecer encontros. É uma oportunidade com possibilidade de compreensão do pensamento do outro (VASCONCELOS; BRITO, 2006).

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. (...) Designar o mundo, que é ato de criação e de recriação, não é possível sem estar impregnado de amor. O amor é ao mesmo tempo o fundamento do diálogo e o próprio diálogo. Este deve necessariamente unir sujeitos responsáveis e não pode existir numa relação de dominação (FREIRE, P, 1980b, p.82-83).

3.1.3 Inacabamento

O inacabamento do homem é uma concepção antropológica de Freire: não somos hoje tudo o que podemos ser, somos pessoas por fazer-se, seres no mundo, envolvidos com os outros num contínuo processo de desenvolvimento intelectual, moral e afetivo. Há sempre mais a fazer, a saber e a amar (TROMBETTA; TROMBETTA, 2019). Freire (1997b) afirma que a inconclusão faz parte da vida humana, no entanto, se faz de vital

importância, reconhecer-se como tal. A consciência de ser alguém inacabado insere o homem num permanente processo de busca, a que se junta, necessariamente, a capacidade de intervenção no mundo. Só quem se sabe inacabado faz a história (na qual se faz e se refaz). “Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado” (FREIRE, 2003, p. 53).

3.1.4 Inédito Viável

O inédito viável é a crença no sonho possível e na utopia que poderá vir a ser realidade desde que aqueles que fazem a história assim o queiram (VASCONCELOS; BRITO, 2006). Essa categoria está relacionada à compreensão da história como possibilidade, da qual decorre uma posição utópica que se opõe à visão fatalista da realidade. Relaciona-se ao entendimento de que a realidade não é, mas está sendo e portanto, pode ser transformada. Tal perspectiva é própria da consciência crítica que compreende a historicidade construindo-se a partir do enfrentamento das situações-limite que se apresentam na vida social e pessoal (ANTUNES, 2019). Cortesão (2019), expõe de modo simples e objetivo o que compreende ser o inédito viável: inédito, porque ainda não aconteceu. Viável porque poderá acontecer se formos argutos, corajosos, persistentes e insistirmos em tornar realidade aquilo no que acreditamos.

3.1.5 Leitura do Mundo

A leitura de mundo é um tema que tem destaque no processo de alfabetização do ponto de vista da educação popular proposta por Freire (1989), o qual afirma que a leitura do mundo precede a leitura da palavra. Passos (2019) adverte que é imprescindível uma leitura do mundo que contextualize, geste, e emoldure um sentido para a palavra. Nesse sentido, mais do que explicações conceituais, a citação que segue é capaz de descrever de modo muito claro a ideia contida nesta categoria.

O que quero dizer com a dicotomia entre ler as palavras e ler o mundo? Minha impressão é que a escola está aumentando a distância entre as palavras que lemos e o mundo em que vivemos. Nessa dicotomia, o mundo da leitura é só o mundo do processo de escolarização, um mundo fechado, isolado do mundo onde vivemos experiências sobre as quais não lemos. Ao ler palavras, a escola se torna um lugar especial que nos ensina a ler apenas as ‘palavras da escola’ e não as ‘palavras da realidade’. O outro mundo, o mundo dos fatos, o mundo da vida, o mundo no qual os eventos estão muito vivos, o mundo das lutas, o mundo da discriminação e da crise econômica

(todas essas coisas estão aí) não tem contanto algum com os alunos na escola através das palavras que a escola exige que eles leiam. Você pode pensar nessa dicotomia como uma espécie de cultura do silêncio imposta aos estudantes. A leitura da escola mantém silêncio a respeito do mundo da experiência, e o mundo da experiência é silenciado sem seus textos críticos próprios (FREIRE, 1999, p. 22)

3.1.6 Pensar Certo

Pensar certo está no centro da pedagogia crítico-humanizadora de Freire, intimamente ligada à luta por um mundo com mais justiça, liberdade e igualdade. É o cultivo da humildade, do diálogo e do gosto pelo constante aprendizado, em comunhão e solidariedade com os outros. É, sobretudo, ter a capacidade de reconhecer os próprios equívocos e anunciar os aprendizados que são construídos nas relações com os outros e com o mundo (ZITKOSKI, 2019a).

Antunes (2019) refere que pensar certo é reconhecer que nosso conhecimento do mundo tem historicidade (a interpretação dos fatos muda ao longo do tempo). E se estivermos convictos das nossas certezas que isso não nos imobilize diante da chegada do novo. Pensar certo é uma exigência que o movimento de aprofundar o conhecimento faz, exige que aperfeiçoemos nossa curiosidade e que ela seja metodicamente rigorosa transitando de uma curiosidade ingênua para uma curiosidade epistemológica. Antunes (2019) reforça ainda que, pensar certo significa, por um lado, respeitar o saber de pura experiência, os saberes socialmente construídos na prática comunitária, e, por outro, estimular a curiosidade epistemológica, a pesquisa, o aprofundamento do conhecimento.

3.1.7 Práxis

Práxis pode ser entendida como uma estreita relação entre um modo de interpretar a realidade vivida e a conseqüente prática que decorre desta compreensão, conduzindo à ação transformadora. Se opõe às ideias de alienação e domesticação. Leva a um processo de atuação consciente que se encaminha para um discurso sobre a realidade a fim de modificá-la (ROSSATO, 2019). Vasconcelos e Brito (2006) consideram que a práxis é a reflexão do oprimido sobre seu mundo e a reação transformadora dele em relação à realidade existencial. Uma das condições necessárias para que haja práxis é a tomada de consciência da realidade por parte do indivíduo a fim de que ele possa refletir e questioná-la. Por meio deste processo seria possível identificar a presença do opressor/condições opressoras, tomar consciência de sua condição, despertar a capacidade de

reação/transformação e, por fim, incentivar a concretização desta ação transformadora.

3.1.8 Rigoriedade Metódica

A ideia de rigoriedade metódica preconizada por Freire se aproxima de seriedade e exigência em coexistência com a alegria e com a curiosidade. Para Streck (2019), o adjetivo “metódica” denota a insistência de Freire para que o sentido de ensinar não se esgote na abordagem de um conteúdo, mas se prolongue na preocupação com as condições de uma aprendizagem permanente. Antunes (2019), afirma que o rigor metódico em Freire tem o compromisso de ensinar a pesquisar, de ensinar a pensar certo em um processo no qual a interação entre educadores e educandos produza indivíduos criadores, instigadores, inquietos, curiosos, humildes e persistentes.

3.1.9 Ser mais

Ser mais é uma categoria freiriana que desponta como um conceito chave para compreender sua concepção de ser humano, ou seja, de um ser inacabado, cuja natureza é programada para ser mais e não determinada por estruturas ou princípios inatos. Nesta perspectiva, o ser humano é visto como alguém em permanente procura, desbravador e curiosamente engajado no conhecimento de si mesmo e do mundo (ZITKOSKI, 2019b). Vasconcelos e Brito (2006), entendem que ser mais é viver a busca contínua do aprimoramento individual mas necessário ao convívio coletivo.

3.1.10 Situações-limites

Situações-limites são compreendidas como barreiras que as pessoas encontram na sua caminhada e diante das quais podem assumir distintas atitudes, como a elas se adaptarem ou encará-las como obstáculos a serem vencidos (VASCONCELOS; BRITO, 2006). Osowski (2019) afirma que essas situações são permeadas por contradições e produzem uma certa imobilidade diante dos fatos, ou seja, a percepção de que são um fatalismo. Deste modo há a aceitação do que é imposto sem a consciência desta submissão porque as próprias situações-limites causam certa impotência diante dos acontecimentos. Não se percebe a possibilidade de rompimento com essas situações ou a busca por uma outra resposta. Por outro lado, se há o movimento na busca pela transposição dos obstáculos, os sujeitos realizam os atos-limites, que são respostas necessárias à superação. Quando isso acontece, há a possibilidade de criação de inéditos viáveis.

3.2 AUTONOMIA EM PAULO FREIRE

Antes de adentrar nas ideias fundantes de Paulo Freire acerca da autonomia, se faz necessário lembrar a ideia de educação concebida por ele. Sua concepção de educação está centrada no caráter inconcluso do ser humano: o homem não nasce homem, ele se torna homem pela educação. Por isso, educação é formação e esse processo perdura ao longo de toda vida. Sua formação é permanente: os homens são tão projetos quanto podem ter projetos para o mundo. Nesse pensamento, o homem é inacabado, possui consciência de seu inacabamento e isso é importante para que ele se torne autônomo (FREIRE, 2003).

A temática da autonomia tem em Paulo Freire um sentido sócio-político-pedagógico: autonomia é a condição sócio-histórica de um povo ou pessoa que tenha se libertado, se emancipado, das opressões que restringem ou anulam sua liberdade de determinação. Conquistar a própria autonomia implica na libertação das estruturas opressoras e considera que a essa condição não se chega por acaso, mas pela práxis de sua busca, pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela. Não há libertação que se faça com homens e mulheres passivos, é necessária a conscientização e intervenção no mundo. A autonomia, além da liberdade de pensar por si, além da capacidade de guiar-se por princípios consonantes com a própria razão, envolve a capacidade de realizar, o que exige um homem consciente e ativo (FREIRE, 1987).

Para Freire (2003), a promoção da autonomia deve estar fundada na ética, na esperança, na simplicidade, no humanismo, no respeito às diferenças e à própria autonomia do educando. A autonomia deve ser conquistada, construída a partir das decisões, das vivências, da própria liberdade, ou seja, embora seja um atributo humano essencial, ninguém é espontaneamente autônomo. A educação deve proporcionar contextos que sejam adequados para que os educandos possam se fazer autônomos. O fracasso educacional se deve, em particular, a métodos de ensino desconectados do contexto social e econômico do aluno, mantendo-se assim o *status quo*. Promover a autonomia de usuários e de educandos é fundamental para a modificação das práticas instituídas, pois sem isso as proposições de mudanças continuarão sendo pensadas e executadas sem a participação das pessoas que deveriam propô-las e idealizá-las.

No contexto de CAPs, em relação à questão de autonomia evidencia-se, hoje, que um grande desafio se encontra na articulação com outros serviços e setores. Este serviço deve ser lugar de referência e acolhida, onde os usuários identifiquem uma organização que possibilite a sustentação de sua existência pessoal e que os auxilie na criação de novas

formas de estar na sociedade (RIBEIRO, 2005). Aqui, Paulo Freire novamente contribui quando aponta que, muitas vezes, a produção de autonomia se contrapõem a tendência dos aparatos educacionais em controlar o pensar e a ação. Tal controle leva os indivíduos a ajustarem-se à realidade instituída, inibindo o poder de criar e de atuar, criando obstáculos na produção de sujeitos que tem poder de ação e de opção no mundo. Vale lembrar que, tanto a educação quanto o cuidado como práticas libertadoras, só serão possíveis exercitando nas pessoas a autonomia em contraponto a posições autoritárias.

Por fim, refletir acerca da Reforma Psiquiátrica implica em pensar diretamente no engajamento individual e no coletivo dos trabalhadores, das relações instituídas, do empréstimo de poder contratual, do exercício da empatia, da esperança transformadora que precisa estar viva nos trabalhadores e nos usuários. Desta forma, trazer esta discussão para dentro dos serviços substitutivos é de fundamental importância para que não se incida no risco de expandir serviços esvaziados, colocando para fora dos hospitais psiquiátricos, usuários sem liberdade (GUIMARÃES; VERAS; CARLI, 2018).

3.3 A TEORIA DO CONHECIMENTO FREIRIANA

Em um cenário de grandes ataques aos serviços públicos em que a educação e saúde estão sendo subfinanciadas (Emenda Constitucional nº 95), em que se testemunha o descrédito acerca da função social da produção científica, bem como do papel dos educadores e pesquisadores, Paulo Freire se apresenta como um intelectual fundamental. Sua teoria do conhecimento é um convite à reflexão sobre o papel da educação, não só a educação formal, mas a educação em todos os cantos, como um importante instrumento de transformação do mundo e como uma força democratizante (GADOTTI, 2019).

Para Gadotti (2019), o rigor na ciência também deve ser medido a partir de sua prioridade, ou seja, se ela atende ou não ao ser humano. O objetivo da ciência não deve ser o de atender as necessidades do capital somente (visão autoritária e enviesada da ciência), mas ele precisa construir-se a partir da necessidade das pessoas. A leitura do mundo deve ser para transformá-lo e não apenas para constatá-lo. Tanto a concepção de mundo quanto a concepção filosófica e pedagógica de Paulo Freire são o fundamento de suas práticas. As relações que existem entre curiosidade, criticidade, conectividade e policitividade fazem parte de sua filosofia de vida e de sua concepção de mundo. A partir de uma concepção antropológica (de ser humano e de mundo), Freire constrói a teoria do conhecimento, cujas principais ideias estão sintetizadas no quadro abaixo.

Quadro 3 – Teoria do Conhecimento Freiriana.

ANTROPOLOGIA	TEORIA DO CONHECIMENTO	PEDAGOGIA	MÉTODO
Ser humano: ser-no-mundo, do mundo, um ser curioso, programado para aprender .	Ler o mundo (estudo da realidade): todos podem aprender e ensinar.	Pedagogia, um guia na construção do sonho: um pé na utopia e outro no cotidiano .	Investigação temática: a partir da realidade vivida. Teorizar a prática é a melhor maneira de pensar certo.
Ser Inacabado (precisa aprender), incompleto (precisa do outro), inconcluso (precisa de sentido).	Compartilhar a leitura do mundo (critério de verdade/validade); o conhecimento, ato histórico e dialógico. Só é válido o conhecimento compartilhado.	A educação, ato dialógico, rigoroso, intuitivo, imaginativo, afetivo: politicidade, críticidade e conectividade.	Tematização: trabalho coletivo (professor e aluno); interpretação crítica da realidade, do mundo vivido.
Ser da Práxis: - social (agir comunicativo) e - produtiva (no trabalho e na cultura).	Reconstruir o mundo lido e compartilhado por meio de uma ciência aberta às necessidades das pessoas.	Educar é ler o mundo para poder transformá-lo; é impregnar de sentido cada ato da vida cotidiana; “educação como prática de liberdade”.	Problematização: superação da visão ingênua, por uma visão crítica do mundo. Críticidade na prática.

Fonte: GADOTTI, M. 2019.

A atualidade de Paulo Freire, na visão de Antunes (2019), se deve ao fato de que ele fez descobertas muito originais acerca do processo de aprender e ensinar, as quais se tornaram referência. Entre elas cita-se a ideia de que o ato educativo é um processo “do-discente”, ou seja, deve haver diálogo entre a docência e a discência e não apenas transmissão de conhecimento. As ideias e teses de Paulo Freire estão sendo incorporadas a outras ciências e artes: saúde, antropologia, artes, até porque o seu legado contribui para um humanismo radical: hoje não basta tolerar as diferenças, é preciso dialogar e conviver com elas. É preciso reconhecer o papel do feminismo, a importância das discussões de gênero, as questões étnicas raciais, enfim, os diferentes grupos e abordagens são processos de ler o mundo e de se fazer o mundo. Nesse cenário, as diferenças produzem novos saberes e fazem o processo civilizatório avançar.

Na visão de Gomez (2015), Paulo Freire continua sendo contemporâneo às ideias e lutas enfrentadas no âmbito das práticas educacionais. A contemporaneidade de Freire pode ser percebida também nos aspectos teórico-metodológicos do círculo de cultura, além das reflexões importantes sobre suas potencialidades para a pesquisa científica ao acolher os saberes populares.

4 PERCURSO METODOLÓGICO



Figura 4 - Ilustração percurso metodológico

“Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte, é um tempo de possibilidades e não de determinismos. Daí que insista tanto na problematização do futuro e não na sua inexorabilidade”. (FREIRE, P., 2003, p.53).

Aqui serão apresentados aspectos relativos ao método e expostos os passos seguidos na implementação desta pesquisa. Este capítulo inicia com uma breve apresentação do percurso e segue com a exposição do tipo de estudo, do cenário, dos participantes da pesquisa, das etapas seguidas na produção e na análise dos dados, além de informações acerca das dimensões éticas da pesquisa.

4.1 BREVE APRESENTAÇÃO DO PERCURSO

A construção do processo de produção dos dados é um momento que impulsiona a busca tanto pelo que já foi pesquisado e exposto em relação ao tema, quanto pela maneira como a produção dos dados já tenha sido feita em trabalhos anteriores. Desse modo, neste estudo, foi realizado uma busca, no Catálogo de teses e dissertações da Capes, por trabalhos que utilizaram o círculo de cultura como opção metodológica. Não foi algo sistematizado, mas teve o intuito de selecionar alguns estudos, sobretudo da área da saúde, a fim de compreender o modo como o círculo de cultura foi utilizado.

Verificou-se o emprego deste método de distintas maneiras, a depender dos objetivos, dos temas centrais e das populações estudadas. Foi possível perceber que, o que nunca deixou de ser respeitado, nos estudos, foram as fases do método: identificação dos Temas Geradores, Codificação/Decodificação e Desvelamento Crítico. Assim, do mesmo modo que o presente estudo, alguns trabalhos utilizaram entrevistas para identificar os temas geradores. Isso vai ao encontro do que afirma Brandão (1981), p.68:

Desde as primeiras ideias de Paulo Freire e sua equipe da Universidade Federal de Pernambuco, nada precisa ser rígido no método. Ele não se impõe sobre a realidade, sobre cada caso. Ele serve a cada situação. O mesmo trabalho coletivo de construir o método, a cada vez, deve ser também o trabalho de ajustar, inovar e criar a partir dele.

Aqui cabe uma consideração em relação à flexibilidade do método: Antunes (2019), afirma que o círculo de cultura tem uma relação muito estreita com a *rigoriedade metódica* e com o *pensar certo*, duas categorias freirianas. Streck (2019) explica que, para Paulo Freire, rigor é diferente de rigidez. Ele não concebe rigor sem criatividade, nem criatividade sem liberdade e, desse modo, estabelece uma relação direta entre rigor, liberdade e criatividade. O tipo de rigoriedade preconizada por Freire, entretanto, diz de

uma aproximação amorosa do objeto a ser compreendido, diferente de uma rigorosidade que transforma os meios em fim, o que se torna, por vezes, um obstáculo para a compreensão da realidade. Streck (2019, p.420) nos elucida ainda que:

Há o entendimento tácito de que a realidade é complexa e que a rigorosidade consiste na utilização de todos os instrumentos disponíveis para capacitar os sujeitos a mudá-la. Essas escolhas, no entanto, também não são aleatórias, elas estão fundadas em princípios éticos e em opções políticas que tem como horizonte o *ser mais*.

Posto isso, vale destacar a importância do processo de Qualificação na construção desta tese, no sentido de auxiliar imensamente a direção de algumas escolhas como, por exemplo, o tamanho da população estudada e a potência do círculo de cultura como instrumento que, por si só, seria capaz de dar conta da produção e análise dos dados.

Antes do início da primeira etapa foi realizada uma entrevista piloto, com uma trabalhadora que não fazia parte do grupo a ser pesquisado, para avaliar se as questões formuladas estavam compreensíveis e se não causavam dúvidas de interpretação. Avaliou-se também o tempo para o desenvolvimento da entrevista. Houve apenas uma sugestão na questão que abordava quais eram as dificuldades e potencialidades encontradas no âmbito dos CAPs relativas ao exercício da autonomia profissional. Foi sugerido que essa pergunta fosse desmembrada em duas questões: uma envolvendo as potencialidades e a outra envolvendo as dificuldades.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja preocupação não é com a generalização, mas com a compreensão abrangente e profunda dos resultados, participante e exploratória. A abordagem qualitativa é apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo e o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante. Nesta abordagem, pode haver uma variedade de métodos a fim de satisfazer os aspectos qualitativos dos dados encontrados. A forma como os dados são produzidos, ocorre por meio da comunicação entre os sujeitos pesquisados e o tratamento dos achados é feito pela interpretação (MINAYO, 2020; DEMO, 1988). Articula-se com questões de ordem subjetiva como sentimentos, emoções, comportamentos, reflexões e colocações pessoais, discussões e síntese resultante da produção coletiva (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Para Marconi e Lakatos (2003) que classificam a pesquisa participante como pesquisa exploratória, trata-se de um processo de investigação de pesquisa empírica, em que o objetivo se encontra na formulação de questões ou de um problema com três finalidades: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno e realizar pesquisas futuras mais precisas a fim de modificar e clarificar conceitos. Além disso, a pesquisa participante visa a proporcionar ao pesquisador uma forma de observação participante em que há contato direto com o objeto de estudo. A observação participante pode ser classificada como natural ou artificial: na primeira, o observador pertence à comunidade ou grupo que investiga e, na segunda, o ele integra-se ao grupo por um determinado tempo, com o objetivo de obter informações. No presente trabalho, a pesquisadora principal compôs, enquanto servidora, o cenário onde os dados foram produzidos, caracterizando uma observação participante natural.

A pesquisa participante foi criada por Bronislaw Malinowski quando ele decidiu conhecer os nativos das ilhas Trobriand e, para tanto, rompeu com a sociedade ocidental, montou sua tenda nas aldeias que desejava estudar, aprendeu suas línguas e observou sua vida cotidiana. Assim, a problemática da pesquisa foi construída em conjunto com os membros do grupo pesquisado (LE BORTEF, 1987). Nesse sentido, na pesquisa participante, há inserção do pesquisador no grupo, comunidade ou cultura que pretende compreender, mas também há a participação efetiva daqueles que serão pesquisados.

A pesquisa participante é definida por Brandão (1998, p.43) como sendo “a metodologia que procura incentivar o desenvolvimento autônomo (autoconfiante) a partir das bases e uma relativa independência do exterior”. Ela surge da necessidade de conhecer a realidade e de transformá-la positivamente. Nas palavras do autor é necessário superar a ideia de “conhecer para explicar” na intenção de “compreender para servir”. A pesquisa participante deve incidir tanto num sentido dialógico-construtivo da atividade da pesquisa quanto em uma ruptura epistemológica rumo à pluralidade dos saberes negados historicamente na construção do conhecimento científico.

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um CAPs ad, de um município de médio porte do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, e uma população estimada de 280 mil habitantes. O CAPs foi escolhido como cenário de pesquisa por se constituir em um serviço substitutivo na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. A escolha do cenário foi

intencional devido à experiência profissional da pesquisadora neste serviço.

O projeto do CAPs no qual a pesquisa se desenvolveu foi aprovado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2002 e suas atividades iniciaram-se em janeiro de 2003. A primeira equipe do CAPs foi constituída por trabalhadores que já dispunham de certa experiência em saúde mental, porém, esse conhecimento estava mais voltado para os transtornos mentais. O interesse relativo ao abuso de álcool e outras drogas se mostrava incipiente. Nesse sentido, junto com a instalação do CAPs, foi necessário promover qualificação dos profissionais dentro das diretrizes da Política Nacional de Álcool e outras Drogas. Isso se deu por meio de supervisões clínico-institucionais, grupos de estudo e cursos à distância, promovidos pelo Ministério da Saúde (MARINHO, 2016).

Mudanças mais significativas ocorreram no cenário municipal a partir de 2011, tendo em vista a Portaria nº 3088 que dispõe sobre a RAPS e daí por diante, pelo estudo e aprofundamento dos documentos do Ministério da Saúde, o que melhorou o entendimento dos trabalhadores sobre o papel do CAPs no contexto da Reforma Psiquiátrica. Contudo, a apropriação das políticas públicas para a Atenção Psicossocial se deu pela iniciativa de trabalhadores em buscar aprimoramento oferecidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), pelas supervisões clínico-institucionais, pelos cursos oferecidos pelo Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (CRR) da UFSM, bem como pela realização de grupos de estudo como ação de educação permanente (MARINHO, 2016).

O CAPs está localizado na zona urbana para facilitar o acesso aos moradores de todos os bairros, funciona dez horas por dia (das 08hs até às 18hs), com equipe multidisciplinar constituída, em sua maioria, por servidores estatutários do município. Os usuários podem ser referenciados ao CAPs pelos mais diferentes serviços, como conselho tutelar, pronto atendimento, hospitais, escolas, comunidades terapêuticas, entre outros, ou vir por demanda espontânea. A partir da chegada do usuário ao serviço, é realizado o acolhimento inicial, momento em que se verifica a demanda e se busca conhecer a história de vida dos usuários. Daí segue-se a construção do plano de tratamento singular (PTS).

O CAPs tem um coordenador e há, ainda, o coordenador da Atenção Psicossocial do município que gerencia a Política e realiza reuniões periódicas com os serviços. No CAPs acontecem reuniões de equipe semanais onde são discutidos os casos dos usuários, assuntos relativos ao funcionamento do serviço, demandas da gestão, demandas de rede, entre outros assuntos.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram os trabalhadores da saúde mental de um CAPs: um enfermeiro, duas psicólogas, uma médica, um assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma técnica de enfermagem, uma redutora de danos e um recepcionista, totalizando nove trabalhadores.

O critério de inclusão do estudo foi ser trabalhador de CAPs (estatutário, celetista ou do Consórcio Intermunicipal de Saúde). Como critério de exclusão, estar ausente do trabalho por qualquer motivo no período de coleta dos dados. Os servidores foram todos convidados, independente no nível de escolaridade, por meio da exposição do projeto em reunião de equipe.

4.5 PRODUÇÃO DOS DADOS

Os dados foram produzidos a partir dos seguintes instrumentos: entrevistas semiestruturadas e círculos de cultura. Silva Filho et al. (2016), afirmam que o círculo de cultura é a operacionalização mais metodológica do pensamento de Paulo Freire, o qual tem por finalidade ajudar as pessoas a compreender melhor a sua realidade por meio do diálogo e da troca de experiências. Esta estratégia, educativa por natureza, é utilizada por muitos como intervenção metodológica.

4.5.1 As entrevistas

Seguindo as etapas previstas no círculo de cultura foram realizadas entrevistas semiestruturadas (apêndice A), com nove trabalhadores, cujo tempo médio de duração foi de 30 minutos. Antes das entrevistas os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C) e o Termo de Confidencialidade (apêndice D).

As entrevistas semiestruturadas apresentam certo grau de estruturação, já que as pautas são ordenadas e devem manter uma relação entre si. O entrevistador realiza poucas perguntas diretas, permitindo que o entrevistado discorra livremente, somente intervindo quando este se afastar das pautas assinaladas (GIL, 2018).

Para este estudo, a entrevista teve por objetivo identificar os temas geradores. Elas foram audiogravadas, realizadas no próprio CAPs em horário combinado previamente com cada participante. Ao término das nove entrevistas as mesmas foram transcritas,

lidas e relidas. Destacaram-se as palavras e os termos-chave os quais foram aproximados em seus sentidos para compor os cinco grandes temas geradores. Durante as entrevistas realizaram-se anotações a respeito dos temas que despertavam maior emoção ou carga de sentimentos. Essas anotações também concorreram para organizar os temas geradores.

Aqui cabe esclarecer a concepção freiriana acerca dos temas geradores: eles não são, necessariamente, aqueles temas que se repetem com mais frequência no decorrer das entrevistas, mas sim, aqueles mais carregados de significados e sentidos (intensos). O tema gerador não se encontra nos homens isolados da realidade, nem na realidade separada dos homens. Ele só pode ser compreendido nas relações do homem com o mundo. Muitas vezes eles podem ser identificados nas *situações-limite* (FREIRE, 1987).

4.5.2 Os círculos de cultura

O círculo de cultura é um termo criado por Paulo Freire para caracterizar um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento. Os participantes se reúnem no processo de educação para investigar temas de interesse do próprio grupo. Representa uma situação-problema de situações reais, que leva à reflexão da própria realidade para, na sequência, decodificá-la e reconhecê-la (FREIRE, 2022).

Gomez (2015) destaca que o círculo de cultura se desenvolveu na trajetória de Freire, na década dos anos 1960. Decorreu do processo de alfabetização de adultos, iniciado no nordeste brasileiro, uma das regiões mais pobres do país. O círculo denota “redondeza” e indica a forma do espaço e a estratégia utilizada que permite a circulação dos seres, dos saberes e do sentir das pessoas. “Os círculos de cultura são precisamente isso: centros em que o povo discute os seus problemas, mas também em que se organizam e planificam ações concretas, de interesse coletivo” (FREIRE, 1980a, p. 28).

O círculo de cultura é um lugar e uma estratégia de aprendizagem em que um coordenador, também chamado por Paulo Freire de animador, se organiza em círculos com, no máximo, 25 pessoas. Os participantes empenham a linguagem, codificam e decodificam suas realidades para, a partir daí, escolher o tema gerador para o debate e novas construções. O animador não influi nem impõe, não exerce a função de professor ou detentor do saber: o diálogo é condição essencial de sua tarefa (GOMEZ, 2015).

Para Loureiro e Franco (2012), o círculo de cultura é um espaço educativo por onde transitam diferentes subjetividades e coexistem diferentes saberes, em que a experiência do diálogo se dá de modo coletivo e solidário em todos os momentos do processo, de tal sorte que, o conhecimento gerado seja resultante dessas situações. O

diálogo, entretanto, não se reduz a instrumento metodológico, mas é utilizado como forma de comunicação em que a questão da diferença do lugar de enunciação é superada pela ideia da diferença como qualidade, como qualificação, como potência de saberes que se entrelaçam no espaço de aprendizagens e facilitam a apropriação social do conhecimento.

No círculo de cultura o diálogo é entendido como “provocação”, intencionado como um movimento para frente, como antecipador do *inédito viável*, ou seja, aquilo que ainda não é vivido, mas é desejado e só será realizado pela práxis libertadora (FREIRE; JAIME, 2008). O diálogo é assumido também como um chamamento pela valorização da palavra e da escuta dos participantes, além de se constituir como provocador da ação pelas palavras que, transformadas pela criticidade dialógica e dialética, tornam-se palavra-ação, atividade humana de significação e de transformação (LOUREIRO; FRANCO, 2012).

O processo dialógico permite que, ao desvelar um tema, se rompa com sua aparência enganosa para apanhá-la em sua essência como um fenômeno inacabado existente na realidade concreta, assim como inacabado é o conhecimento parcial e incompleto que os constitui aprendentes do mundo e das relações que nele se estabelecem. Por envolver sujeitos políticos com interesses diversos que atuam no mesmo tempo/espaço, é um campo que se institui na dialética de posições diferentes, não antagônicas, que se interligam na reflexão coletiva de valores e ações comuns. Assim, no diálogo, surgem pontos de aproximação e de distanciamento e o conhecimento produzido pela ação dialógica necessita articular-se com os modos de superar as dificuldades e atingir as transformações (LOUREIRO; FRANCO, 2012).

Para Loureiro e Franco (2012), o círculo de cultura traz em seu bojo uma prática pedagógica revolucionária que converge para o desvelamento das intencionalidades atribuídas ao saber na problematização de suas finalidades. Uma de suas características é a reflexão contextualizada dos conteúdos sociais da educação no conjunto das estratégias de análise da realidade. Isso permite o encontro entre a vivência prática e a teoria, em que a intenção dada à direção pedagógica se materializa na concretização da teoria em vida. Como metodologia de pesquisa, o círculo de cultura gera o envolvimento dos implicados na realidade social pesquisada e os participantes se organizam em círculo, onde todos podem ou não falar (dar opiniões) sobre o tema em discussão. Ao final de cada um, realizam-se os encaminhamentos para novas ações (GOMEZ, 2015).

Em relação às dinâmicas dos círculos de cultura, no primeiro momento, ocorre a investigação dos temas geradores que são usados para incentivar o grupo a discutir e a debater. É um momento de descobertas, de investigação dos principais temas extraídos

do cotidiano dos participantes. É desta etapa que emergem os temas a serem problematizados (SILVA FILHO et al., 2016).

No segundo momento, ocorre a codificação e a decodificação dos temas geradores por meio do diálogo e os participantes vão tomando consciência da realidade vivida. Os temas são problematizados, contextualizados, substituídos por uma visão crítica e social do assunto discutido. Nesse momento, eles refletem e se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo (SILVA FILHO et al., 2016).

O terceiro momento, do desvelamento crítico, representa a compreensão da realidade em que os participantes começam a refletir sobre suas experiências e vidas, descobrem seus limites e suas possibilidades de mudança. É a etapa em que ocorre o processo ação-reflexão-ação e que ajuda as pessoas na compreensão dos temas, evidenciando um caminho para a superação dos obstáculos e contradições, bem como para o alcance de melhorias. No círculo de cultura, as ferramentas para a conquista de uma relação horizontal entre animador e participantes são amorosidade, afetividade, alegria, esperança, liberdade e ética (SILVA FILHO et al., 2016).

Os autores acima citados, fazem uma diferenciação entre círculo de cultura, arco de Maguerez, roda de conversa e grupo focal, destacando que, apesar de todas essas estratégias trazerem, epistemologicamente, elementos do pensamento freiriano, o círculo de cultura tem como característica diferencial, a transformação, que o enquadra como metodologia participativa, ou seja, é com o círculo de cultura que o compromisso social com a mudança da realidade fica mais evidente, muito além de ser um mecanismo de produção de dados para a pesquisa acadêmica.

Foram convidados três auxiliares de pesquisa, profissionais da saúde, que faziam parte da Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde. Para esta atividade, as auxiliares se inteiraram do projeto e receberam as orientações necessárias. Receberam o projeto impresso, com antecedência, para que pudessem se inteirar da proposta. Antes da realização de cada círculo foi combinado com as auxiliares as suas atribuições e cada uma recebeu uma pasta contendo as fases do círculo e o mesmo texto que foi entregue aos participantes e versava sobre o tema gerador e situações-limite, além de um bloco para que pudessem fazer suas observações.

4.5.2.1 Primeiro Círculo de Cultura: validação dos temas geradores

Uma vez identificados os temas geradores, o primeiro círculo foi organizado e teve por objetivo validar os temas geradores, ou seja, a partir de uma devolutiva aos

participantes acerca do que emergiu nas entrevistas, foram discutidos e debatidos os temas. Verificou-se se eram esses os assuntos que o grupo gostaria de aprofundar ou se haviam outros que poderiam ser acrescidos. Destaca-se que, para acompanhamento dos círculos construiu-se um roteiro (apêndice B).

Este círculo ocorreu após a reunião de equipe, no dia 13 de setembro de 2021 e teve a duração de uma hora e dezoito minutos. Contou com a participação de seis trabalhadores, uma vez que dois estavam em férias e um não pode estar presente em função do horário de trabalho. Quatro dias antes da realização do círculo foi elaborado um convite e entregue para cada um dos participantes, conforme segue.

Figura 5: Convite primeiro círculo de cultura


CONVITE

Você está sendo convidado a participar do **primeiro Círculo de Cultura**, atividade que faz parte da produção de dados do nosso trabalho (nosso, porque tem a contribuição de todos os trabalhadores deste serviço), cujo título é **“AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS”**. Esse trabalho constitui-se em um projeto de tese de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck).

É círculo porque entendemos que não há saberes maiores ou menores mas um exercício de trocas e construções. É de cultura porque representa o somatório das experiências, criações e recriações dos trabalhadores em seu espaço de hoje e de ontem, traduzindo-se por suas manifestações sobre e com o mundo.

Sendo assim, gostaria de contar com sua presença, no encontro que ocorrerá neste CAPs, no dia 13 de setembro, após a reunião de equipe. Teremos chá, café e um lanche para tornar este momento agradável e criativo para todos nós!

Lionara



Elaborado pela autora, 2021

A atividade foi realizada em uma sala de reuniões, com as cadeiras dispostas em forma de círculo. Foram utilizados dois gravadores de voz, considerando a possibilidade de que algum deles pudesse falhar: um gravador marca Sony e o gravador de um celular marca Samsung, ambos acoplados a um microfone.

Solicitou-se a permissão de todos para a que o encontro fosse gravado. As auxiliares de pesquisa contribuíram anotando suas percepções da atividade e, ao mesmo tempo, direcionando o microfone para o participante que utilizava a palavra. Ao final, uma mensagem foi entregue a cada participante em agradecimento pela participação.

Figura 6: Agradecimento

Agradecimento


Hoje é um momento especial e desafiador, um momento que demorou a chegar devido aos percalços do caminho, sobretudo quando, no meio do caminho, somos surpreendidos por uma pandemia.

Ao longo da construção deste projeto muitas adaptações precisaram ser feitas, sugestões de quem já teve essa experiência foram incorporadas, acrescentamos e retiramos textos, escritas, propostas, enfim, foi uma experiência enriquecedora que exigiu e está exigindo bastante reflexão, empatia e humildade.

Hoje, aqui nos encontramos, para realizar a primeira etapa do Círculo de Cultura e esse momento foi possível também em função da participação e colaboração de todos vocês. Cada um com sua experiência de trabalho, com suas vivências e com suas perspectivas de entender o assunto abordado contribuíram para a construção dos temas que hoje poderemos ou não validar. Sintam-se à vontade para concordar, discordar e sugerir, estamos em construção.

Agradeço a participação e contribuição de cada um!

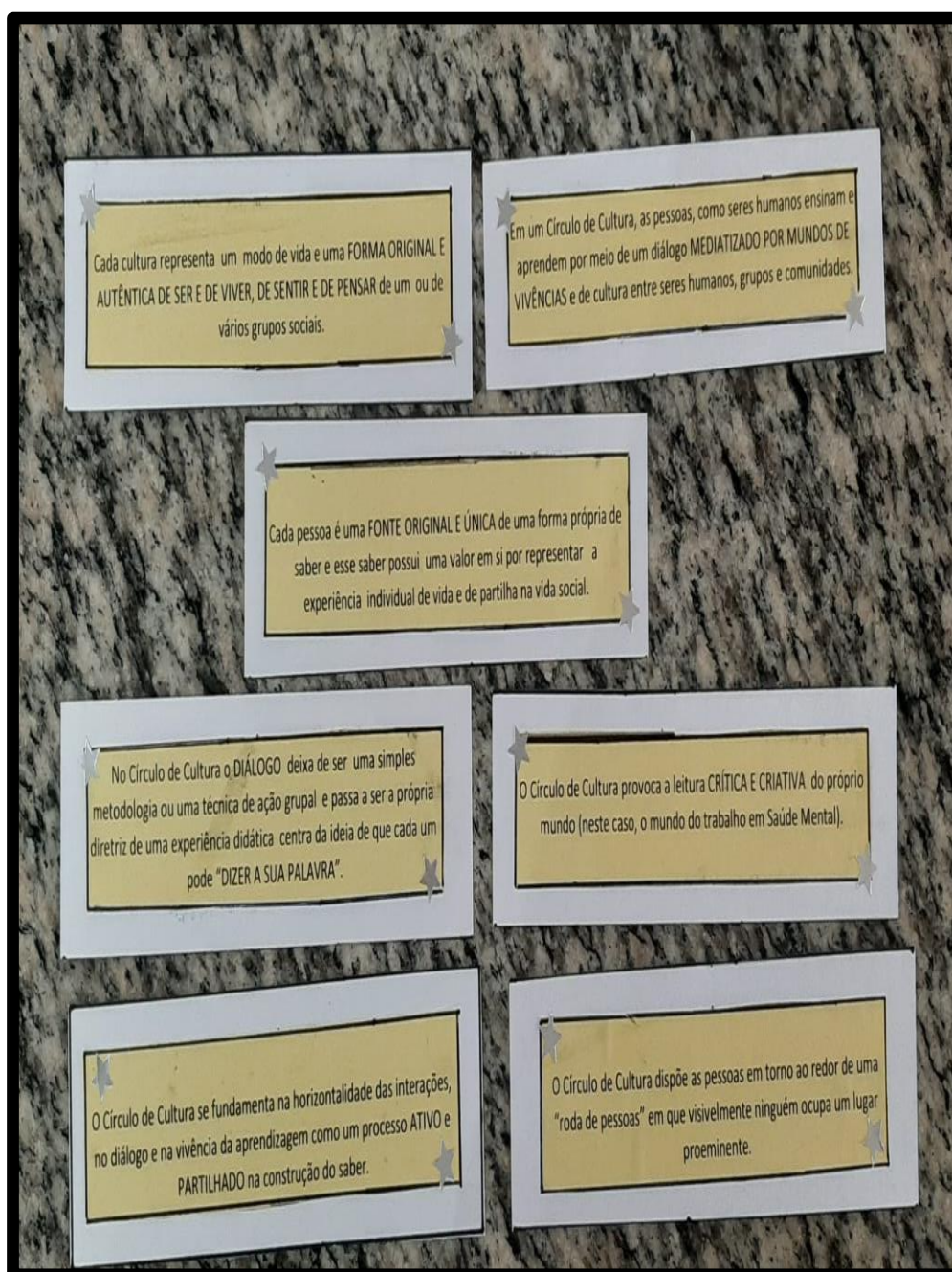
Com carinho, Lionara.
13 de setembro de 2021.



Elaborado pela autora, 2021.

Após a leitura da mensagem de agradecimento, cada participante recebeu um pequeno cartão, o qual denominamos “tirinhas”, as quais continham características do círculo de cultura. Isso funcionou também como um dinâmica quebra-gelo uma vez que cada um foi convidado a ler em voz alta a característica de sua tirinha e comentá-la, se assim desejasse. Destaquei que, se alguém tivesse alguma dúvida, poderia verbalizar. A imagem das tirinhas segue na figura abaixo.

Figura 7: Fotos das tirinhas/frases



Streck, D.R.; Redin, E.; Zitkoski, J.J., (2019) foi a fonte das frases, as quais estão descritas a seguir.

- Cada cultura representa um modo de vida e uma forma original e autêntica de ser e de viver, de sentir e de pensar de um ou de vários grupos sociais;
- Em um círculo de cultura, as pessoas, como seres humanos, ensinam e aprendem por meio de um diálogo mediatizado por mundos de vivências e de cultura entre seres humanos, grupos e comunidades;
- Cada pessoa é uma fonte original e única de uma forma própria de saber e esse saber possui um valor em si por representar a experiência individual de vida e de partilha na vida social;
- No círculo de cultura o diálogo deixa de ser uma simples metodologia ou uma técnica de ação grupal e passa a ser a própria diretriz de uma experiência didática centrada na ideia de que cada um pode “dizer a sua palavra”;
- O círculo de cultura provoca a leitura crítica e criativa do próprio mundo (neste caso, o mundo do trabalho em saúde mental);
- O círculo de cultura se fundamenta na horizontalidade das interações, no diálogo e na vivência da aprendizagem como um processo ativo e partilhado na construção do saber.
- O círculo de cultura dispõe as pessoas em torno ao redor de uma “roda de pessoas” em que visivelmente ninguém ocupa um lugar proeminente;

Logo que esta atividade foi encerrada um breve texto acerca do que seja um tema gerador e o que são as *situações-limites* foi entregue aos participantes. Esta ação teve por objetivo familiarizar o grupo com a ideia do que se entende por tema gerador sob o ponto de vista freiriano e também a relação do tema gerador com as *situações-limites* vivenciadas no cotidiano de trabalho do CAPs. A imagem e o conteúdo do texto seguem.

Figura 8: Tema Gerador. .

O QUE É UM TEMA GERADOR?

O nosso diálogo começa na busca de um conteúdo programático. Em torno do que vamos dialogar? O mundo em que vivemos mediatiza nosso diálogo. Esse mundo que impressiona, desafia a uns e a outros, originando visões ou pontos de vista sobre ele. Visões impregnadas de anseios, de dúvidas, de esperanças ou desesperanças que implicam temas significativos, à base dos quais se constituirá o que vamos chamar de “roteiro”.

É nesse cenário que buscamos, e isso foi feito por meio das entrevistas, o que chamamos de universo temático do grupo, ou, os seus **Temas Geradores**. Esses temas são geradores porque, qualquer que seja a natureza de sua compreensão, contém em si a possibilidade de desdobrar-se em outros temas.

Os temas geradores muitas vezes estão associados a situações-limites. Estas, são entendidas como barreiras que o ser humano encontra em sua caminhada, diante das quais pode assumir várias atitudes como, submeter-se a elas ou, então, vê-las como obstáculos que devem ser vencidos. Sendo assim, no encontro de hoje, vamos dialogar sobre esses temas.



Fonte: Freire, P. (1987).

Em prosseguimento, foi apresentado um cartaz, o qual continha um desenho que esquematizava as fases do círculo e objetivou situar o grupo em que etapa da pesquisa se encontravam. Este cartaz foi apresentado no início de todos os círculos.

Figura 9: Cartaz desenho das fases do Círculo de Cultura.



Elaborado pela autora, 2021.

Os temas geradores extraídos das entrevistas então foram expostos para os participantes por meio de um cartaz a fim de que eles pudessem refletir sobre os mesmos, aprova-los ou não. Os temas foram todos aprovados e nenhum mais foi acrescido uma vez que o entendimento do grupo foi que os temas elencados contemplavam suas

expectativas. Ao final do encontro os participantes escolheram dois temas a serem aprofundados no segundo círculo: Serviço público, Rede de atenção e Política Pública.

4.5.2.2 Segundo Círculo de Cultura: primeiro encontro da fase de decodificação

Este círculo ocorreu no dia 04 de outubro de 2021 e teve a duração de uma hora e quarenta e cinco minutos. Contou com a participação de nove trabalhadores, ou seja, três a mais que o encontro anterior. Esses trabalhadores foram esclarecidos acerca da etapa da pesquisa em que se encontrava o grupo e, do mesmo modo como ocorreu no primeiro encontro, foram informados o que era e de onde haviam sido originados os temas geradores. Foi apresentado novamente o desenho das fases do círculo e lembrado quais os temas iriam compor a discussão do círculo neste encontro.

A dinâmica adotada, considerando a presença de mais três trabalhadores, foi a leitura das tirinhas novamente, porém foram acrescentadas mais duas com frases de autoria de Paulo Freire: “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”. “Não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes”. À semelhança do encontro anterior, foi solicitado a cada um a leitura da tirinha, e, se desejassem, o comentário a respeito.

Vale lembrar que, alguns dias antes da realização deste segundo círculo, foi distribuído aos participantes, novamente, um convite, cuja imagem segue.

Figura 10: Convite do segundo Círculo de Cultura.

CONVITE

Você está sendo convidado a participar do segundo Círculo de Cultura, atividade que faz parte da produção de dados do trabalho que tem por tema **“AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS”**. Esse trabalho constitui-se em um projeto de tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM sob orientação da Prof^a Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck.

Neste segundo encontro, vamos conversar sobre os seguintes temas: Serviço Público e Rede de Atenção/ Política Pública. Esses temas foram escolhidos pelo grupo de participantes no primeiro Círculo que ocorreu dia 13/09/2021, e, nesse segundo encontro, iremos aprofundar um pouco mais.

Sua experiência e contribuição serão fundamentais para tornar esse momento um espaço rico em reflexões e trocas de conhecimentos. Por isso, contamos com sua presença no dia 04 de outubro, após a reunião de Equipe (10 horas). Não esqueçam que teremos lanche, chá e café para aquecer nossa conversa.

Lionara.



Elaborado pela autora, 2021.

Antes de iniciar as atividades do círculo as auxiliares de pesquisa realizaram a leitura da poesia de Cora Coralina “Assim eu vejo a vida”.

“A vida tem duas faces:
 Positiva e negativa
 O passado foi duro
 mas deixou o seu legado
 Saber viver é a grande sabedoria
 Que eu possa dignificar
 Minha condição de mulher,
 Aceitar suas limitações
 E me fazer pedra de segurança
 dos valores que vão desmoronando.
 Nasci em tempos rudes
 Aceitei contradições
 lutas e pedras
 como lições de vida
 e delas me sirvo
 Aprendi a viver”.

Após a leitura da poesia deu-se início ao diálogo ofertando-se duas possibilidades aos participantes: deixar livre para que o grupo gerasse espontaneamente o início do diálogo ou então, o animador do círculo poderia trazer alguns tópicos a partir do que já havia sido discutido previamente no encontro de validação dos temas. O grupo optou pela segunda possibilidade. Ao final deste encontro, os participantes escolheram os próximos temas a serem aprofundados no terceiro círculo: Trabalho em equipe e Encontros.

Após a leitura da poesia, deu-se início ao diálogo ofertando-se duas possibilidades aos participantes: deixar livre para que o grupo gerasse espontaneamente o início do diálogo ou então, o animador do Círculo poderia trazer alguns tópicos a partir do que já havia sido discutido previamente no encontro de validação dos temas. O grupo optou pela segunda possibilidade. Ao final deste encontro, os participantes escolheram os próximos temas a serem aprofundados no terceiro Círculo: Trabalho em equipe e Encontros.

4.5.2.3 Terceiro Círculo de Cultura: segundo encontro da fase de decodificação

Este Círculo aconteceu no dia 18 de outubro de 2021 e teve a duração de uma hora e dezessete minutos. Contou com a participação de sete trabalhadores. Uma trabalhadora havia se exonerado e a outra não pode estar presente em função da incompatibilidade de horário. Neste encontro, como todos já estavam familiarizados com a dinâmica da atividade, não foram necessários os esclarecimentos feitos nos outros dois

círculos. Apenas foi apresentado novamente o desenho do círculo para situá-los na fase em que se encontravam. Os temas geradores escolhidos no encontro anterior foram lembrados e logo em seguida foi lida uma poesia escolhida pelas auxiliares de pesquisa, de autoria de Carlos Drummond de Andrade: “José”.

E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
o povo sumiu,
a noite esfriou,
e agora, José?
e agora, você?
você que é sem nome,
que zomba dos outros,
você que faz versos,
que ama, protesta?
e agora, José?

Está sem mulher,
está sem discurso,
está sem carinho,
já não pode beber,
já não pode fumar,
cuspir já não pode,
a noite esfriou,
o dia não veio,
o bonde não veio,
o riso não veio,
não veio a utopia
e tudo acabou
e tudo fugiu
e tudo mofou,
e agora, José?

E agora, José?
Sua doce palavra,
seu instante de febre,
sua gula e jejum,
sua biblioteca,
sua lavra de ouro,
seu terno de vidro,
sua incoerência,
seu ódio — e agora?

Com a chave na mão
quer abrir a porta,

não existe porta;
quer morrer no mar,
mas o mar secou;
quer ir para Minas,
Minas não há mais.
José, e agora?

Se você gritasse,
se você gemesse,
se você tocasse
a valsa vienense,
se você dormisse,
se você cansasse,
se você morresse...
Mas você não morre,
você é duro, José!

Sozinho no escuro
qual bicho-do-mato,
sem teogonia,
sem parede nua
para se encostar,
sem cavalo preto
que fuja a galope,
você marcha, José!
José, para onde?

Neste terceiro círculo os seguintes temas foram trabalhados: trabalho em equipe: características da equipe, reuniões de equipe, comunicação/diálogo e resistência a mudanças e encontros potencialmente promotores de autonomia. A atividade foi iniciada, após a leitura da poesia, seguindo a mesma dinâmica do encontro anterior, e, nesta mesma direção, alguns dias antes foi distribuído um convite para reforçar a importância da participação dos trabalhadores, o qual segue abaixo.

Figura 11: Convite terceiro círculo de cultura.


CONVITE

Mais uma vez, você está sendo convidado a participar do terceiro Círculo de Cultura, atividade que faz parte da produção de dados do trabalho “AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS.

Neste terceiro encontro, vamos conversar sobre os seguintes temas: Trabalho em equipe e Encontros. Esses temas foram escolhidos pelo grupo no segundo Círculo que ocorreu no dia 04/10/2021, e assim, sobre eles, conversaremos um pouco mais.

Sua experiência e contribuição são sempre muito importantes para dar significado e sentido a este momento de trocas. Por isso, contamos com sua presença no dia 18 de outubro, após a reunião de equipe (10 horas). Como de costume teremos lanche, chá e café para aquecer nossa conversa.

Lionara.



Elaborado pela autora, 2021.

4.5.2.4 Quarto Círculo de Cultura: terceiro encontro da fase de decodificação

O quarto círculo teve duração de uma hora e dezesseis minutos, contou com a presença de sete trabalhadores e ocorreu no dia 25 de outubro de 2021. Neste último encontro da fase de decodificação foi trabalhado o tema: liberdade, conhecimento e educação permanente. Como no terceiro círculo, os participantes optaram, como estratégia disparadora, a dinâmica de lembrar os tópicos importantes contidos no primeiro círculo de cultura, em que houve a validação dos temas. Foi apresentado novamente o

desenho esquemático do círculo, a fim de lembrá-los da fase em que se encontravam .
Para dar início aos trabalhos foi lida uma poesia de Fábio George Oliveira: “Este sou eu”.

Este sou eu:
Verdadeiro, humilde, trabalhador,
Da falsidade e da mentira tenho pavor
E de tudo que é sagrado tenho apreço
Este sou eu:
Poeta, cantor e compositor
Que escreve sobre tudo com primor
E seu amor por tudo e todos não tem preço
Este sou eu:
Que igual a todo ser vivente, tem defeitos
E embora diz o ditado que ninguém é perfeito
Creio em Deus que nas pessoas há a igualdade
Este sou eu:
Maduro, consciente, homem feito,
E apesar de ser adulto de respeito,
Sinto-me um menino em plena alacridade
Este sou eu:
Às vezes triste, magoado, impertinente
E se há algo que me deixa descontente
É a negatividade que suga minha euforia
Este sou eu:
Religioso, em Deus, deveras crente
E o que me move a ser um ser benevolente
É o Santo Espírito repleto de paz e honraria
Este sou eu:
Apaixonado pelo bem viver e a natureza
E o que me faz ver as coisas com mais clareza
É o que vivo, faço e adoro junto aos meus
Este sou eu:
Eterno aprendiz da vida em sua infinda beleza
E que de tudo, tem a mais plena certeza:
É grato sempre ao nosso Divino Deus.

Alguns dias antes do encontro foram distribuídos convites aos participantes, como estratégia para lembrá-los da atividade. Em função de que cada círculo acontecia na segunda-feira, os convites eram entregues na sexta-feira anterior aos encontros. Segue a imagem do convite.


Figura 12: convite para o quarto círculo de cultura

CONVITE

Então, chegamos ao final da segunda fase da produção de dados do trabalho “**AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS**”, a fase da Decodificação. Neste quarto Círculo de Cultura trabalharemos o seguintes tema: Liberdade e Conhecimento.

Mais uma vez reforçamos o fato de que sua **participação e contribuições** por meio das **experiências vividas** são muito importantes para tornar essa experiência mais rica e produtiva para todos. Sendo assim, contamos com sua presença no dia 25 de outubro, após a reunião de equipe (10 horas).

Lionara



Elaborado pela autora, 2021.

4.5.2.5 Quinto Círculo de Cultura: primeiro encontro da fase do desvelamento crítico

O quinto círculo aconteceu no dia 02 de maio de 2022, contou com a participação de seis trabalhadores (as) e teve a duração de uma hora e vinte e oito minutos. Neste encontro foram lembradas as etapas anteriores dos círculos: a investigação temática e a codificação/decodificação. Foi exposto que, neste encontro se iniciaria então a terceira fase, ou seja, o desvelamento crítico. Entendeu-se que seria importante um breve esclarecimento acerca do propósito desta fase: a busca pela reflexão-ação no intuito de

auxiliar a encontrar um caminho para superação dos obstáculos e contradições bem como para o alcance de melhorias. Buscou-se aqui um olhar mais aprofundado sobre a realidade e as possibilidades de atuação sobre os problemas identificados a fim de solucioná-los.

Nesse sentido, com o objetivo de estimular os participantes a pensar sobre o que o que já se havia produzido e refletido, e, ao mesmo tempo, devolver essa produção de um modo que fosse possível provocar proposições de solução, elaborou-se um roteiro de perguntas acerca do conteúdo de cada tema gerador. Antes de iniciar a atividade, foi lido um pequeno fragmento do livro de Cortella e Casadei (2011, p.08):

Por que é importante perguntar?

(...) Perguntar é aceitar que não se sabe ainda alguma coisa, e com essa atitude, mostrar que se quer saber, em vez de fingir que já se sabe. Perguntar é a ponte que nos põe em contato com o novo, no lugar de ficarmos apenas repetindo o antigo. Perguntar nos leva até um território inédito a ser explorado, ou seja, a pergunta nos leva a terras desconhecidas e, quando temos as respostas, ficamos mais cientes do local em que estamos. As respostas para alcançar curas de doenças trazer ao mundo invenções e resolver problemas vieram das perguntas e é desse modo que se criam novas soluções.

Na semana anterior à data prevista para a realização deste Círculo foi entregue aos participantes um convite, cujo modelo segue abaixo.

Figura 13: Convite quinto círculo de cultura


CONVITE

Depois de um tempo mais longo você está sendo convidado a participar do quinto **Círculo de Cultura**, atividade que faz parte da produção de dados do trabalho

“AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS”.

Este quinto encontro é a fase do **Desvelamento Crítico**, momento em que vamos conversar sobre os temas discutidos nos encontros anteriores observando a realidade e desvelando as possibilidades. Sua experiência e contribuição são de fundamental importância na construção deste momento. **Por isso, contamos com sua presença no dia 02 de maio, após a reunião de equipe (9h 30 min).** Teremos lanche, chá e café para aconchegar nossa conversa.

Lionara



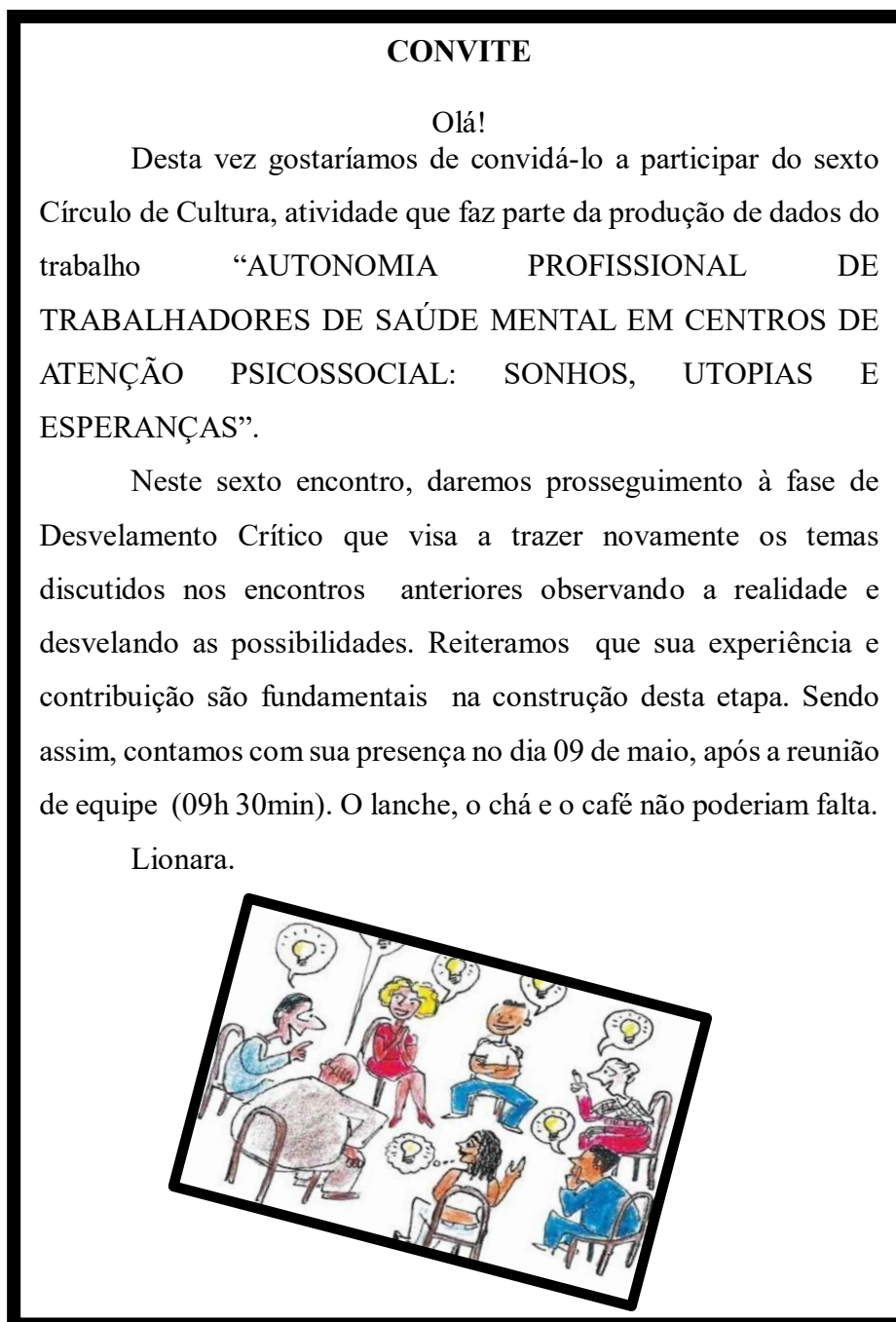
Elaborado pela autora, 2022.

4.5.2.6 Sexto Círculo de Cultura: segundo encontro da fase do Desvelamento Crítico

O sexto círculo aconteceu no dia 09 de maio de 2022, com a participação de seis trabalhadores (as) e teve a duração de uma hora e cinquenta minutos. Este encontro seguiu os mesmos passos do primeiro encontro da fase de desvelamento crítico, inclusive com leitura do mesmo texto de Cortella e Casadei (2011). No início da atividade foi entregue aos participantes o roteiro de perguntas, ao mesmo tempo em que o animador fazia a leitura de cada uma. Foram desvelados, nesta etapa, os temas restantes.

Alguns dias antes da data prevista para a realização deste círculo foi entregue aos trabalhadores um convite, cujo modelo segue abaixo.

Figura 14: Convite para o sexto círculo de cultura

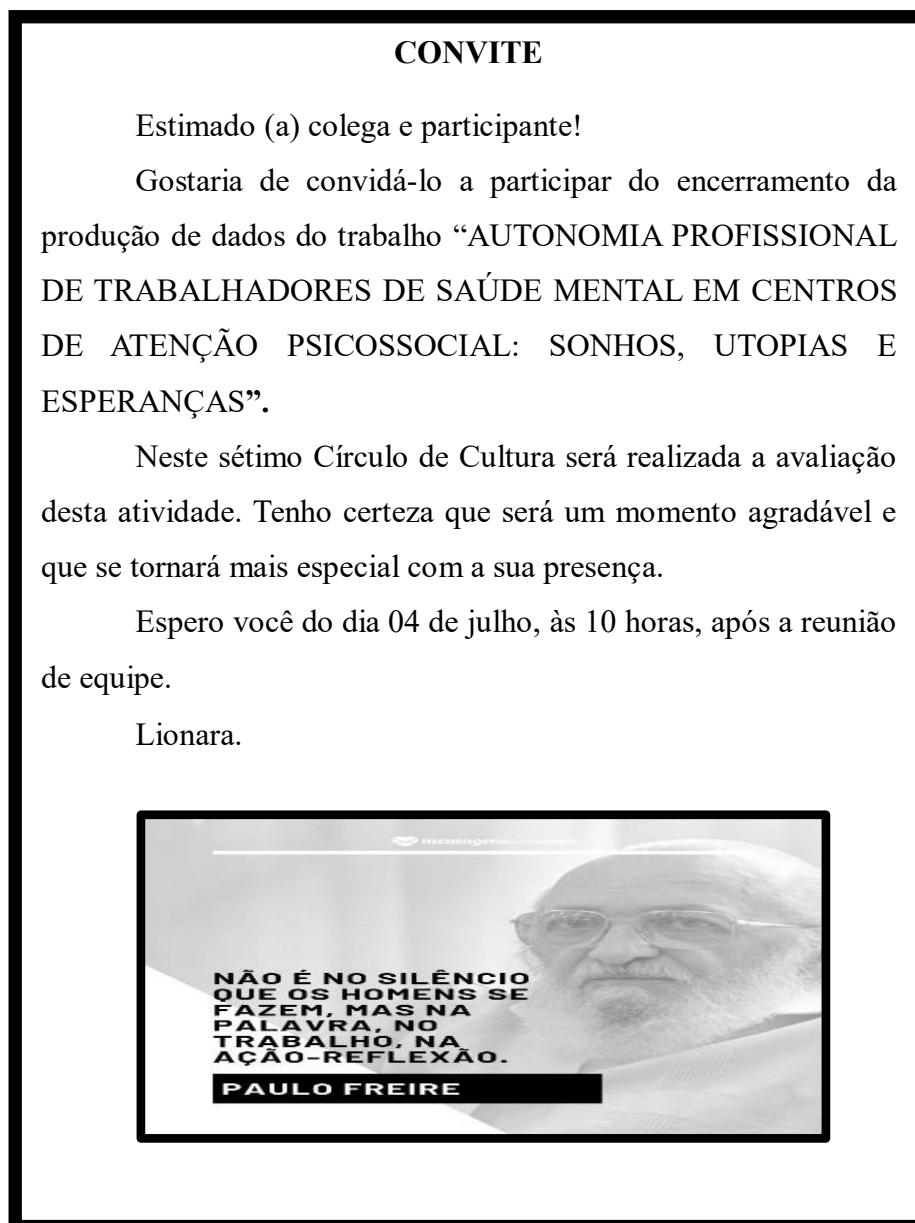


Elaborado pela autora, 2022.

4.5.2.7 Sétimo Círculo de Cultura: encerramento.

No dia 04 de julho de 2022 foi realizado então o encerramento dos círculos momento que contou com a presença dos seis participantes, porém, somaram-se ao grupo, como observadoras, uma nova servidora, psicóloga e duas residentes. Para a realização deste encontro foi distribuído, na semana anterior, um convite, cujo modelo segue abaixo.

Figura 15: Convite sétimo círculo de cultura



Elaborado pela autora, 2022.

Uma vez iniciado o encontro, foi explicado aos participantes como transcorreria a avaliação. Em um primeiro momento foi aberto um espaço de fala, em que os presentes puderam relatar suas impressões acerca de todo o processo da produção dos dados. Em um segundo momento foi entregue uma primeira avaliação que visava a abarcar as impressões dos participantes (apêndice F). Em um terceiro momento foi entregue aos participantes uma ficha que tinha por objetivo avaliar aspectos da organização estrutural dos círculos. Esta ficha não era fechada, ou seja, havia espaço para o grupo colocar algum aspecto a mais se assim achasse necessário (apêndice G). Por fim, foi entregue um mimo a cada participante, bem como uma mensagem final de agradecimento, reflexão e inspiração (Figura 19).

Figura 16: Sala em que foi realizada o encontro de encerramento.



Figura 17: Cantinho do lanche



Figura 18: Mimos entregues aos participantes.



Figura 19: Reconhecimento e utopias.

7º Círculo de Cultura

RECONHECIMENTO e UTOPIAS

O termo “reconhecimento” tem muitos significados e falar de reconhecimento, significa falar de vínculos. E falar de vínculos significa falar de pessoas. E falar de pessoas significa falar de relações. Nessa teia, muitas vezes, podemos reconhecer a nós próprios em e por tudo aquilo que já construímos de bom; podemos reconhecer o outro como alguém diferente de nós, com ideias e valores distintos; e podemos reconhecer o outro, numa expressão de consideração e gratidão.

Paulo Freire, considerando o fato de que o homem é um ser inacabado, em constante aprimoramento, afirmou que são nas buscas feitas com os outros, nas práticas de ação-reflexão, transcendendo as dimensões de espaço e tempo, que os Homens acabam dando sentido a tudo, e, assim, configurando sua existência no mundo.

Nesse sentido, na correria do dia a dia, entre conversas de descontração e momentos de estresse, por vezes, nos escapa a intuição de dizer o quanto cada servidor é importante, tanto pela pessoa que cada um é, quanto pelo papel que desempenha como trabalhador de saúde mental.

Ao findar esta jornada gostaria de externar a minha gratidão pela participação e o meu reconhecimento pela importância do trabalho desenvolvido por esta equipe que compôs o grupo participante dos Círculos de Cultura ao longo destes meses.

Sigamos com nossas utopias, afinal são elas que nos movem. E quanto a realização dessas utopias Freire, afetuosamente garante: “Há uma esperança, não importa que nem sempre audaz, nas esquinas, nas ruas, no corpo de cada um e de cada uma de nós”. Muito Obrigada!

Lionara

Julho/2022

4.6 CUIDADOS FRENTE À PANDEMIA

Após o aceite do serviço para a realização da pesquisa, a pesquisadora pactuou as datas para a realização da produção de dados, que se deu a partir das entrevistas semiestruturadas e dos círculos de cultura. As entrevistas obedeceram aos seguintes cuidados: foram realizadas no CAPs, em sala previamente higienizada e com cadeiras com distanciamento adequado entre os participantes; o gravador utilizado foi higienizado adequadamente com álcool em gel; os participantes da entrevista utilizaram máscara descartável fornecida pela pesquisadora. Para realização dos círculos de cultura (presenciais), foram assegurados todos os cuidados apresentados anteriormente.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para Freire (1984), quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre os desafios identificados e procurar soluções para transformá-la. A fim de operacionalizar o círculo de cultura, ele propõe três momentos, descritos na figura 20:

Figura 20 - Esquema do Círculo de Cultura de Paulo Freire.



Fonte: Heidemann, Wosny e Boehs (2014) in Silva Filho et al. (2016)

O Círculo de Cultura traz em seu próprio desenvolvimento, a análise de dados, ou seja, a identificação dos temas geradores, a codificação/decodificação e o desvelamento crítico. No caso em tela, os temas geradores foram identificados por meio das entrevistas semiestruturadas considerando a frequência e intensidade com que apareceram. Estas, consoante Gil (2018), apresentam certo grau de estruturação, já que as pautas são ordenadas e devem manter uma relação entre si. A entrevistadora realizou poucas perguntas, permitindo que o entrevistado discorresse livremente, somente intervindo quando ocorria afastamento do tema. Para este estudo, a entrevista teve por objetivo favorecer a captação dos dados individuais com o intuito de somar aos dados coletivos.

Dessa forma foi feita a transcrição das entrevistas e em seguida a imersão nesses dados por meio de leituras e releituras do texto transcrito, a fim de proporcionar uma familiarização com o conteúdo. Foram identificados os temas a partir da leitura e das observações anotadas durante a entrevista individual. Esses temas foram os seguintes: serviço público, burocracia, hierarquia, gestão, trabalho em equipe, reuniões de equipe, comunicação, diálogo, resistência a mudanças, rede de atenção, reuniões de rede, conferências de saúde, política pública, liberdade, conhecimento e educação permanente. Vale lembrar que, estes temas tiveram relação direta com a ideia de autonomia verbalizada pelos participantes.

Logo se seguiu a etapa da codificação, em que foram feitas novamente leituras e releituras, a fim de estabelecer uma aproximação entre os temas citados para compor os grandes temas geradores e facilitar a operacionalização dos círculos. Nesse sentido, os temas foram agrupados por afinidade, da seguinte forma: Serviço Público e suas interfaces com a burocracia, a hierarquia e a gestão; Trabalho em Equipe: características da equipe, reuniões de equipe, comunicação/diálogo e resistência a mudanças; Rede de atenção e política pública (entendendo que a rede decorre da política pública); Encontros potencialmente produtores de autonomia (tema que buscou abarcar as reuniões de rede, reuniões com a gestão e as conferências de saúde); Liberdade e, conhecimento, no entendimento de que o conhecimento e a liberdade estiveram intimamente relacionados à ideia de autonomia. O este último tema foi agregado a educação permanente, pela compreensão de que esta atividade é potencial produtora de conhecimentos.

A etapa da decodificação aconteceu no segundo, terceiro e quarto círculos de cultura, momento em que se aprofundaram os temas a partir do diálogo e das partilhas estabelecidas entre os participantes. Estes círculos foram transcritos, lidos e relidos a fim

de identificar as *situações-limites* e, assim, produzir-se questionamentos e perguntas.

A etapa do desvelamento crítico ocorreu no quinto e sexto círculos de cultura e se deu a partir da organização/construção das perguntas (produzidas a partir da etapa de decodificação) bem como da devolutiva destas perguntas aos participantes a fim de desafiar-los/provocá-los a identificar caminhos e soluções possíveis, enfim, ações que pudessem levar a alternativas viáveis ou ao *inédito viável*. O sétimo círculo de cultura se destinou a avaliar todo o percurso metodológico junto aos participantes.

4.8 DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA

Nesta pesquisa, em todas as suas etapas, assumiu-se 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, 2012a). Também foi respeitada a Resolução Nº 580/2018 que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) são contempladas em Resolução específica (BRASIL, 2018b).

A fim de 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) do município, ao qual o CAPs está vinculado.

Após receber a autorização formal do NEPeS, o projeto foi registrado no Portal de Projetos via sistema SIE web e, a seguir, foi encaminhado ao Gabinete de Projetos (GAP) e ao Departamento a que se vincula no Centro de Ciências da Saúde (CCS). Em sequência, 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.

A produção dos dados iniciou após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da UFSM. No que tange ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) ele foi elaborado e assinado em duas vias (para participante e para pesquisadoras). Além do TLCE, as pesquisadoras assumiram o compromisso ético por escrito por meio de assinatura do Termo de Confidencialidade (TC).

A fim de garantir o sigilo e a confidencialidade dos participantes, foram tomados alguns cuidados. Para a exposição de suas falas, foram atribuídos códigos com a letra P (de participante) seguida de um número arábico que indicam a ordem em que as entrevistas foram realizadas (P1, P2, P3, e assim por diante até P9).

Todos os participantes foram esclarecidos que terão acesso às pesquisadoras responsáveis qualquer etapa, para esclarecimento de dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento da participação na pesquisa, respeitando a sua autonomia.

Também serão informados em relação à ausência de despesas ou compensações financeiras pela participação na pesquisa. As despesas previstas no orçamento desse projeto serão assumidas pelas pesquisadoras.

No que se refere aos riscos, não estiveram, os participantes, vinculados a riscos diretos, contudo poderia ocorrer algum desconforto por parte do trabalhador. Caso isso acontecesse, o encontro poderia ser encerrado, as angustias seriam acolhidas pelos pesquisadores e a continuidade da entrevista/encontro se daria em outro momento.

Quanto aos benefícios deste estudo, entende-se que estão na possibilidade de fortalecimento das equipes e de suas práticas no atendimento aos usuários com necessidades de atenção psicossocial, no avivamento da autonomia profissional dos trabalhadores e no aprimoramento do conhecimento científico.

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 1336, do prédio 26, no Centro de Ciências da Saúde 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 para a formação de um banco de dados. O compromisso ético, político e social das pesquisadoras na devolução dos resultados ocorreu 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 envolvidas na produção de autonomia profissional que poderão ser planejadas junto aos próprios participantes.

5 RESULTADOS



Figura 21: Ilustração resultados.

"A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca" (FREIRE, P., 2003, p. 142).

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos a partir da realização dos círculos. Vale lembrar que, a primeira etapa do círculo de cultura, em que foram identificados os temas geradores, aconteceu por meio de entrevista semiestruturada. Após isso, foram realizados três círculos para aprofundamento dos temas (fase de decodificação) e, logo, foram realizados mais dois círculos correspondentes à fase do desvelamento crítico. Sendo assim, aqui serão expostos os resultados obtidos na fase de decodificação e de desvelamento crítico.

Com relação a caracterização dos participantes, as idades evidenciaram uma faixa etária entre 30 e 69 anos, destes, além dos extremos, três participantes estavam na faixa compreendida entre 40 e 49 anos e quatro participantes apresentaram idade na faixa compreendida entre 50 e 59 anos.

Em relação à escolaridade, dois possuíam ensino médio completo com cursos técnicos e os demais todos tinham curso superior. Entre estes, dois com cursos de graduação, quatro com especialização e um com especialização e mestrado.

O tempo de atuação na área de saúde mental ficou compreendido entre 2,3 anos e 34 anos. Destes, dois participantes atuavam há menos de 3 anos em saúde mental; um há 06 anos; um há 11 anos; dois há 16 anos; dois, há 20 anos e um há 34 anos.

O tempo de atuação no CAPs ficou compreendido entre 1,8 anos e 21 anos. Destes, dois atuavam há menos de 3 anos; dois há 5 anos; um há 11 anos; um há 14 anos; um há 16 anos e dois há 21 anos.

Em resposta ao questionamento que envolvia os motivos pelos quais os trabalhadores estavam atuando em saúde mental, basicamente duas circunstâncias apareceram: cinco participantes foram alocados pela gestão, seja a partir do ingresso diretamente por concurso ou por deslocamento de outros serviços; quatro participantes trabalham com saúde mental por escolha própria, por afinidade com a área. Isso, porém, não significa que os participantes que foram alocados pela gestão não tenham afinidade pela área. A alocação, muitas vezes, se destina à complementação das equipes, a fim de atender a Portaria 336/2002. Assim, embora não conhecessem, de antemão, o trabalho nesta área, referiram que foram se conectando e desenvolvendo afinidade pelo trabalho com o transcorrer no tempo.

A seguir, serão apresentados os cinco temas geradores produzidos pelos trabalhadores a partir das entrevistas, assim como seu aprofundamento nos círculos.

5.1 Tema Gerador 1: Serviço Público e suas interfaces com a burocracia, a hierarquia e a gestão

O tema gerador “Serviço Público” emergiu nas entrevistas e foi aprofundado tendo em vista sua relação com o exercício da autonomia profissional pelo trabalhador no CAPs. Como a burocracia e a hierarquia são aspectos inerentes ao serviço público e apareceram com frequência e intensidade nas falas dos participantes, eles foram agrupados, como subtemas, ao tema gerador. Foi associado a estes, o subtema “gestão” por entender-se que ele tem estreita relação com a dinâmica a que o serviço público está submetido.

5.1.1 Fase da Decodificação

É consenso para os participantes que, ser servidor público, interfere bastante na autonomia, desde não ter autonomia até ter uma autonomia relativa. Este tema também pode ser analisado em duas perspectivas: a primeira, em um âmbito maior, ou seja, em uma relação hierárquica com os demais níveis da administração pública; a segunda, em uma esfera de núcleo profissional, no qual acontece a relação direta com o usuário.

A seguir estão transcritos fragmentos dos círculos de cultura os quais relatam o pensamento dos participantes acerca, respectivamente, do serviço público, da hierarquia, da burocracia e da gestão.

Serviço público:

P1. Primeiro a gente precisa entender o que é serviço público. Se eu souber o que é o serviço público eu vou trilhar uma linha. Fora disso não adianta estar discutindo. Então, o que é serviço público? Todos que trabalham no serviço público sabem o que é? Talvez não. Não adianta eu querer mudar o serviço e ir contra o que nos rege, não vai dar certo. E a gente pode até estar cometendo algo que para o serviço público é ilegal, às vezes.

P1: Eu acho que a gente não tem autonomia no serviço público. Nós não somos livres no serviço público. Nós somos limitados àquilo que nos rege a administração. O problema é que as pessoas não sabem disso. E aí trazem as suas concepções para dentro. Então eu acho que primeiro é saber o que é serviço público. E as pessoas não sabem. Às vezes elas tem experiência fora, celetista ou outros serviços passados e trazem isso. Então eu acho que passa por essa premissa.

P5: No dia-a-dia lá, eu como (profissão) lá, nos meus atendimentos eu tenho uma maior autonomia do que no amplo né?

P5: (...) outra coisa: não é todo mundo que tem o perfil para trabalhar no serviço público e trabalha como servidor público. E o serviço público tem que abraçar né, passou no concurso.

P9: Um nó muito grande que existe, e eu acho que é na esfera municipal, até porque a gente tem mais experiência na esfera municipal, alguns órgãos federais eu acredito que não aconteça, até pelo que eu ouço falar em algumas instituições. Mas na municipal é a troca de governo e o planejamento. Acho que falta o planejamento e o seguimento. A institucionalização das coisas. As coisas que as pessoas criaram e que outras gestões entraram e aquilo não teve mais seguimento.

Burocracia:

P2: Eu que vim do setor privado, eu falei isso na entrevista. Eu estranhei muito o excesso de burocracia no serviço público. Nossa! Porque no privado eu não era empregada, eu era autônoma, então precisava fazer alguma coisa eu corria atrás, tentava fazer e pôr em prática aquilo. No serviço público tu corre atrás e muitas vezes tu é barrado em função da hierarquia. Tu é barrado e muitas vezes tu não consegue fazer o que tu quer fazer. Então eu estranhei bastante!

P1: Mas como eu falava na entrevista, não há, na minha visão como fugir, infelizmente. O serviço público, ele tem essa hierarquia, essa burocracia. No momento que tu quiseres sair disso tu vai estar cometendo atos ilegais aí tu vais precisar de paciência e de resiliência.

P2: E a burocracia, queira ou não queira, ela serve para isso. Claro que tem, guardadas as devidas proporções. Eu acho que tem que ser na medida certa, burocracia demais trava, mas de menos também torna mais bagunçado, traz mais inseguranças para o servidor. Por exemplo, tu recebeu uma ordem do teu superior só de boca é uma coisa, tu receber por escrito, via memorando é outra coisa. Então a burocracia ela serve, ela se presta para dar essa segurança, tanto para o servidor quanto para o serviço. Só não dá para abolir toda e qualquer burocracia não. O serviço público é embasado na burocracia também.

P2: Mas eu acho que podia, vamos dizer assim, tornar mais eficiente, menos burocracia e aí também a questão da maior qualificação do gestor. Se ele tiver um maior conhecimento do trabalho, eu acho que melhoraria bastante.

P8: Precisa ter hierarquia, precisa ter burocracia, o problema é que as coisas não se adaptam com o tempo. Tem coisas que estão escritas e não saem do papel né? Eu acho que o grande problema da parte burocrática é a adaptação ao movimento que acontece diariamente e não tem essa adaptação. As pessoas ficam apegadas lá atrás e não se renovam. A burocracia ela não se renova.

P5: (...) repetir rotinas simplesmente, pode levar à acomodação. Não é geral, mas às vezes acontece em função da desmotivação que se tem em relação às rotinas.

P2: E mesmo fazendo o prontuário físico, fazendo o prontuário eletrônico, depois tem que inserir a produção da RAAS (Registo da Ações Ambulatoriais em Saúde).

Hierarquia:

P1: Porque é aquilo, se você recebeu uma ordem de um nível superior, tem que cumprir, agora eu não sou obrigada a cumprir se essa ordem é manifestadamente

ilegal aí eu não sou obrigada a cumprir. Mas se tem uma ordem que é legal, eu tenho que cumprir.

P2: Mas aí também tem que ver se a ordem não fere a ética profissional. Tem questões éticas também.

P3: Horizontalidade, isso é uma questão que eu acho que evita um querer prejudicar o outro. Porque as chefias que a gente teve, sempre foram assim, muito horizontais, muito se resolveu as coisas juntos e aí evita aquelas coisas da gente ficar com raiva.

P9: Então eu acho que tem um nó muito grande na questão da comunicação dentro da hierarquia, que é uma falha muito grande. E aí vem a desmotivação do funcionário. Aqueles muito comprometidos que vão, que teimam e que levam né, a coisa adiante, às vezes se desmotivam, por uma questão até, psicológica. A questão de pessoas técnicas para dar continuidade né...então é uma coisa meio utópica, teórica que vai ser sempre assim e acaba afetando a autonomia e só parece que na briga, na luta né, para se alcançar alguma coisa.

Gestão:

P2: Me parece que vem só para cobrar, só para criticar, as poucas reuniões que a gente participa é bem isso. Só cobra, só critica. O relatório mensal é um exemplo disso né, tem tudo lá na RAAS, tem tudo no Consulfarma mas tem que mandar o relatório mensal que é para eles verem a produção né. Eles querem é produção. O que é uma incoerência por que eles cobram a produção e cobram que a gente atenda bem a população. Na verdade, parece que eles não estão preocupados com o usuário, eles estão preocupados com números, ponto.

P6: Essa questão de cobrar números, todas as gestões sempre foram de cobrar números. Para a gente não é muita novidade essa questão de números.

P1: Acho que tudo perpassa por isso, em qualquer gestão, deveria ter um melhor preparo. Tudo a toque de caixa...e aí vem os problemas. Tanto faz estar longe ou perto, mas que as pessoas soubessem o que estão fazendo. Às vezes a gestão está só cumprindo cronograma, sendo cobrados por outros superiores, pela sociedade, para os olhos da sociedade e aí vem cobrar a gente. O problema é a capacitação, organização e planejamento.

P9: E dentro desta questão da maturidade, as pessoas são escolhidas assim né. Mas são interesses de seguir o projeto de governo. Tem que seguir aquelas orientações e daí acabam não dando conversa aos problemas que as equipes enfrentam. Tem problemas, tem falhas, tem coisas boas que se faz, isso em todos os lugares. E trabalhar com maturidade. Uma discussão de ideias como se diz, discutir ideias e não pessoas. Aquele é melhor, aquele é pior. Aquele serviço é melhor, aquele é pior. Mas isso nem sempre se consegue, daí acaba nisso: alguns setores cobram e pressionam a coordenação, a coordenação pressiona os serviços.

P1: E o problema talvez esteja aí. O acesso ao cargo de gestor é muito fácil não exige pré-requisitos. Diferente do servidor público. O servidor público passa por uma seleção né. A maioria dos gestores públicos são cargos de confiança. Então

são pessoas que, às vezes, não tem capacitação para aquilo.

P2: E aí tem que contar com o bom senso de quem assume um cargo de gestão né. Bom senso de estudar o que não sabe, bom senso de conversar com os servidores para pegar cada peculiaridade dos serviços. Para saber o que tu pode ou não exigir do tal serviço, o que tu pode ou não exigir de tal servidor, porque compete ou não ao cargo do tal servidor Então falta esse bom senso e aí começam a exigir o que não deve.

5.1.2 Fase do Desvelamento Crítico

Para a estruturação deste trabalho, a fase de desvelamento crítico foi organizada em forma de perguntas, as quais foram devolvidas aos participantes a fim de disparar reflexões que poderiam ser construídas considerando as realidades e possibilidades.

Destaca-se, já buscando o referencial teórico em Paulo Freire, um diálogo entre ele e o educador chileno Antônio Fagundez, na obra “Por uma Pedagogia da Pergunta”: Fagundez reforça que a educação, de um modo geral, tem sido uma educação de respostas, em lugar de uma educação de perguntas. Uma educação de perguntas, no seu ponto de vista, é uma educação criativa e apta a estimular a capacidade humana de assombrar-se, de responder ao seu assombro e resolver seus verdadeiros problemas essenciais e existenciais (FREIRE; FAGUNDEZ, 2013).

Para os autores acima, a tarefa da filosofia e do conhecimento não é tanto resolver, mas ensinar a perguntar. E, à medida que se encontram as perguntas fundamentais, as quais desaguam em outras perguntas, forma-se uma cadeia que possibilitará que uma tese vá sendo construída. Uma tese em que não só a resposta tem valor, mas também a cadeia de perguntas, as quais são sempre provisórias, porque nenhum conhecimento é absoluto. Deste modo, entendeu-se ser oportuno lançar mão de perguntas, previamente elaboradas com base no conteúdo agregado na fase de decodificação, a fim de que as mesmas pudessem nortear a fase do desvelamento crítico. As perguntas estão descritas na sequência e esta lógica foi adotada para todos os cinco temas geradores.

Serviço Público

Animador pergunta: Foi mencionado nos círculos anteriores que é preciso se ter clareza sobre o que é o serviço público e que nem todo mundo tem. Como a equipe pode contribuir para amenizar/melhorar essa questão?

P7: A pessoa tem que estar sempre ciente que ela está a serviço do público né.

P6: Sim. E tem muitos que acham que estão a serviço do gestor né. E o gestor, não tem, às vezes a clareza que ele está a serviço do público também.

Animador Pergunta: Quando assumimos o cargo, a partir do concurso, não se tem a noção de como funciona o serviço público. Ao longo da caminhada de cada um como é que foi se dando essa aproximação com as características do serviço público?

P3: Acho que a gente entra e vai aprendendo aos poucos né. Nós que somos da área da saúde. A gente já tem bastante contato com o público e tudo mais que é o que a gente aprende na faculdade. Mas depois o resto, a gente vai aprendendo aos poucos, pede para um, pede para outro e os encaminhamentos, enfim, tudo faz parte da nossa caminhada e é no tranco mesmo.

P7: Tu tem que procurar as informações.

P4: Os mais antigos vão orientando, a gente vai perguntando.

P3: Eu acho que atualmente os mais novos vão nos orientando sobre a tecnologia. Porque tudo era na mãozinha escrevendo.

Animador pergunta: Foi consenso que quando a equipe entrou para o serviço público, não houve nenhuma capacitação/formação para tal e isso se estende também para a formação administrativa. Haveria, enquanto equipe, um modo de se contornar/minimizar os efeitos dessa lacuna?

P7: Olha, com capacitação eu acho. Capacitação por parte dos setores administrativos. Tem gente que não sabe nem mexer no sistema Consulfarma, e trabalham na saúde.

P3: E o próprio, executivo cria concursos com cargos que nem existem, tipo técnico em saúde mental, mas não tem curso para isso, uma coisa muito louca assim e daí a pessoa vem de uma área qualquer e vai ser técnico em saúde mental.

P1: E nome técnico né, dá uma impressão que a pessoa é especialista.

Animador pergunta: Ficamos à mercê das trocas de governo municipal. Nesse contexto ocorrem trocas de chefias, entram funcionários novos em cargos de confiança, e, às vezes, o planejamento se perde. Diante desse cenário, há algo que a equipe possa fazer?

P1: É, eu acho que a gente se porta com os conhecimentos para ficar seguro diante dessas dificuldades, das gestões, ou de outros colegas, ou dos outros serviços. Acho que é saber conhecer para estar seguros nas decisões.

P4: Por os nossos fluxos no papel né? Criar um protocolo que fique por escrito. Algo que servisse como mapa. Talvez a gente possa construir.

P7: A competência das pessoas né, por exemplo colocar pessoas que entendam do serviço, do que está sendo feito. Tem chefias que acabam atrasando o serviço. Vários casos que pegam a pessoa e jogam lá e as vezes a pessoa não tem a mínima ideia do que se trata e nem do que seja o serviço.

P1: Acho que realmente é isso, ou seja, a gente ter um protocolo interno de algumas coisas. Criar isso para dar segurança né para os outros funcionários que virão. Porque o quadro de funcionários vai acabar rodando. A gente hoje sabe como fazer as coisas pela questão do tempo de estar aqui, aí outras pessoas que virão chegam no abstrato e tem que construir de novo. Talvez um protocolo de fluxo dentro do serviço como funcionam as coisas, isso daria mais segurança. Quando tem algo escrito é diferente da pessoa vir querer mudar. Ela quer fazer alguma coisa aí tu apresenta o que já está construído.

P2: Acho que a própria atenção da união da equipe, né? Se uma equipe está desunida as chances de colocarem um cargo de confiança para coordenar é menor.

Animador pergunta: Somos uma pequena parte de uma máquina inteira. Existe um arcabouço maior que nos envolve que é o serviço público (que na visão de alguns, limita a autonomia). Porém, há um outro aspecto da autonomia que se refere à atuação no núcleo profissional. E, neste âmbito, na visão de outros, a autonomia é maior. Como é possível, na atuação diária, conciliar esses dois aspectos? Ou seja, a autonomia no âmbito maior e autonomia no âmbito de núcleo profissional?

Silêncio!

P2: Eu acho que depende de cada núcleo também né. Por exemplo, os conselhos profissionais podem recorrer, conselhos regional e federal e dependendo, tem preponderância sobre o que é exigido pelo município. Por exemplo, tem coisas que são antiéticas, tu pega o teu o teu código de ética e tu afirma, não, isso aqui é antiético e eu posso sim me negar a fazer e eu tenho um respaldo do meu conselho. Eu acho que complica mais é para aquelas áreas que não tem um conselho, aí eu acho que tem menos autonomia né.

P4: Na autonomia profissional do núcleo, a gente tem mais autonomia porque a gente domina mais o que a gente pode e o que não pode. O que é direito e o que não é direito do usuário. Já na questão do órgão maior, da instituição, aí sim já aumenta o leque de leis e normas e isso trava um pouco né, dá essa insegurança até para não se enfiar em uma enrascada.

Burocracia e Hierarquia

Animador pergunta : A burocracia e a hierarquia são necessárias mas é preciso haver uma modernização. Como isso poderia se dar?

P2: Na burocracia, principalmente. Acho que aos pouquinhos já está havendo, de certa maneira, essa coisa de, por exemplo, a defensoria pública mandando documentos online, a gente mandando relatório online, acho que isso já facilita horrores. Acho que vai por aí, anda mais pela questão da tecnologia mesmo ter uma internet boa, ter computador suficiente para poder fazer isso.

Animador pergunta: Então vocês acham que dentro da burocracia a modernização é possível?

P3: Eu acho que sim.

P7: Tem que mudar as coisas né, não só em relação ao nosso serviço, mas em todos os serviços.

Animador pergunta: Pelo que eu entendi a modernização pode se dar, mas mais no âmbito da tecnologia?

P2: Ter telefone também. Não é algo informático né, mas ter telefones que funcionem. A Consulfarma foi algo que facilitou também. O prontuário eletrônico eu acesso quando eu tenho dúvida de algum paciente, alguma coisa assim também facilitou horrores do que tu ter que pegar o telefone e ligar para um outro serviço. Encaminhamentos via Consulfarma para outros setores também e eu acho que já facilita, precisa melhorar muitas coisas mas acho que já melhoramos bastante.

Animador pergunta: E em relação à hierarquia, tem como modernizar?

P7: Hierarquia sempre houve, há, e é bom ter né? Mas alguns setores poderiam ser mais acessíveis.

P2: A única coisa é a aproximação com a chefia daí, tem isso, por e-mail, por telefone, por vídeo chamada, mais nesse sentido eu acho. Serviço público tem que ter hierarquia né.

Animador pergunta: A burocracia demais engessa, e de menos, gera desorganização. De certa forma ela traz uma certa segurança para os servidores e para o serviço. Como é possível gerenciar o trabalho a fim de que a burocracia auxilie na medida certa?

Silêncio!

P4: Ter os processos trabalho o mais resumido possível. Ser objetivo, ter formulários pré-prontos. E-mail já com um mapinha da rede, isso que a gente não tem né. Os telefones, as linhas de protocolo de atendimento, quem são os órgãos responsáveis.

P1: Ter conhecimento sobre essa burocracia, daí tem as coisas que não dependem da gente e que vai ter que passar por esse caminho mais longo. Aí tu não entra em desespero se a coisa não andar por algo que não seja de competência nossa. Muitas vezes não adianta, é aquele caminho e tu não tem como pular aquele caminho. Mesmo sendo demorado, né? É, infelizmente.

P7: A burocracia ela nos dá algo, o respaldo né. Mas no dia a dia não precisamos lidar com tanta burocracia. Por exemplo aqui mesmo, quanto eu insisti para conseguir uma senha para eu fazer o cartão do SUS. Olha quantos pacientes chegam aqui e não podem ser atendidos por que não tem cartão do SUS e tem que mandar para as unidades.

Gestão

Animador pergunta: Foi possível identificar também no transcorrer do Círculo que houve queixas relativas à falta de planejamento pelos gestores. Entretanto, há um planejamento na atenção psicossocial, ou seja, um plano foi construído a fim de balizar as ações. A equipe tem conhecimento deste plano? Se sente parte dele? O que sugere de ações para que isso possa ser melhorado?

P3: Nesse momento eu não estou sabendo de nada. Por que é aquela coisa do chegar e trabalhar e trabalhar. Tu não para. E ler o planejamento anual ou plurianual eu fico totalmente por fora das coisas.

P2: E tem que ter um conhecimento técnico também e eu por exemplo me falta. Para elaborar por exemplo a questão dos indicadores: o que é indicador e o que é meta. Logo que eu entrei aqui a gente estava nesta função do quadrimestral, do anual, do plurianual e aí a colega me convidou para participar da elaboração. A gente participou aqui. Depois ela me convidou aqui que iriam se reunir todos os Caps para fazer lá na secretaria. E é uma confusão. Então falta este conhecimento técnico para a elaboração. Eu até hoje não sei o que é indicador e o que é meta, do plano.

P1: Acho que divulgar mais o plano, porque às vezes é bem isso: a gente não precisa estar construindo, estar na parte técnica, mas dar as ideias e tal. No sentido de dar as ideias e aquela parte técnica recolher as ideias e vai ver se é indicador ou se é meta e colocar no plano.

Animador pergunta: Foi possível perceber, por meio dos relatos que, nem sempre os objetivos do gestor (que está no governo) são iguais aos objetivos do servidor, ou seja, o servidor é, de certa forma, permanente, e a gestão (o governo) é passageiro.

Como a equipe lida com isso? O que se poderia fazer?

P9: Se fortalecer enquanto equipe e ter respaldo teórico principalmente do que se faz. Mais conhecimento, como exemplo assim, a gente tem tempo de serviço, tem conhecimento do serviço, conhecimento de causa né. Acho que é uma coisa boa para lidar com a gestão até porque não dá para bater de frente. Até por que daqui a um pouco tem outro governo e a gente vai vivenciar tudo aquilo de novo. Eu penso assim que não tem muito o que fazer né? A não ser se qualificar.

P7: Acho que a gente tem que ter muito jogo de cintura para lidar com isso.

P2: Tu também tens que ter conhecimento para saber dizer não quando vem te fazer uma exigência que não compete.

Animador pergunta: Diante da resposta dada na questão anterior: fortalecimento entre os membros da equipe e respaldo teórico, como a equipe poderia investir nessas alternativas?

P3: Trazendo a educação permanente. Eu acho que estudar. Só estudando, lendo e revendo para sedimentar.

P7: Acho que na questão do fortalecimento a conversa né? Sempre ajuda. Às vezes um colega sabe uma coisa e tem que passar para o outro né.

P3: De repente a gente vê um momento para conversar. Fazer uma análise do serviço, das ações. Mas eu acho que essas coisas seriam mais de tentar individualmente um com o outro quando tem o problema. Isso é tão difícil né? Complicado.

Silêncio!

Animador pergunta: Uma das considerações feitas nos círculos em que tratamos do tema Gestão, foi que recebemos desta instância apenas cobranças e críticas. Cobranças sobretudo em relação à produção. Também foi mencionado que há um certo distanciamento dos gestores em relação às equipes (no sentido de estar mais próximo para saber das dificuldades enfrentadas e também das boas práticas realizadas). Que estratégias poderiam ser desenvolvidas para minimizar este distanciamento?

P7: A gestão só se reúne com a equipe quando tem um problema. Pode ver.

P1: Vai da gente convidar né. Um convite. Talvez um convite com algo específico. Eles virem participar da reunião por participar, eles não vem porque tem inúmeras pautas e tal. Talvez apresentar os dados, tanto de prontuários ativos quanto de internações, etc.

5.2 Tema Gerador 2- Trabalho em Equipe: características da equipe, reuniões de Equipe, comunicação e diálogo dentro da equipe e resistência a mudanças

O tema gerador “trabalho em equipe” surgiu em decorrência de que a base do trabalho nos CAPs perpassa pela composição de equipes, tanto que a Portaria 336/2002 prevê a composição de equipes mínimas (BRASIL, 2002). Devido à complexidade e abrangência que o trabalho em CAPs exige, não é possível um fazer solitário, ou seja, há a necessidade de abordagens interdisciplinares e intersetoriais. Nesse sentido, o trabalho em equipe surge como uma facilidade para a construção da autonomia profissional.

5.2.1 Fase da Decodificação

Uma vez que o trabalho em equipe requer constante interação entre os componentes do grupo, despontam aqui também, como subtemas, além das características da equipe, as reuniões de equipe, a comunicação e o diálogo, e a resistência a mudanças diante dos novos desafios e das novas necessidades.

Características da equipe

P1: A equipe é muito madura né. No sentido de maturidade de trabalhar em equipe, porque trabalhar em equipe não é fácil. São pessoas diferentes, são costumes diferentes. Então a nossa equipe é uma equipe madura, no trabalho a gente consegue resolver as coisas. Consegue tornar o ambiente um ambiente nosso. O clima né, faz diferença. Acho que isso faz uma grande diferença. E são raras as equipes que conseguem manter isso né. A gente vê aí fora o sofrimento do trabalhador às vezes por ser um ambiente muito difícil. E apesar de todas as diferenças que cada um tem a gente consegue lidar com isso bem, apesar de todas as dificuldades, torna o ambiente tranquilo assim. É uma equipe bem-humorada. Isso é um ponto positivo: um bom ambiente, isso não gera muita rotatividade, ou seja, querer sair do serviço. Por isso que é uma equipe duradoura, no sentido de muito tempo e vários trabalhos juntos. Não há uma rotatividade tão grande. Pelo bom ambiente de trabalho tu não quer ir para outro lugar.

P7: É uma equipe que tem o mesmo objetivo né. Daí a coesão. E diante das dificuldades é importante se trabalhar a resiliência e o fortalecimento da equipe.

P2: E é aquilo, quando um está mais exaltado, o outro está mais tranquilo, então dá uma equilibrada. Eu acho que é uma equipe com a saúde mental boa.

P3: Não tem competitividade. Assim o ambiente de trabalho fica mais leve. É um ambiente bem bom para trabalhar. A gente tem prazer de ficar. Eu acho que isso é importante. (...) Mas por outro lado tem uma coisa assim, quem fica, tem o perfil para desenvolver esse trabalho, tem empatia com o usuário. Porque quem não tem isso não fica né. Quem não tinha isso não ficou. E isso para o usuário é bom.

P6: Então a permanência faz a gente crescer, faz a gente se aperfeiçoar e para a nossa imagem lá fora é super importante.

P1: Eu acho que a autonomia dentro de uma equipe ela é mais fortalecida, no sentido da gente trabalhar porque tem o apoio da equipe. Não que a tua atuação seja limitada, a tua atuação é mais segura.

P2: Porque é bem isso, é uma equipe antiga. Apesar de eu e a colega sermos as duas mais novas, quando a gente entra aqui a gente percebe que é uma equipe que já vem de anos. Uma década, até mais. Então as pessoas já se conhecem. E o tempo de trabalho para quem está há mais tempo aqui trabalhando tem experiência né e nisso o usuário sai ganhando. E a própria coesão da equipe porque um já sabe mais ou menos como é que o colega vai fazer. Tu já sabe, esse paciente vou encaminhar para tal lugar, vou montar um PTS para o grupo tal porque eu acho que ele vai se dar melhor ali e tal. Tem tudo isso né, quando tu conhece o trabalho.

P9: Tem os pontos positivos da vivência com o tempo. E eu acho que acontece mesmo a questão da acomodação. Que tu faz, refaz né, tu inicia e faz tantas trocas, tantas mudanças, algumas coisas tu despendeu energias para aquilo. Quanta coisa se fazia aqui né. Investiam tempo, dinheiro, o tempo tem isso de se motivar e desmotivar.

P1: apesar da equipe ter bastante tempo de trabalho não impede que novos adentrem quando algum funcionário vem novo, dá para perceber que ele é bem recepcionado...a gente tem esse cuidado assim. É super tranquilo, (...) eu fui super bem acolhida. A nossa equipe não é fechada, ela se abre, ela acolhe quem vem, mas é bem isso, às vezes a pessoa vem e não se adapta. (...) o tempo de trabalho se vê como um ponto forte. Mas uma equipe que se mantém há muito tempo junta, às vezes, os mesmos funcionários não consegue enxergar o que precisa melhorar.

As Reuniões de equipe

P3: a coisa da reunião de equipe ela está automatizada. É acolhimento, recolhimento, visita domiciliar...acho que a gente teria que ter um tempo também para ver como é que estão as coisas, ver como está o andamento, acho que isso pode nos ajudar.

P9: essa organização assim que está eu acho que aí não precisa mexer porque ela é necessária e organizada. Ela é resolutiva, até para os relatórios o que se precisa saber. Talvez acrescentar antes dos assuntos gerais, alguma coisa do andamento do processo de trabalho, sugestões referentes ao serviço né, ou se teve alguma coisa durante a semana, ou se houve alguma mudança. Alguma coisa que aconteceu durante a semana que a gente pode discutir. A gente é bem maduro nesse sentido.

P3: mas eu acho que isso assim (o que está automatizado) também pode ser e às vezes é corrigido nas reuniões de segunda-feira onde a gente avalia, isso não deu certo, isso deu.

P1: no nosso caso de Caps o que nos dá uma maior segurança é o instrumento

da reunião de equipe, para ter, digamos uma ratificação. Tem um certo filtro da reunião de equipe que às vezes me dá esse feedback: olha talvez essa tua atuação não seja muito adequada e aí eu posso pensar na decisão tomada. Dentro da equipe, acredito que o grande instrumento da nossa autonomia é a reunião de equipe, onde ali a gente pode discutir as atividades de cada um na semana, no dia-a-dia e ali se pode chegar a um consenso do que a gente pode dirimir de problemas e soluções que a gente pode gerar para os usuários. Acho que dentro da equipe é a reunião de equipe o instrumento de nossa maior autonomia.

(...) A gente não vai tomar decisão somente na reunião de equipe, mas a todo momento, mas na reunião de equipe é um lugar que se alguém não estava sabendo, fica a par. E aí pode manifestar seu ponto de vista contrário àquilo que estava sendo tomado.

Comunicação e diálogo dentro da equipe

P9: e dentro dessa questão da comunicação entre os serviços não existe uma organização e aí acaba que tem que se exigir memorando, tem que deixar tudo por escrito até porque há trocas de pessoas. (...) Uma hora é uma pessoa no setor, outra hora é outra. Desde as equipes mesmo, não tem um fluxo, aí tu fala com aquela pessoa que vai resolver aquele problema, daí aquela pessoa sai, se aposenta mas tu tem como referência aquela pessoa né, e não uma formalização das coisas.

P1: eu acho que se realmente acontecesse o diálogo e depois do diálogo a concretização do que se quer, tudo seria mais efetivo. O problema é que eles (os gestores) não fazem esse diálogo prévio. Tem que fazer para cumprir, então vai lá faz e manda. E aí como não teve diálogo a comunicação que vai chegar é uma comunicação muitas vezes de difícil compreensão ou às vezes dá a impressão que é de cima para baixo e, às vezes, gera várias interpretações porque não teve diálogo anterior. Eu acho que aqui é um ponto positivo nosso, a gente sempre pensa em fazer um diálogo nosso antes de efetivar algo, de mandar uma resposta. A equipe em si tem esse ponto positivo. Para conseguir chegar à informação, extrair por meio do diálogo a informação que se quer.

P2: eu não acho que (a comunicação) esteja toda ali (na reunião de equipe). Eu acho que a gente se comunica o tempo inteiro. Eu acho que na reunião de equipe é formalizada pois tem discussões que a gente já discutiu na semana anterior. Se a relação interpessoal mesmo é boa tu vai te comunicar o tempo inteiro

Resistência a mudanças

P2: resistência a mudanças é algo natural a qualquer ser humano. A gente tem a tendência a buscar uma zona de conforto. Tu sair, tu te mobilizar arriscando a um diferente a um novo, ao desconhecido, não é fácil, então por isso essa resistência. Porque mudar se está dando certo? Isso vai desde pequenas coisinhas na vida até grandes mudanças. Seja no trabalho, seja na vida pessoal.

P1: o que são mudanças? Nem sempre aquilo que tu faz, porque tu sempre faz, precisa mudar. Às vezes dá certo então porque mudar? (...) eu acho que nós somos críticos.

P9: me referindo a esse senso crítico e tempo de serviço, maturidade, depois de ver tanta coisa, a gente acaba não se deixando levar. Ouvimos uma proposta e

vamos analisar. Ver se a proposta é ponderada, é discutida, acho que acaba sendo por aí. Apesar de ter quem manda e quem obedece né e daí fica aquela coisa assim, muitas vezes se resiste.

P3: e muitas vezes a gente está resistente a mudanças, mas a gente é obrigada a mudar para se adequar às coisas todas para que continue a girar a engrenagem. Às vezes a gente é obrigada a mudar mesmo não querendo e de repente daí tu muda em função de...enfim, e daqui a pouco volta tudo.

P4: conhecimento, experiência de prática e resistência estão num círculo só. Experiência junto com conhecimento se cria a resistência. Tem base para dizer sim ou não. E base e jogo de cintura para fazer uma mediação. (...). Porque se não tem experiência, não tem o conhecimento é mais fácil de ser manipulado. Isso em qualquer âmbito da sociedade. Menos experiência, menos conhecimento, mais fácil de ser manipulado. Por isso o acesso ao conhecimento é caro. E quando é público é sucateado. Cria uma população manipulável.

5.2.2 Fase do Desvelamento Crítico

Características da Equipe

Animador pergunta: A equipe tem uma visão positiva de si mesma. É uma equipe madura no trabalho em grupo. Um clima bom que faz a diferença até mesmo na saúde mental do servidor. Uma equipe bem humorada. Não tem competitividade. Isso de certa forma contribui para que não haja muita rotatividade de pessoal e fortalece a autonomia no sentido de se ter uma atuação mais segura. Apesar dessa autoimagem positiva, haveria aspectos que poderiam ser aprimorados? Se sim, quais seriam?

P6: sempre tem o que melhorar né?

P9: Mas os processos de trabalho sempre tem que serem revistos. Houve várias coisas que a equipe fez e depois voltaram à estaca zero. Depois refizeram devido até a mudança dentro do setor de pessoal. Eu acho que nesse tempo de pandemia foi discutido várias coisas né, de processo de trabalho então eu acho que nesse sentido, essas conversas sobre a comunicação, quando existem problemas, sempre é tentado arrumar uma forma. Essa questão das interações como é que eu vou fazer, assim, assado, sempre quando surge algum problema... e eu acho que sempre vai ser assim né, de ter que rever, melhorar os aspectos. Nos problemas pontuais que surgem, ficar mais atento, essas coisas que acontecem a gente acaba evoluindo e melhorando né.

P2: a questão da descontração. Também acho que é importante. Eu pelo menos, eu acho que é super saudável o bom humor em um lugar que tu não pode rir, tu não pode brincar com o colega, pra mim é terrível, eu pessoalmente não consigo conviver em um ambiente assim.

Animador pergunta: Foi sugerido, diante das dificuldades encontradas, que se trabalhasse a resiliência e o fortalecimento da equipe. Como isso poderia ser feito?

P4: confiança no colega, na prática, no pensar decisões práticas e científicas que cada um de nós tem. A gente quando entra, entra com essa ideia, eu mesmo tinha essa posição o que é da minha profissão eu faço, o que não é não faço. A gente vem com uma formação de ficar dentro da caixinha. Com o tempo a gente percebe aqui na saúde mental que o trabalho é multiprofissional e que a gente precisa adentrar em outros âmbitos. Não fazer a prática daquele colega mas conhecer, e, de vez em quando dar um apoio, dar um suporte e isso com o tempo fui aprendendo, a gente vai mudando. Eu acho que a confiança né. Já falei isso, mas é poder ter esse apoio. Esse apoio crítico. Não ter julgamento, ótimo também.

P7: onde uma equipe está unida, se superam as dificuldades né. Aí todo mundo se ajuda.

Silencio!

P3: eu acho que quem não tem essa resiliência de aguentar o tranco mesmo, acaba saindo. E a gente aumenta essa questão de resistência de ser mais tolerante e ir buscando mesmo ajudando um ao outro da própria equipe. Se ajudando em momentos que a gente tá quase tipo, se quebrando, mas não, de repente vem alguém e fala contigo. Até é super importante essa questão da gente conversar, de ter reuniões né. (...) Eu acho que ter flexibilidade mesmo, em várias coisas no serviço né, não ficar engessado.

Animador pergunta: Em relação ao tempo de trabalho foi destacado que, algumas vezes, pode surgir acomodação e as algumas coisas ficarem no “automático” no funcionamento da mesma. Apesar de se reconhecer que esse “automatismo” seja pertinente a qualquer processo de trabalho, muitas vezes é importante refletir sobre o mesmo. Desta forma, que aspectos a equipe considera que estão “automáticos”. Haveria necessidade de uma mudança em relação aos mesmos? De que forma?

P3: Eu não sei assim, porque cada caso é um caso e estão sempre surgindo coisas que a gente fica vendo e que tem que ter um novo processo. Cada caso novo é um caso diferente. E acho que acaba não ficando no automático. Muito disso porque as famílias são diferentes, os casos são diferentes. Um deve ter visita domiciliar, outro é compulsório, não sei eu acho que na questão de atendimento assim eu acho que é bem artesanal digamos assim sabe. Então não se faz tudo do mesmo jeito. Um precisa de psicólogo, outro não precisa, eu acho que o automático em relação ao atendimento do usuário a gente não conseguiria ser assim.

P9: não sei se caberia bem aqui esse automatismo aí com o tempo de trabalho, com a execução de coisas né. A gente faz, refaz, faz, refaz né. Pode ser até um certo negativismo, jogar conversa fora e gasto de tempo e isso às vezes é ruim né porque a gente tem que acreditar que as coisas podem mudar. Acontecem coisas boas nos

diferentes governos, mas troca por um partido totalmente diferente, as coisas acabam. Se conquista, sempre se conquista algumas coisas, cada governo né só que acaba.

P1: algumas vezes, no grande fluxo, a gente não consegue mudar. Tem coisas que a gente não consegue perceber. Mas, na reunião, ter um espaço para isso. Às vezes isso se torna cansativo, mas talvez em cada semestre ter um espaço novo né, de repente rever algumas coisas e ver se isso vai mudar ou não. Ter um espaço para isso.

Reuniões de Equipe

Animador pergunta: A reunião de equipe tem uma sequência de atividades que está automatizada. Ela é resolutiva da forma como está, entretanto, poderia ser acrescentado à rotina alguma coisa acerca da discussão do processo de trabalho e aprofundamento da discussão de alguns PTSs. Enfim, enriquecer mais as discussões e aproveitar melhor o tempo da reunião. Que sugestões objetivas e executáveis poderiam ser adotadas para tornar a reunião de equipe um espaço mais valorizado na prática?

P2: eu acho que, objetivamente, ficar construindo pautas ao longo da semana para, na semana seguinte, ser discutido em reunião. Daí tu já traz os assuntos que estão ali e de preferência se manter naquele roteiro ali, e claro, se surgir outra pauta, mas que a gente consiga olhar as pautas e trazê-las né.

P9: acho que, se a gente se organizar, teríamos tempo hábil para educação permanente. Porque, agora mesmo, para a gente participar dos Círculos a gente consegue ser objetivo na reunião. Daí a gente tem um tempo limitado para depois a gente vir para participar do Círculo. Então eu acho que esse tempo do Círculo poderia ser o tempo da Educação.

P1: por que existe um horário fixado para o Círculo começar. Eu acho que seria importante isso na reunião. A gente ter um horário fixo para iniciar. Então se é às 08 horas, que vamos iniciar, iniciamos às 08 horas. Ser mais objetivo, terminar no tempo que tem que terminar e não precisar apressar. Poderia fixar um horário de início e duração e finalização.

Comunicação e Diálogo

Animador pergunta: Considerando a questão da comunicação, foi mencionado que o “escrever o funcionamento” facilita a comunicação e que a troca de pessoal de suas funções dificulta a comunicação (no sentido do servidor ter mais experiência para dar a informação). Como um planejamento interno (no sentido de registrar as rotinas de trabalho) poderia auxiliar a comunicação da equipe (interna ou externamente)?

P1: Tu ter uma mesma pessoa num mesmo local de trabalho, acho que isso facilita. A questão dos protocolos, ter algo escrito, mesmo que troque o funcionário a pessoa vai ter que seguir. Acho que o que poderia auxiliar é ter

algo escrito, um protocolo. Daí tu não fica dependente da pessoa que está.

P3: É preciso que se saiba bem essa rotina e se haja de acordo com...né?

P6: Sim a gente precisaria escrever o modo como já funciona.

Animador pergunta: O diálogo foi identificado como um ponto positivo da equipe, internamente. Porém, foi mencionado que, com a gestão o diálogo é mais difícil. Essa dificuldade existe também com outros serviços da rede? De que forma se poderia agir para melhorar esse diálogo (partindo da equipe)?

P2: essa dificuldade existe. A gente teve o exemplo com o Conselho Tutelar.

P3: com o transporte já foi mais difícil né? Está mais tranquilo agora.

P2: a gente se aproximando mais, fazendo reuniões, sendo assim mais efetivas, por exemplo, conversando com os demais serviços, explicando o funcionamento.

P7: eu acho que com todos os serviços, fazer uma cartilha para as unidades de saúde.

P1: E a aproximação também com os serviços gera vínculo. A parte técnica e a aproximação individual. (...) Só para fechar, eu acho que muito disso também é a forma de se comunicar né, a forma de se comunicar com o outro, tu não pode ser violento (...) A forma que a gente verbaliza as coisas né. Não pode ser com quatro pedras na mão. Muitas situações que estão acontecendo muitas vezes são pela forma que a gente vai se comunicar.

P6: quando a gente tem dificuldades, às vezes se desmotiva, mas o trabalho em equipe ajuda a driblar isso porque existe uma ajuda mútua, parceria e diálogo. Dialogar sobre o serviço e também sobre a gente, individualmente.

Animador pergunta: Quais os instrumentos de comunicação interna a equipe identifica? Haveria, na opinião da equipe, alguma forma de aprimorá-los ou criar outros?

P2: a conversa, o bilhetezinho nos armários, nos prontuários, um bilhetezinho. É mais informal, uma comunicação informal interna. O mural, o whatsapp.

Resistência a mudanças

Animador pergunta: O que se pode perceber no decorrer do Círculo de Cultura

em que foi trabalhado a resistência a mudanças foi o fato de que houve bastante silêncios. Houve o relato de que nem sempre aquilo que tu faz, por que tu sempre faz, precisa mudar. Como a equipe avalia aquilo que precisa mudar ou não?

P2: para fazer essa avaliação só discutindo entre a equipe. Se está funcionando não precisa mudar. Se não está funcionando, precisa mudar. Pode ser até na educação permanente. Porque em time que está ganhando não se mexe. Às vezes, a gente só percebe quando acontecem intercorrências. De repente, surge uma situação e vai parar no Ministério Público. Daí opa! Vamos ter que mudar as estratégias.

Animador pergunta: Houve também o relato de que a resistência a mudanças é algo natural a qualquer ser humano. E que as possíveis causas da resistência a mudança seria a desmotivação, ou seja, o sentimento de que as coisas de um modo geral (as externas) não vão mudar e o fato de não querer sair da zona de conforto. Pensando no funcionamento interno da equipe, haveria alguma coisa que poderia ser feito para intervir nestas possíveis causas? Se sim, quais seriam?

P3: para sair da zona de conforto a gente tem que estar motivado a ... né? E o que que falta para a gente se motivar a? Para o trabalho, para o desempenho? O que se quer mudar para a gente se motivar.

P4: acho que tem a ver com segurança né? Porque a zona de conforto faz a gente se sentir seguro. Quando a gente vai mudar alguma coisa tem que ter a segurança de que aquilo ali vai dar certo. Não vai ser pior né? Eu penso que quando ocorrer isso, que ocorra coletivamente. A equipe. Isso dá segurança. Tu saber que vai praticar algo mas ter a equipe ali para dar o subsídio né. E está fazendo esse retorno, isso é importante. Uma coisa que tu não tem certeza, tu vai perguntar para outro. E isso dá uma sensação de que realmente eu estou pensando certo. É ter esse diálogo antes de concluir uma ação, ter uma decisão da equipe, do coletivo. Eu penso assim.

P3: e para a gente mudar a gente teria que parar e ver né. Se o nosso trabalho está sendo efetivo. A gente tem um número X de usuários, mas quantos estão vindo efetivamente? Quantos se vinculam? Coisas assim que a gente podia mudar né para aumentar o vínculo. Porque a primeira coisa é trabalhar o vínculo. Daí a coisa mais importante que tem é a primeira consulta. É o acolhimento. E isso a gente faz muitas vezes quando a gente está correndo com muitas coisas. Acho que a gente poderia fazer alguma reunião para avaliar o nosso serviço né? E ver se a gente consegue se motivar para sair da zona de conforto. Claro que a gente sabe que é uma patologia que tem dificuldade de fazer o vínculo né. Mas o que que a gente podia mudar né?

Animador pergunta: Foi mencionado nos Círculos que a resistência a mudanças

estaria ligada também ao fato da equipe ser mais crítica em relação às sugestões de mudança. Somado a isso o tempo de serviço, a maturidade, depois de se vivenciar tantas coisas: quando vem um proposta a equipe analisa para ver se a mesma é ponderada. Nesse sentido, conhecimento, experiência prática e resistência estariam interligadas?

P4: Acredito que sim, estão interligadas. Não a resistência como sendo algo rebelde, mas como experiência de frear algo que pode até ser meio faraônico ou intencionalmente ideológico. Acho que essa resistência sim é interligada à experiência prática e mais a experiência profissional.

Animador pergunta: E quando é de concordância que uma mudança precisa ser feita como a equipe busca implementá-la?

P4: Analisando passo a passo o que se vai praticar né?

P3: Porém o hábito, com o hábito eu acho que as coisas tendem a voltar para trás. As mudanças nem sempre a gente mantém. Por mais que a gente ache que tem que mudar...mas a força do hábito às vezes não deixa né. As vezes a gente vai fazendo as coisas no automático e....

P6: Até por experiências que a gente já teve né? De implementar uma mudança e no começo a coisa vai. Depois....

P1: Essas mudanças precisam estar sempre muito bem fundamentadas, alimentar essa possibilidade da ideia. Senão é bem isso, tende a ficar, desmotiva e aí tem que ter a fundamentação, o porquê? E aí volta-se à educação permanente, volta-se à equipe para ter esse espaço.

5.3 Tema Gerador 3: Rede de Atenção Psicossocial e Política Pública em Saúde Mental

Neste tema gerador abordaremos a Política Pública em Saúde Mental e sua estreita e indissociável relação com a RAPS. Ao que nos parece, os participantes teceram suas considerações em relação à Rede, pensando mais na operacionalização do cuidado, da atenção, ou seja, onde a vida acontece. E observaram a Política Pública no âmbito maior, no planejamento, na arquitetura da mesma.

5.3.1 Fase da Decodificação

Nesta fase os trabalhadores pensaram a rede indicando os problemas que percebem tanto na construção quanto na manutenção desta rede. Apontaram algumas questões acerca das dificuldades de implementação das políticas públicas de saúde mental

principalmente em relação à logística de trabalho. E no aprofundamento das reflexões, emergiram, na fase do desvelamento crítico, sentimentos relativos ao “ao ser trabalhador de saúde mental” em um contexto permeado, ainda, por preconceitos e estigmas.

Rede de Atenção Psicossocial

P8: (...)eu acho assim que muitos dos nossos usuários não deveriam estar na rua abandonados, eu acho que essa parte da Reforma pecou. (...) A rede falha quando se necessita de maiores conexões, como por exemplo, cursos profissionalizantes e reinserção social. Também quando se precisa de uma atenção mais urgente ao usuário não tem para onde mandar.

P6: A gente fica muito angustiada, aqui, tu cuidar de um usuário o dia inteiro aqui em acolhimento diurno, faz tudo o que a gente pode depois ele fica jogado, vai para a rua. E aí tu vai para casa com o coração a mil né. Isso é angustiante para nós. As coisas precisavam ser mais avaliadas, mais pensadas. Eles não levam muito a sério sabe a parte da saúde mental. A gente pede uma coisa, tem outra mais urgente, deixam a gente para trás. Semana que vem de novo, aparece outra coisa mais urgente, deixam a gente para trás de novo. Eu acho que é um pouco de descaso.

P3: Acho que qualquer pessoa com o mínimo de humanidade sabe que a Reforma (Psiquiátrica) era necessária, porém ela foi vista com muita paixão assim, esperando um ideal e não se pensou na questão prática.

P5: Mas a nossa própria rede né, ela tem, ela funciona, não podemos dizer que não, mas estão faltando dispositivos, muitos dispositivos. Parece que as coisas são construídas em cima de cobranças e não por planejamento de melhoria da cidade. Para uma emergência psiquiátrica foi preciso o ministério público intervir. Eu acho que é um pouco de descaso com a saúde mental. Tem um dinheiro que vem para a saúde mental, daqui a pouco surge uma coisa mais urgente.

P7: O CAPs III, o consultório na rua, os residenciais terapêuticos estão todos no plano, há três anos, mas não saem do papel. Agora foi por culpa da pandemia, a pandemia foi culpa de várias coisas.

P2: Mas eu acho que isso é geral assim, não dá para dizer em nível mundial, cem por cento, mas a grande maioria do movimento da área da saúde sempre foi para a parte clínica e não para a saúde mental. A saúde mental é uma parte que surgiu bem depois né então eu acho que tem a ver com o contexto histórico também. A gente é uma área da saúde muito nova ainda.

P2: Um exemplo bem prático sobre a falta de compreensão da rede sobre o nosso trabalho são os fluxos de encaminhamento. A cada seis meses eu acho os serviços tem que fazer os fluxos de encaminhamento e mandar para os demais serviços porque nunca se sabe os fluxos de encaminhamento. Assim a atenção básica por exemplo, a gente foi fazer o matriciamento e o pessoal não sabia que não podia encaminhar uma pessoa que não era usuária de álcool e outras drogas para o CAPs ad. Eles achavam que doença mental era para todos os CAPs. Daí a gente

explicou (...). Então a quantos anos esse fluxo de encaminhamento já existe e até agora os serviços da própria rede não sabem e está sempre se batendo nesse fluxo. E eu não digo só desconhecimento da atenção básica em relação à saúde mental mas também da saúde mental em relação aos demais serviços e tal. Eu acho que é um exemplo prático disso assim. Então o conhecimento prático da rede e talvez até dos entraves da rede mesmo né? E ainda tem a questão da rotatividade. Tem essa pessoa lá que sabe isso, mas essa pessoa muda de lugar, vai trabalhar em outro setor, aí o restante da unidade, e agora? Quem sabia era fulana e agora? A rotatividade na nossa equipe é menor, inclusive comparado com outros CAPs.

Política Pública de Saúde Mental

P1: A questão está na origem né. Geralmente a política pública vem para tentar auxiliar a sair de uma situação que está problemática. Não é um ato que vai resolver mas uma série de atos. Esses atos que farão esse caminho que vai levar um tempo, um percurso e vai ser feito várias séries de atos que irão tentar resolver aquele estado problemático digamos assim. E aí a gente volta à questão dos manicômios. A gente tinha uma questão problemática ali. Aí vem a política pública para trilhar um caminho para sair daquele estado. Só que não se planejou todas as suas nuances.

P4: Aí a gente tem as portarias né, que vem para fazer os ajustes àquela política. Porque a gente lida com portarias, a mais antiga a 336, depois a 3088, devemos ter mais uma ou duas que vieram depois. E essas portarias elas vem para ir balizando, aumentando a capacidade dos serviços, redirecionando a atuação.

P1: Eu acho que política de saúde mental está ganhando mais visibilidade. Relativamente a outras políticas acho que é uma política nova, comparado ao tempo né. Acho que cada vez mais vai ganhar visibilidade, até em outras áreas, para se ter uma noção em alguns cursos ainda se tem algumas informações sobre aqueles estágios do alcoolismo sabe? Vai se pluralizando em outras áreas e as pessoas vão entendendo o que é saúde mental.

P5: Não sei se com vocês acontece, mas quando eu estou em uma roda de amigos ou de pessoas que eu não conheço ainda e daí me perguntam e eu falo que trabalho com dependente químico eles nem sabem que existe CAPs, nem sabem que existe um serviço assim. Então a falta de conhecimento do povo é muito grande.

P3: Eu acho que a desvalorização da política tem, historicamente, a ver também com essa questão de sempre querer esconder o louco, sempre o mecanismo de defesa da família de negar de tentar resolver por si só. Eu acho que tem a ver isso.

P8: Acho que tudo isso se reflete no trabalhador: falta de capacitação, afeta o repasse de verba, o material para trabalhar, o transporte. A gente recebia aqui material de escola aqui. A gente lutou tanto para mudar esse tipo de material e a gente não consegue porque tem um entrave lá nessas coisas.

P6: Os meus grupos deram certo por quê? Porque eu comprava material. Sempre que a gente pediu material o que é que veio de material para nós? Tinta guache pincel, cartolina, papel, EVA. Outro material a gente tem porque tivemos doação. Em todos esses anos de trabalho no CAPs nunca veio. Antes era sempre do meu bolso, depois com a venda dos artesanatos, comprava mais material e

fazia reposição e aí foi indo, assim por diante. Essa dificuldade de adquirir o material não me desmotivou. Saber que eles aprendem, que eles produzem, o retorno deles estarem fazendo. Tem vários usuários que fazem em casa, eu sempre ensinei eles a fazerem bem feitinho porque a minha ideia é eles terem uma geração de renda com aquilo, que eles produzem, mesmo não tendo esse nome né. Mas gratifica muito eles fazerem. Se de dez sair um que faça, para mim já está bom.

P5: Mas fora isso, essa questão de material, todo o retorno que a gente recebe dos usuários, esses mesmos grupos que eu falo que trabalham com isso sabe, que valorizam. Eu não uso tanto esse tipo de material por isso que eu não (...) mas eu me sinto valorizada sim como trabalhadora de saúde mental (pelos usuários).

P1: Tem algumas pessoas no município que se desgastam um pouco em função da política não andar mas eu vejo que a questão fora, tem melhorado. Compreender que saúde mental não é só dependente químico ou dar atenção ao louco, e também tiveram pontos importantes (...). Tem uma mudança, porque começa a bater na porta de outros lugares, não é só a saúde mental mas começa a bater em outras portas e as pessoas tem a necessidade de saber se orientar. Eu acho que com o tempo vai melhorando.

5.3.2 Fase do Desvelamento Crítico

Animador pergunta: Ao mesmo tempo em que a equipe reconhece a necessidade da Reforma Psiquiátrica, reconhece também a lentidão da implementação de serviços substitutivos: usuários sem suporte familiar, em difícil situação social, entre outros. Assim a questão prática ou os efeitos dela decorrentes se refletem em angústia e ansiedade para o trabalhador que muitas vezes não consegue dar continuidade ao cuidado que o usuário precisa. Como é possível trabalhar essa angústia e esse sofrimento?

P7: A pessoa tem que estar focada né que a parte dela, ela fez.

P2: Mesmo assim não te isenta do sofrimento né? Acontece de muitas vezes tu ver que não resolveu determinado problema familiar e saber que tu não tem o que fazer, ou tu cria uma carapaça para os problemas e aí não te afeta mais ou tu sofre

P1: Eu acho que o compartilhar com os demais da equipe as vezes ajuda essa questão, porque é bem assim tu não tem como não ser afetado mas acho que compartilhar com os demais isso auxilia porque aí te dá a segurança que realmente é o que tu fez é o que tinha que fazer, não tem outras possibilidades. Então quando o outro te dá essa confirmação, tu garante uma segurança maior.

P9: é um ponto forte né essa ajuda mutua de vários profissionais.

P3: Eu acho que a gente passa tanto por isso, tanto por isso, tanto por isso que de repente a gente fica menos sensível porque uma coisa que me deixava muito mal, por exemplo, era no final da sexta-feira, iniciando o final de semana ter um usuário psicótico e não ter onde internar.

Animador pergunta: A Rede, de certa forma, funciona, mas estão faltando muitos dispositivos ou alguns serviços são implantados por ordem judicial e aí vemos a lentidão da política. Entretanto, mesmo estando no planejamento algumas coisas são postergadas. Alguns atribuem isso a falta de planejamento mesmo do setor público em relação a saúde mental, outros, à desvalorização desta política em relação a outras políticas de saúde: a saúde mental nunca é prioridade. Sendo assim, de que modo, enquanto servidores, se poderia agir para modificar essa situação?

P3: Eu acho que tinha que fazer mais pressão né, no secretário de saúde, mais pressão.

P1: Insistir né, insistir, o problema é que as vezes a gente cansa de insistir, mas é a insistência, insistência toda vez, toda hora estar cobrando, estar solicitando.

P4: Algo que faz falta hoje é a reunião e a união dos CAPs. A gente estar conversando e isso de alguma forma não sei se foi estratégico, cada um começou a tomar uma posição diferente (...) e isso acaba nos enfraquecendo porque houve um período que a gente se unia e tinha um pensamento único de saúde mental para nós. Sempre vou puxar para nós trabalhadores e para os usuários então tinha essa união que de alguma forma nos preservava perante alguns outros interesses (...) e com o tempo isso foi parando, foi sumindo. É cada um por si agora e isso acho que dificulta acho que falta esse fortalecimento, ia fortalecer caso começasse a ocorrer maior comunicação (entre os trabalhadores de saúde mental).

Animador Pergunta: Foi reconhecido e destacado por parte do grupo que há uma falta de conhecimento e entendimento do trabalho em saúde mental por parte da rede de atenção e isso se reflete principalmente na questão dos encaminhamentos e fluxos. Acrescido a isso, surgiu novamente a questão da rotatividade de pessoal, ou seja, quanto menos rotativos são os servidores (estáveis) menos problemas relativos a encaminhamentos e fluxos acontecem. Como se poderia contribuir para melhorar o conhecimento da rede acerca da saúde mental e também dos fluxos?

P7: Bom isso aí é uma coisa bem interessante, porque o desconhecimento que as pessoas têm, os médicos, os profissionais que trabalham nas unidades de saúde

são impressionantes, eles não sabem como funciona (a saúde mental). Há muito tempo eu fiz isso (um catálogo) que foi encaminhado para cada unidade, acho que tinha umas 40 páginas mas tinha o fluxo de cada serviço, entendeu?

P3: Tem que ser aos poucos né. As pessoas vão pegando como é que é. E através também disso, dessas conversas, do matriciamento, o pessoal começa a se conhecer né e ter mais liberdade de ligar, de ligar direto e falar.

P7: Até assim, uma sugestão de fazer um folder direcionado às unidades de saúde, não precisa distribuir para o público. Um banner com os fluxos porque, às vezes, o pessoal liga para cá para saber se precisa lançar no sistema ou se o usuário pode vir direto.

Animador Pergunta: A política pública vem para dar conta de uma situação problemática só que não se consegue dar conta de todas as suas nuances, daí vêm as portarias para balizar para ajustar ao que de novo surge. Na atualidade parece que a política de saúde mental está ganhando mais visibilidade e vai se estendendo para outras áreas, vai batendo em outras portas. Há algo que poderíamos fazer para potencializar isso, ou seja, para que ela ganhe maior visibilidade?

P1: Talvez faltaria a questão de sites né, site da prefeitura que tivessem uma boa divulgação dos CAPs. Alguns CAPs tem redes sociais mas não são institucionais. Tem que ser algo institucionalizado, até pode ser rede social e esses outros aplicativos mas que seja ligado a comunicação do setor lá para manter e dar uma visibilidade maior. Uma rede social, uma, uma página, uma comunicação ativa ajudaria muito até nas divulgações do que fazemos. Fazer posts. Mas claro com profissional da área, a gente só mandaria o conteúdo assim e tal. Fazer um *live*, convidar alguém para mandar um vídeo.

P4: Eu fiquei pensando nessa questão da visibilidade né, mas aí eu fiquei com uma preocupação da demanda que nós já temos. Nós e todos os CAPs. É importante a visibilidade, é, mas teria que ter outras unidades. Mais um CAPs para transtornos mentais graves e mais um ou dois álcool e drogas. Porque fazer ficar mais visível hoje e não ter mais unidades, já estamos no limite.

P2: Mas também tem trabalho a ser poupado. Se fosse bem explicado na mídia vamos dizer assim o que é, por exemplo, a compulsória não ia ter gente chegando aqui, batendo, achando que a gente já ia lá pegar um usuário e levar para internação e ia ficar um ano internado. Quanta gente chega aqui dizendo que não sabia que era assim, só 21 dias, pensei que podia ser mais. Ai eu achei que já vinha para a consulta e já ia para internação direto não ia ser liberado para ir para casa. Isso já poupa trabalho.

P3: Poderíamos tentar um residente ou estagiário da área da comunicação também.

Animador pergunta: Há uma certa falta de conhecimento da população em relação a atenção à saúde mental. Somam-se a isso questões culturais e morais: o preconceito em relação aos usuários, a negação da doença mental e do uso prejudicial de drogas. Essa situação toda se reflete no trabalhador? Se sim, de que forma?

P1: Sim, né. As vezes não é visto nem valorizado.

P3: A questão do vínculo. Não ter o trabalho familiar para motivar, manter ou aumentar a motivação desse usuário. A família não participa, muitas vezes eles vêm sozinhos e isso dificulta o sucesso do nosso trabalho. Meu pai disse isso: tu estudou tanto para agora atender loucos.

P4: Eu vejo que é o mesmo preconceito que se tem com a dependência química e com os usuários, a gente acaba também tendo esse olhar. Nós não somos vistos como alguém que trabalha na atenção básica ou uma unidade de saúde. Eu me sinto as vezes numa situação que parece que a gente está em um trabalho, entre aspas, inferior. O valor não é o mesmo. Os próprios usuários falam isso, eu não vou no CAPs, não sou louco.

P2: Eu acho que perpassa pela questão de que é uma área muito nova ainda. Então tem o estigma, tem a questão de que por muito tempo o doente mental foi excluído e por conseguinte o trabalhador de saúde mental também foi excluído. Eu acho também que tem essa coisa de que como é uma área muito recente e tem toda a questão da luta, tem toda a questão do pensamento utópico, apaixonado (...). E também tem aquilo né - o teu trabalho é tão bonito! (...). Mas parece que fica uma coisa muito no âmbito da caridade, do amor ao próximo, e não é bem assim.

5.4 Tema Gerador 4- Encontros potencialmente promotores de autonomia

Neste tema gerador serão apresentadas as considerações dos participantes acerca dos encontros realizados com os serviços da rede, com a gestão bem como as conferências de saúde/saúde mental. Tendo em vista que, nas entrevistas, as reuniões foram mencionadas como algo potencialmente promotor de autonomia, esse tema é desenvolvido aqui por meio do olhar crítico e reflexivo dos trabalhadores.

5.4.1 Fase da Decodificação

P1: Se discute e se montam estratégias para resolver os problemas que surgem. As reuniões são momentos para discutir e conversar, temos essa autonomia e quando a decisão é fundamentada, tem maior chance de sermos atendidos.

P3 Eu acho que sim (as reuniões fortalecem a autonomia), porque a gente consegue discutir e montar estratégias para resolver problemas que surgem. A gente pode, desse jeito, facilitar a resolução dessas coisas. Eu acho que são

superimportantes as reuniões assim.

P1: As reuniões com a rede elas são muito genéricas e abstratas. A gente nunca tem uma resolutividade e eu acho isso uma coisa desmotivadora. A gente não consegue alinhar o concreto e focar na discussão. Eu acho que o problema da rede é isso, falta essa articulação, ela ser objetiva, trazer a resolução e depois retornar para ver se teve efetividade. Diferente daqui de nós e das equipes em geral. Tu tentas aplicar e daí na outra semana tu vê se conseguiu ou não. E isso na rede não tem. Falta essa articulação e isso desmotiva.

P5: As reuniões de cogestão, eu acho que o pessoal está bem desmotivado e vai só realmente para participar, não usam este espaço como poderia ser usado. E a gente sabe que as pessoas só vão para este espaço por que estão ocupando outro espaço, estão de passagem. Não existe aquela motivação para estar ali naquele lugar. Eu sinto da nossa coordenação e não é de hoje, de outras eu já sentia também...vai lá briga por alguma coisa quando vê não tem retorno nenhum, a coisa se perde... Mas eu acho que quando há união e as coisas são bem fundamentadas, a autonomia é maior.

P1: É que é tudo no macro (as conferências), entendeu? No âmbito geral e aí fica sempre pairando, como uma nuvem que vai chover e logo vai embora. Só ameaça. Então é desgastante. Uma coisa que é interessante aqui, não cabe em conferência, mas talvez no âmbito do CAPs era a questão das assembleias com os usuários. Os usuários eram reunidos numa assembleia para discutir pontos, ouvi-los, isso era legal, e era micro, era um instrumento do Caps, então se tentava melhorar ou se explicava porque não dava. Acho que as assembleias dos usuários era algo interessante.

P4: As conferências dependem também do projeto político da gestão. Temos gestão no âmbito municipal, estadual e federal. Se essas gestões não tem uma visão de realmente acolher a população e resolver os problemas, poucas coisas que são decididas nas pré ou nas conferências irão ser implementadas, por que vai contra os interesses dessas gestões. Então eu vejo que as conferências são importantes, são, que é uma utopia, cada vez que você atinge uma utopia, se cria uma outra utopia. São conquistas que vão levar mais de 15, 20, 30, 40 anos. Algumas daqui a 100 anos, se a sociedade evoluir né, num pensamento progressista realmente. Foi o que aconteceu no passado com a Reforma Psiquiátrica junto com a Reforma Sanitária que foi o engajamento da maioria.

P2: As conferências de saúde. Ali eu vejo que tem toda uma discussão que não é só dos profissionais, é uma discussão com o público em geral para se tentar chegar a um consenso do que está funcionando no trabalho e o que não está, para ver como a gente pode chegar a uma melhoria. Acho que aí também tem (autonomia).

5.4.2 Fase do Desvelamento Crítico

Animador pergunta: Sobre as reuniões, de um modo geral, há referência de que são muito evasivas e sem objetividade. Algumas vezes meramente informativas. Elas

precisariam ter pautas mais claras e produzirem resultados mais objetivos. O que a equipe visualiza que poderia ser feito para que essas reuniões possam ter uma maior efetividade?

P2: Pensar qual o objetivo da reunião. Muitas vezes se faz reunião por fazer né, por tabela. Por que precisa ter tal reunião... aí chega na reunião e precisaria ter um tema interessante aos serviços que tenham uma discussão produtiva.

P1: Ter pauta. O condutor da reunião é que auxilia a evitar divagações né?

Animador pergunta: As conferências foram lembradas como instrumento de autonomia, porém, foi lembrado também que depende da gestão considerar as resoluções das conferências ou não. Diante disso, que estratégias poderiam ser pensadas pela equipe a fim de obter um maior engajamento nesta atividade?

Silêncio!

P3: Eu acho que cada cidade deveria levar para ver as resoluções e não deixar só arquivado aquilo mas passar por um momento de discussão das resoluções da conferência. Verificar o que poderia ser mudado dentro da nossa realidade. Eu acho que deveria ter espaço de continuidade, senão acabou a conferência, se tem as resoluções né e deu daí arquivar. E segue o baile. Até para discussão do que é que pode ser executado das resoluções, de que forma poderia ser executado.

P2: Isso poderia ser um tema da educação permanente pegar as resoluções das conferências e discuti-las e de repente levar depois para uma reunião intequipes. Acho que a gente vai ter que começar do micro da nossa equipe e depois passar para o intequipes e de repente para a assembleia de usuários. Discutir com os usuários do serviço também. Ir disseminando a ideia e de repente se todos os serviços fizessem isso, não se chegasse na próxima conferência e teria mais abertura para outros pensamentos mais clareza no que se quer e no que não se quer.

P9: Eu acho até que para a próxima conferência deveria ter isso aqui né...uma última a gente discutiu isso. O que é que foi feito? O que resultou das resoluções anteriores por exemplo. A gente começar a se cobrar destas questões da funcionalidade...por que a gente se acomoda.

5.5 Tema Gerador 5: Liberdade, Conhecimento, Educação Permanente

Este tema gerador inclui liberdade, conhecimento e educação permanente. A liberdade foi entendida como tema gerador tendo em vista que, algumas concepções de autonomia, referidas pelos participantes, atrelaram-na à liberdade, a qual é vista também

como uma potencialidade na interação com os colegas e na relação com os usuários.

O conhecimento surgiu como algo intimamente ligado à autonomia sob o ponto de vista da capacidade de argumentação. Já a educação permanente despontou como uma potente estratégia para o fortalecimento da autonomia e está situada dentro deste tema gerador, tendo em vista a compreensão de que ela tem estreita relação com o conhecimento, na perspectiva freiriana da *leitura do mundo*, o que será aprofundado na discussão dos resultados.

5.5.1 Fase da decodificação

Liberdade

P1: Tem atos que são vinculados que nós não temos liberdade, nós fazemos de acordo com o que a lei diz. E atos que são discricionários que a gente tem uma liberdade maior. Há situações em que tu não vai conseguir encaixar a lei, nem te dá isso, aí te provoca a autonomia. Ou tu tens (autonomia) ou tu vai ficar parado né nas situações que a gente lida. Vai te exigir essa tomada de decisão. (...) Acho que uma certa liberdade que nós temos enquanto equipe, de atuar de forma livre, não no sentido de libertinagem. Livre no sentido de fazer uma escolha e ter a tranquilidade de apresentar ela.

P7: Eu acredito que a liberdade na função que se tem no serviço e no tratamento do usuário né. Eu me sinto bem autônomo nesse sentido. Não precisa lá vir escrito o que e como tem que fazer. Acho que aí dá uma certa liberdade.

P2: Mas não é total né (a liberdade). Assim mesmo tu és regido por leis e normativas seja do conselho de classe, leis da saúde mental, da saúde, enfim. Tu tens autonomia dentro da tua linha de atuação.

P3: A liberdade, ela é assim, mediada pelo bom senso e tipo cada caso é um caso e tu vai trabalhar em cima disso aí. A liberdade da conduta. E eu acho que em uma equipe multidisciplinar a liberdade é ponderada de acordo com o que cada um pensa na equipe. A gente não toma uma decisão importante por si só né. A gente tem que discutir na equipe e essa decisão vai ser uma resolução da própria equipe né. E daí sai aquele peso (avaliação), o bom senso. Acho que está muito ligada também ao respeito e responsabilidade.

P4: Autonomia é você ter a liberdade de exercer seus conhecimentos técnico-científicos inerentes à profissão. Estar pensando, planejando, executando sem qualquer tipo de censura dentro dos princípios éticos da profissão.

P6: Eu acho que é a liberdade é um ponto positivo da gente trabalhar né, da parceria que a gente tem há tempos. Com certos colegas a gente tem parceria boa e o ambiente de trabalho ajuda bastante.

P8: Olha, essa coesão da equipe, essas discussões dos casos, eu acho muito

importante, essa liberdade de poder falar, de se tirar dúvida, de complementar o teu raciocínio com o do colega, de estar tendo suporte do colega quanto tu precisa.

Conhecimento

P2: Acho que segurança né (o conhecimento). O conhecimento do próprio serviço público né, das leis, enfim as leis que regem o nosso país de uma maneira geral. Um exemplo, se alguém sem conhecimento vem te exigir algo tu tens como argumentar, não isso não pode. E vou te dar um exemplo bem prático, a questão de o servidor dirigir o carro da prefeitura para fazer visita domiciliar. Não pode porque é desvio de função. Isso não pode. A gente não tem carteira de motorista profissional, tu tens que ter este conhecimento que a gestão ignorou.

P9: E tem essa questão assim, as pessoas dizem que pode, mas não colocam as consequências. Mas tem uma assinatura né. Só que daí tem uma infração ou bate o carro e tal aí tem o conhecimento (que o servidor não tem) ele não sabe com o que ele vai arcar. Então é um problema que ele vai ter.

P3: Saber o que pode e o que não pode. E procurar argumentar também. Acho que individualmente o conhecimento técnico de cada um, daquilo que tu faz, enfermagem, medicina (contribuem para autonomia).

P7: E tem uma diferença né? O que é o direito das pessoas e o que é dado a elas. Às vezes temos o conhecimento todo (do direito), mas não temos autonomia para dar (condições de dar). Esse conhecimento sobre o geral todo da prefeitura é que quando tu entras eles não te dizem nada. Só te colocam lá em um lugar. Daí tu depende dos colegas para saber (aprender) alguma coisa.

P4: Então tu não podes ter conhecimento somente dentro daquela área que tu estás praticando. Tem que ter conhecimentos gerais, da previdência, dos direitos trabalhistas, tem que ter um aparato de conhecimentos para ter essa fundamentação né. Ter essa crítica e se calçar nisso. Senão entra de gaiato. Porque lá na frente aquela assinatura é apenas uma assinatura que autoriza a dirigir o carro. Não te dá respaldo nenhum, não te dá segurança nenhuma. Quando cai lá no jurídico, na corregedoria, tem as leis que falam sobre isso. O funcionário tinha que saber que ele não pode assumir isso. Aí ele assume na ingenuidade porque não tem o conhecimento. Então a própria lei que protege ele é a que pode vir a punir.

Educação Permanente

P2: Mas eu não sinto apoio da gestão para educação permanente.

P3: Não estão trazendo pessoas como era antigamente (para educação permanente).

P9: É até mais fácil de organizar. A equipe está aqui (na segunda de manhã). Qual a necessidade do tema? Porque a gestão pode dizer: o NEPeS oferece às vezes tema tal, mas não vem ao encontro do que a equipe quer, nem todos vão participar. Não pode, às vezes sair todo mundo. Mas aí um vai e traz para os

outros, mas não é a mesma coisa.

P4: A ideia de educação permanente é que o serviço levante né a necessidade. Porque capacitação para tal coisa, isso na realidade não é uma educação permanente.

P1: Acho que poderia ser melhorado essa questão da educação permanente na comunidade, na sociedade. O trabalhador de saúde mental ele não trabalha somente com a loucura, mas é uma integralidade do sujeito e aí a gente poder ter uma maior autonomia do nosso trabalho e ter motivação para ter essa maior autonomia. Falta também ser motivados porque tem esse ponto de que não somos valorizados, não somos vistos. É diferente por exemplo de um trabalhador de saúde de um hospital ou de uma unidade básica e de um trabalhador de saúde mental por conta talvez desses estigmas.

5.5.2 Fase do desvelamento crítico

Liberdade

Animador pergunta: Sobre a liberdade, foi mencionado que ela é limitada dentro de um serviço público devido às leis que o regem. No entanto, é possível visualizar maior liberdade na relação terapeuta-paciente mais do âmbito de núcleo, ou seja, liberdade de conduta. Existem situações mais ligadas ao âmbito das subjetividades nas quais a lei não tem abrangência e vai exigir bom senso e responsabilidade. Diante deste contexto como a equipe vê o exercício da liberdade no amadurecimento de sua autonomia?

P1: Eu acho que é positivo aqui, essa liberdade no exercício da autonomia. Nessas questões onde a gente não tem algo concreto e certo para decidir e que entra na subjetividade. A gente procura o bom senso num consenso com os demais colegas. A equipe acho que nos dá essa segurança para exercer essa liberdade. Acho que é positivo. Mas aí é naquelas coisas que não tem lei que nos diga como fazer. A lei não consegue abarcar tudo. A gente vai ter que tomar decisões baseadas num bom senso que não viole também outras normas. Eu acho que a gente tem crescido nesse sentido porque é uma equipe com décadas múltiplas aqui.

P3: É uma coisa que a experiência dá para a gente né?

Silêncios!

Conhecimento

Animador pergunta: O conhecimento apareceu como algo importante em vários temas abordados nos círculos de cultura: emergiu como sinônimo de autonomia, como base para argumentação, como algo que dá maior segurança na tomada de decisões, entre

outros. E esse conhecimento diz respeito ao conhecimento técnico de cada profissão, ao conhecimento do serviço público, ao conhecimento das leis e também ao conhecimento da legislação em saúde mental. Posto isso, o que a equipe avalia que estaríamos necessitando em termos de conhecimento (tema, assunto)? E como poderíamos nos movimentar para buscar isso?

P9: Eu particularmente, o trabalho em saúde mental. E é estudo também né. Apesar de que eu aprendi muito nas conversas, nos troca-trocas né, com a equipe. Eu acho que é o que mais fica assim. Mais fixa também. Então a gente vai tendo as dúvidas e vai colocando. Eu não sabia quando entrei o que sei hoje. Foi bem positivo assim, mas é bastante coisa. O aprimoramento, as capacitações são constantes, educação permanente né. E dividir.

P1: A questão do PTS. Geralmente quando a gente acolhe a gente define algumas coisas já. Daí quando eu comecei eu ficava pensando, quem sou eu para definir alguma coisa com esse usuário, sabe? Que conhecimento eu tenho? É justo que cada um faça para não sobrecarregar os demais, mas às vezes essa noção de acolhimento, dependendo da formação e tal. Geralmente o nível médio não tem uma formação né. Não é exigida. E aí tu pensa que vai definir alguma coisa com uma pessoa assim. Talvez o PTS.

P6: Até questões íntimas né, que o paciente relata. Quantas vezes a gente já passou por situação de pessoas que já sofreram alguma violência, algum abuso e é uma coisa muito íntima. Um tema, um assunto, talvez nesse sentido. E a segunda pergunta, já falamos, reservar um horário dentro da reunião de equipe.

Animador pergunta: Todos sabemos que vivemos em uma época de grandes e contínuas mudanças em nosso contexto social. Nosso conhecimento atual, enquanto equipe consegue nos dar suporte para acompanhar essas mudanças? Por outro lado, pelo que vivenciamos e sentimos no nosso trabalho diário, poderíamos produzir um conhecimento novo sobre a atenção em saúde mental no CAPs?

P3: Sim. Eu acho que a questão de a gente insistir e tentar conseguir que os pacientes possam ter mais autonomia. Trabalhar mais a questão da autonomia. Eles têm uma tendência a ficarem muito dependentes para tudo.

P4: Acho que nos reunindo sim, poderíamos produzir.

P1: Sim. O conhecimento compartilhado entre os membros da equipe. Isso ajuda muito na nossa autonomia.

Animador pergunta: Por outro lado, pelo que vivenciamos e sentimos no nosso

trabalho diário, poderíamos produzir um conhecimento novo sobre a atenção em saúde mental no CAPs?

Todos responderam sim.

P3: Sim. Eu acho que a questão de a gente insistir e tentar conseguir que os pacientes possam ter mais autonomia né. Trabalhar mais a questão da autonomia. Eles têm uma tendência a ficarem muito dependentes né, para tudo.

P4: Acho que nos reunindo sim, poderíamos produzir.

P1: Sim. O conhecimento compartilhado entre os membros da equipe. Isso ajuda muito na nossa autonomia.

Educação Permanente

Animador pergunta: Sobre a Educação Permanente, ela surgiu como uma atividade que pode vir a fortalecer a autonomia da equipe. Sendo assim, que estratégias poderiam ser usadas para que se possa implementar efetivamente alguma atividade de educação permanente no Serviço? A Equipe tem clareza do que necessita (temas, assuntos) em Educação Permanente?

P3: Eu acho que a gente poderia em alguma segunda-feira do mês desenvolver uma lista de assuntos né e já dividir quem se propõe a coordenar né. Estudar teoricamente né. A gente acaba fazendo muitas vezes empiricamente. Por exemplo a realização dos grupos. A teoria. Mas a gente poderia eu acho fazer a lista de temas importantes e depois se dividir né.

Animador pergunta: Algo mais? Alguma sugestão de temas que poderiam ser trazidos?

Silêncio!

6. DISCUSSÃO



Figura 22: Ilustração discussão

"É uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiado certos de nossas certezas" (FREIRE, P., 2003, p. 27-28).

Neste capítulo será feita a discussão crítica sobre os temas geradores. Essa discussão se dará a partir do referencial teórico freiriano complementado por autores e filósofos da área de saúde mental e saúde coletiva, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde que norteiam as políticas públicas em saúde.

6.1 Serviço Público e suas interfaces com a burocracia, a hierarquia e a gestão

Foi possível identificar que há uma percepção, por parte dos trabalhadores, de que o serviço público, pela legislação que o rege, pela hierarquia e pela burocracia, restringe um pouco, na opinião de alguns, e muito, na opinião de outros, a autonomia. Sendo assim, realizou-se uma busca na literatura que trata deste assunto, sobre pontos de vista e análises que pudessem subsidiar esta discussão.

Em outubro de 1939 o presidente Getúlio Vargas promulga um dos primeiros documentos que consolida as normas referentes ao funcionalismo público: o decreto 1713/1939 que dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis, definindo-os como pessoas legalmente investidas de cargos públicos. Entre outras coisas esse decreto traz os direitos e vantagens bem como os deveres e responsabilidades dos funcionários. A partir da Constituição de 1988, em seu artigo 37, incisos I e II, com a ideia de justiça centrada na isonomia de oportunidades para todos, o serviço público ganha mais qualidade e independência passando a obedecer aos princípios fundamentais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (NEGREIROS, 2019).

Telles de Menezes (2021), nos convida a uma visão menos rígida do princípio da legalidade, ao discutir a necessidade e as possibilidades de adoção do princípio da autonomia funcional para a gestão de pessoas no âmbito do serviço público brasileiro. Ao mesmo tempo em que concorda que, no Brasil, este princípio (o da legalidade) signifique que o servidor não possa fazer nada, senão o que a lei determina, também pondera que, colocar a lei como um manual estrito de conduta pode inibir o surgimento de práticas inovadoras no seio da administração, atribuindo ao legislador o ônus de construir os caminhos necessários para a produção de mudanças. Sem muito esforço, pode-se concluir que a premissa de que o servidor só pode atuar quando e como determina a lei, inibe a tão prestigiada pro atividade ou iniciativa.

Este mesmo autor relaciona uma série de ações exitosas realizadas por empresas em todo mundo com o intuito de conceder maior autonomia aos funcionários e, deste modo, incentivar a inovação, a solução de problemas e estimular a motivação. Apesar das ações citadas acontecerem no setor privado, e, portanto, a comparação requerer cuidado

por se constituírem esferas distintas, o autor afirma que a administração pública brasileira ainda está baseada em jornadas rígidas, em estrita observância de regulamentos, na subordinação hierárquica e na aversão à experimentação, aspectos contrários à autonomia. Reforça, ainda, o autor:

Além disso, a existência de hierarquias rígidas, a baixa participação dos servidores de nível de execução nos processos de tomada de decisão, e a possibilidade de livre nomeação para cargos estratégicos, com base em critérios subjetivos e pouco democráticos ou transparentes, podem operar como inibidores da participação, da iniciativa e do envolvimento dos servidores com os projetos de aperfeiçoamento dos serviços prestados. Da mesma forma, a legislação funcional foi reformada (art. 96-A, L. 8.112/90) para restringir a autonomia do servidor em relação à sua capacitação, limitando-a a hipóteses regulamentadas e que tendem, por isso mesmo, a operar no espectro do previsível e ordinário, no campo da revolução disruptiva necessária à inovação. Ademais, foram revogadas previsões de recompensas, como as licenças-prêmio e adicional por tempo de serviço, que, contrariamente, poderiam ser reformadas para introduzir variáveis de inovação e engajamento como passíveis de recompensa (Telles de Menezes, 2021, p.258).

Na linha destas reflexões, a busca por mais autonomia, cuja possibilidade de adoção se discute, consiste em tratar os servidores públicos não como autômatos subordinados a um pensamento de legalidade forte, mas como pessoas qualificadas ou passíveis de serem mais qualificadas e, por isso, capazes de propor soluções e tomar decisões. Destaca-se ainda que, ao invés de representar autorização para que o servidor faça o que quer, a adoção do princípio da autonomia, significa reconhecer a capacidade do servidor em contribuir de forma inovadora para que se possam atingir os resultados estratégicos estabelecidos na esfera da política pública na qual se insere o seu trabalho (TELLES DE MENEZES, 2021).

O que pode ser observado, na fase decodificação, foi que o serviço público, pela sua legislação e regras, interfere muito na autonomia do servidor: alguns entendem que não se tem autonomia e outros que esta autonomia é relativa e surge mais nas relações de núcleo profissional, ou seja, na atuação direta com os usuários. No entanto, é possível identificar uma certa contradição neste aspecto, sobretudo na esfera municipal, quando ocorrem as trocas de governo e o planejamento/prosseguimento de certas ações é afetado. Apesar de haver o plano plurianual que tenta assegurar a continuidade das ações nas trocas de governo, na prática, isso não se dá com tanta facilidade.

Por outro lado, quando se buscam proposições para essa questão, na fase do desvelamento crítico, é possível identificar alternativas como capacitações para

desenvolver um conhecimento mais aprofundado acerca dos fundamentos do serviço público. Importante destaque para o fato de que o servidor deve servir ao público e não ao gestor, apesar de estar subordinado hierarquicamente a este. Aqui talvez resida um grande desafio para o trabalhador de saúde mental: trabalhar por uma população que, em sua maioria, não é economicamente ativa, e, ao mesmo tempo, estar subordinado a governos que são transitórios e vislumbram, na maioria das vezes, a eleição seguinte. Os objetivos das duas partes, não raro, se bifurcam e isso pode ser observado tanto nas prioridades e recursos alocados na área de saúde mental quanto em discordâncias de ações (entre gestão e atenção) que muitas vezes se apresentam e fomentam acaloradas discussões no Conselho de Saúde Municipal.

Neste ponto, Milhomen e Oliveira (2007) nos lembram que, ao considerarmos a atenção psicossocial, é necessário que se reconheça a existência de um intermediário – institucional, jurídico-político, legal – entre o trabalhador e o seu trabalho. Atualmente, ao contextualizar a existência dos CAPs no âmbito do SUS, reconhece-se a preponderância de serviços de natureza pública, como é o caso do CAPs em estudo neste trabalho. Esse intermediário, portanto, é o gestor público, situado em nível municipal.

Um ponto importante observado é que, enquanto não se dispõe de capacitações institucionalizadas para dar conta do conhecimento necessário à atuação no serviço público, a aquisição deste saber vai se dando aos poucos no convívio e no aprendizado com a experiência dos colegas mais antigos e com as situações que se apresentam no dia a dia dos serviços. No que diz respeito a questões tecnológicas, os mais antigos vão aprendendo com os mais novos. Nesta situação, Freire (1987), elucida que os homens aprendem uns com os outros, mediatizados pela realidade, ou seja, o homem aprende mediado por uma relação de influência educativa que o mundo exerce.

Surge ainda, como estratégia para o enfrentamento das trocas de gestão, a criação de protocolos internos que fiquem documentados e validados pelo serviço, cujo intuito seria dar mais solidez ao que é criado dentro do CAPs para balizar suas atividades diárias de atenção ao público-alvo: acolhimentos, atividades de grupos, fluxos de internações voluntárias e compulsórias, encaminhamentos, benefícios assistenciais, entre outros. Soma-se a isso a união do grupo de trabalho em torno de objetivos comuns e a identificação, por parte da equipe, da necessidade de se adotar critérios técnicos para a indicação de certos cargos.

Embora o grupo reconheça a importância destes critérios para os cargos de confiança, reconhece também que não tem governo algum sobre essa questão. Neste

aspecto Freire (1980b) nos ampara com sua visão acerca das *situações limites*, afirmando que é preciso aprender a penetrar essas situações, desvelando-as e criticando-as. Muitas vezes elas se apresentam como formas culturais aceitas naturalmente e quem delas participa não se sente em condições de produzir mudanças. No entanto, Freire propõe o desenvolvimento de um pensamento crítico presente na pedagogia da denúncia e do anúncio do *inédito viável* a ser buscado e experienciado. Na situação em tela, a busca do embasamento pelo conhecimento surge como alternativa considerando o *inédito viável*.

Por outro lado, a questão relativa a como se poderia proporcionar a maior união e fortalecimento entre os membros do grupo apontou na direção do diálogo, da conversa. Nesse sentido, Freire (1987) contribui com uma reflexão bastante oportuna: para ele, por meio do diálogo, é possível se olhar o mundo e a existência como algo em processo, em construção, e, sob este ponto de vista, o diálogo surge como força que impulsiona o pensar crítico-problematizador. Ao mesmo tempo, ele refere algumas condições para o diálogo verdadeiro e humanizado: valorização de saberes diferentes que devem emergir da comunicação crítica e esperançosa e a construção de novos saberes. Esse novo saber se dá a partir da situação dialógica que estimula a interação e a partilha de mundos diferentes, mas que, compartilham do sonho e da esperança na construção do *ser mais*.

Um aspecto importante, ainda, identificado foi em relação à existência de um certo distanciamento entre atenção e gestão em relação ao planejamento das ações. Percebeu-se, nas falas dos participantes, que, por vezes, esse afastamento decorre do envolvimento com as demandas de atenção, mas também pela falta de um conhecimento técnico sobre planejamento e gestão por parte dos servidores. Esse afastamento também foi identificado por Souto (2022) em uma pesquisa apreciativa, com referencial teórico em Paulo Freire, envolvendo trabalhadores da RAPS do mesmo município. No referido trabalho foram identificados quatro sonhos possíveis, na perspectiva do *inédito viável*: mais espaços para educação permanente em saúde; aproximação entre gestão e atenção; ampliação de parcerias com as IES e trabalhadores mais comprometidos.

Neste ponto entende-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) tem bastante a contribuir, e de pronto, cita-se dois princípios da PNH: a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. O primeiro define que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde, portanto, os trabalhadores e usuários precisam procurar saber como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisões nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. O segundo,

estabelece que qualquer mudança na gestão/atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade dos envolvidos (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens e as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como cidadã de direitos valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013, p.03).

Do exposto, é possível inferir que o processo de construção da autonomia dos trabalhadores de saúde mental perpassa também pelo amadurecimento das relações com a gestão no sentido do planejamento e implementação conjuntos de ações que possam agregar bons resultados para os usuários, trabalhadores e gestão. Aqui, a pedagogia freiriana, essencialmente humanizadora, nos ilumina mais uma vez postulado que, a luta pela superação de *situações-limites* nas quais nos encontramos imersos é a razão de ser de nossa existência e o impulso prático a partir do qual nos humanizamos já que temos a capacidade de construir novos sentidos e novos modos de viver no mundo. Freire nos aponta este caminho, uma vez que temos capacidade ético-política para intervir no mundo e construir algo de novo na história (STRECK; REDIN; ZITKOSKI; 2019).

No que concerne à burocracia, é possível perceber, pelos relatos, que ela torna mais demorada a concretização de algumas ações até pela necessidade de justificativas, de comprovações, de levantamento de dados, de orçamentos, entre outras coisas. No entanto, é compreendido também que a burocracia é necessária e até proporciona uma certa segurança ao servidor quando se acha a medida certa. Entretanto, pode gerar um excesso de rotinas e repetições na jornada laboral, o que, não raro, leva à desmotivação. Silva e Knobloch (2016, p.328), apontam uma relevante observação em relação à burocracia nos serviços de saúde mental:

Reconhece-se, às vezes, uma burocratização das ações, que, em alguns momentos, podem se referir a fatores de proteção/defesa por parte do grupo. Abordar o sofrimento é muito angustiante, e fazer isso de forma intensa, constantemente, pode desestabilizar o grupo, por isso, a procura de alguma garantia de alívio em atividades mais objetivas e formais.

Cancian (2007) nos lembra que, o termo "burocracia" surgiu na segunda metade do século XVIII para designar a estrutura administrativa estatal, composta pelos funcionários públicos, os quais eram responsáveis por várias áreas relacionadas aos interesses coletivos da sociedade: as forças armadas, a polícia, a justiça, entre outras. Max Weber, elaborou um conceito de burocracia baseado em elementos jurídicos do século XIX: o termo era empregado para indicar funções da administração pública, normas, atribuições específicas, esferas de competência bem delimitadas e critérios de seleção de funcionários. Nesta perspectiva, a burocracia, podia ser definida como aparato técnico-administrativo, composto por profissionais especializados, selecionados de acordo com critérios racionais e que se encarregavam de diversas tarefas importantes.

O Estado brasileiro adota o modelo Weberiano de burocracia, o qual aponta ainda que a burocracia, existiu em todas as formas de Estado, desde o antigo até o moderno. Contudo, foi no Estado moderno que ela atingiu seu mais alto grau de racionalidade, destacando-se por algumas premissas: funcionários ocupantes de cargos burocráticos são considerados servidores públicos; funcionários são contratados em virtude de competência técnica e qualificações específicas; funcionários cumprem tarefas balizados por normas e regulamentos escritos; a remuneração é baseada em salários estipulados em dinheiro; funcionários estão sujeitos a regras hierárquicas e códigos disciplinares que estabelecem as relações de autoridade (CANCIAN. 2007).

O autor supracitado reforça ainda que a divisão de funções, a seleção de pessoal especializado, os regulamentos e a disciplina hierárquica são fatores que fazem da burocracia moderna o modo mais eficiente de administração, tanto na esfera privada quanto na pública. Entretanto não são raras as críticas ao aparelho burocrático, devido à rigidez administrativa, ao volume de normas e de regulamentos, o que, muitas vezes produzem efeitos adversos como, por exemplo, a lentidão dos processos. Em uma visão Weberiana, a burocracia e a burocratização são processos inexoráveis, ou seja, inevitáveis e crescentes, presentes em qualquer tipo de organização, seja ela de natureza pública ou privada. A organização burocrática é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de uma nação, indispensável ao funcionamento do Estado, ao gestor dos serviços públicos, e a todas as atividades econômicas particulares.

Ao mesmo tempo, identifica-se, nas falas dos participantes, um postulado Freiriano presente em toda a sua obra, que é o fato do homem ser um indivíduo histórico, mergulhado em um permanente movimento de procura. E nessa procura, ele dialoga sobre

e com o mundo acerca dos desafios e problemas encontrados. O fato dele ser histórico, no tema em questão, possibilita o reconhecimento de que a burocracia, de certo modo, tem se modernizado, sobretudo com a chegada dos avanços tecnológicos, tornando os trâmites burocráticos mais rápidos e eficientes, tanto no que concerne ao relacionamento com a rede de atenção e judiciário quanto em relação ao registro dos atendimentos, como por exemplo o prontuário eletrônico e a Consulfarma. (FREIRE, 2015).

Em uma tentativa de aproximar o referencial teórico da ideia de burocracia encarnada pelo serviço público foi possível encontrar em Freire e Fagundez (2013), o pensamento de que a existência humana implica radicalmente em assombro (espanto), pergunta e risco. E por tudo isso, implica em ação e transformação. No caminho inverso, a burocratização suscita adaptação, portanto, com um mínimo de risco, de assombro e sem estímulos a perguntas, à criatividade, ao risco de inventar e de reinventar. Essa constatação vem ao encontro das falas dos participantes de que a repetição de rotinas, acomoda e desmotiva, pois inibe algo que é da natureza humana: o ato de criar.

Deste modo, trabalhar em um serviço que, ao mesmo tempo é público e oferece serviços de saúde mental requer paciência e resiliência, como foi possível observar nas falas dos participantes. Paciência para entender que nem tudo depende exclusivamente do trabalhador, que muitas coisas serão difíceis de conquistar em função da complexidade e do tamanho da máquina pública. E resiliência para compreender que o servidor precisa investir em criatividade na busca de soluções diante das demandas do público atendido (que são dinâmicas, particulares e sobre as quais a lei não tem abrangência). Neste aspecto Freire (1980b) traz à tona o caráter inacabado dos homens e o caráter evolutivo da realidade, o que exige que a educação (neste caso a educação que decorre da leitura do mundo) seja uma atividade em contínuo refazimento por meio das *práxis*.

Ramminger (2005) reitera que, o trabalhador de saúde mental, sobretudo aquele mais identificado com as premissas da Reforma Psiquiátrica, constitui-se nesta tensão entre o habitar um lugar rico para criação e invenção, o confronto com a dureza do setor público submetido a uma visão estereotipada e de desvalorização, e, ainda, com a falta de investimentos e ações intersetoriais que impõem limites à prática. É neste cenário que o trabalhador se constrói e é no confronto com o sofrimento, seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer, que se dá o cotidiano do trabalho.

6.2 Trabalho em Equipe: características da equipe, reuniões de equipe, comunicação e diálogo e resistência a mudanças

Em relação a este tema gerador, é importante destacar de antemão, que o trabalho em equipe é a base do funcionamento dos CAPs, tanto que, a portaria 336/2002 prevê a composição de equipes mínimas para que possa ser ofertado, ao usuário, uma atenção integral e de qualidade. É importante considerar, no entanto, não somente o trabalho em equipe mas a maneira como esta equipe se articula na oferta do cuidado. Há a necessidade de uma atuação interdisciplinar no campo da saúde mental e isso decorre do fato de que o “adoecer psíquico” não é um fenômeno homogêneo e simples, mas complexo e multifacetado. Ele decorre de uma complexa teia de eventos biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos. Sendo assim, os modos de atenção ao usuário necessitam ser os mais diversificados possíveis pois o mero envolvimento de técnicos de diferentes formações, a justaposição de ações, às vezes antagônicas, não resulta em melhoria da atenção, que só pode se beneficiar de ações integralizadas e contextualizadas (MILHOMEM, M.A.G.C; OLIVEIRA, A.G.B, 2007)

Posto isso, despontou, como grande tema gerador, o trabalho em equipe e, como subtemas, a equipe, as reuniões de equipe, a comunicação/diálogo e a resistência a mudanças. No que concerne à equipe, foi possível identificar, na fala dos participantes, que se trata de uma equipe que caminha junto há um tempo considerável e que afirma a importância de saber lidar com as diferenças. Os trabalhadores destacam que o fato de não haver competitividade como um ponto positivo. Soma-se a isso a coesão quando se tem objetivos comuns. Isso tudo, juntamente com o fato de haver momentos de descontração, contribui para um bom ambiente de trabalho, o que diminui a rotatividade porque os trabalhadores gostam de estar desempenhando o trabalho junto com os colegas.

Por outro lado, foi destacado a importância de se ter perfil para o trabalho em saúde mental, de se ter empatia com os usuários. Neste ponto, Silva e Knobloch (2016) colaboram, afirmando que o trabalho em Saúde Mental, sobretudo a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, exige dos trabalhadores a contínua revisão de suas práticas para além da legislação, das técnicas e das teorias. Requer também a análise coletiva de ideias preconcebidas e valores morais, uma vez que estes interferem diretamente no manejo dos usuários. E no que concerne à autonomia, os participantes entendem suas autonomies mais fortalecidas no trabalho em equipe, uma vez que a tomada de decisões, em grande parte, é realizada pelo grupo, proporcionando assim, maior segurança.

Uma pesquisa realizada em um CAPs de Salvador apontou que um dos

facilitadores do trabalho em equipe é a boa relação interpessoal de seus integrantes, o que parece ser o caso do presente estudo. Essa pesquisa aponta também que um pequeno grupo de membros da equipe trabalha junto já por um tempo longo e isso facilita a realização de um trabalho mais integrado e, de certo modo, mais similar, pois compartilham da mesma lógica da clínica, diferenciando-se da restante equipe. Esse parece ser o caso também do CAPs deste estudo, porém, envolvendo a maioria da equipe e isso surge como um ponto positivo no sentido dos integrantes, em sua maioria, se conhecerem há muito tempo e respeitarem suas diferenças tanto no âmbito do núcleo profissional quanto nas questões pessoais (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Essa confiança no trabalho dos demais colegas traz mais segurança nas escolhas e decisões que precisam ser feitas pela equipe. Entretanto foi mencionado também, que muitas coisas podem entrar em um “fazer automatizado”, devido ao grande fluxo de usuários. Isso parece decorrer, em parte, do alto número de usuários atendidos, bem acima do que a portaria 336/2002 prevê e, em parte, da rotina de fazeres burocráticos que o CAPs exige. A demanda excessiva de usuários em CAPs é relatada em outros dois trabalhos: Abuhab *et al.* (2005) e Jafelice e Marcolan (2018). Os primeiros autores afirmam que um número excessivo de usuários prende as pessoas às tarefas (terefismo) dificultando uma melhor qualidade na atenção. Afirmam também que a competição entre os trabalhadores é um aspecto negativo do trabalho em equipe. Os segundos referem que, diante da sobrecarga diária de atendimentos e tarefas, estas acabam por produzir um distanciamento das propostas efetivamente terapêuticas e produção de contratualidade.

Contudo, no presente trabalho, surgiu o relato de que, no trato com os usuários, existe em “fazer artesanal” porque cada usuário é um universo diferente. Isso vem ao encontro do pensamento de Millhomem e Oliveira (2007) acerca do complexo e multifacetado trabalho na atenção psicossocial onde há a necessidade de que os modos de atenção ao usuário sejam os mais diversificados possíveis. Já na fase do desvelamento crítico em relação aos fazeres que parecem estar automatizados na equipe, poucas soluções foram vislumbradas, no entanto, e não pouco importante, foi a sugestão de se ter um espaço na reunião de equipe para que se pudesse pensar esse assunto no sentido de se refletir sobre a ação e buscar soluções em conjunto.

Freire (1987, p.78) diz que “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”. Nesse sentido, o desvelamento da solução encontrada pela equipe se aproxima do pensamento freiriano e, por meio de um olhar mais atento, encontramos também em Freire (1987, p. 68) “... ninguém educa ninguém,

como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. Esse pressuposto freiriano vem ao encontro do trabalho em equipe e do quanto ele pode ser educativo e construtivo na atenção aos usuários quando os integrantes do grupo estão dispostos a ouvir e a falar, em uma troca e partilha de saberes e experiências. Freire concebe o conhecimento como estando embasado na prática social e não como produto de uma ação individual do homem. Preconiza que os temas discutidos e aprofundados surjam da “leitura do mundo” e façam sentido para os participantes.

Apesar do tempo de trabalho mais longo trazer algumas facilidades para o trabalho em equipe houve o relato de que o mesmo pode gerar acomodação e desmotivação tendo em vista que, ainda que ocorram as trocas de governo, as perspectivas de mudanças na estrutura “macro” são pequenas. Zgiet (2013) em uma pesquisa com os trabalhadores do Distrito Federal, identificou, neste campo, pouco reconhecimento e o fato de que o trabalhador da saúde mental é o último a ser visto em uma escala de trabalho da saúde. Abuhab *et al* (2005), citam, entre as dificuldades encontradas pela equipe de um CAPS III, escasso apoio e participação do órgão gestor na unidade de saúde.

Nessa linha de pensamento, surgiu também, no que concerne ao trabalho em equipe, somado ao tempo de trabalho, a resistência a mudanças. Em uma linha contínua e crescente, os trabalhadores entendem que são mais resistentes para mais do que para menos. Compreendem isso também como natural no comportamento de qualquer ser humano e acrescentam ainda que, a experiência juntamente com o conhecimento gera a resistência. Dentro desta ideia Streck, Redin e Zitkoski (2019, p. 416), contribuem para o entendimento das resistências:

(...) a concepção da resistência em Freire se aproxima mais da proposta de que existe uma relação de conflito entre as ideias dominantes, cuja hegemonia não tem como ser total, e as ideias contra-hegemônicas, que surgem como oposição e que são criadas através da luta política e cultural. Assim, a resistência deixa de ser um movimento só de reação de autodefesa e passa a ser uma ação política ofensiva. As resistências são práticas que contariam alguns aspectos da visão de mundo dominante. Por isso, reconhecer que o sistema atual não inclui a todos, não basta. É necessário precisamente, por causa deste reconhecimento, lutar contra ele e não assumir a posição fatalista forjada pelo próprio sistema e de acordo com o qual não há o que fazer, a realidade é assim mesma.

Gadotti, M. (2021) em uma reflexão sobre a educação do futuro na perspectiva de forças hegemônicas e contra-hegemônicas nos coloca que muito do que se produz de

novo, se produz dentro da resistência e da contestação. Isso vem ao encontro do que os participantes trouxeram em relação ao fato de que uma mudança precisa estar muito bem fundamentada, e que o conhecimento e a experiência nos tornam mais críticos para aceitar ou rejeitar a mudança, quando ela vem de fora da equipe. Entretanto, em uma perspectiva mais organizacional, Kinicki e Kreitner (2010, p.408) nos ajudam a entender a resistência a mudanças dizendo que:

Geralmente é difícil para as pessoas experimentarem novas maneiras de fazer as coisas. É exatamente por causa dessa característica humana básica que a maioria dos empregados não tem entusiasmo pela mudança no local de trabalho [...] A resistência à mudança é uma resposta emocional/ comportamental a ameaças reais ou imaginárias a uma rotina de trabalho estabelecida.

Robbins (2005) esclarece que a resistência à mudança nem sempre aparece de forma clara e explícita, muitas vezes ela está implícita nos comportamentos e surge, por exemplo, como perda da motivação, aumentos de erros no trabalho e de absenteísmo por problemas de saúde, entre outros. O autor classifica as fontes de resistência como individuais ou organizacionais. Como individuais ele cita os hábitos (dificuldade de mudar os costumes), segurança (muitas vezes as pessoas se sentem ameaçadas), fatores econômicos (quando a produtividade está relacionada à remuneração), medo do desconhecido (incerteza) e processamento seletivo de informações (as pessoas só ouvem o que querem ouvir e ignoram informações que possam desafiar o mundo que construíram).

Por outro lado, as fontes de resistência organizacionais seriam a inércia estrutural (as organizações possuem mecanismos para produzir estabilidade e quando se defrontam com a mudança essa inércia age como um contrapeso para sustentar a estabilidade), foco limitado de mudança (as organizações são formadas por subsistemas e, assim, mudanças pontuais nesses subsistemas tendem a ser anuladas pelo sistema maior), inércia do grupo (mesmo quando as pessoas desejam mudar seus comportamentos as normas do grupo limitam essa mudança), ameaça de especialização (as mudanças nos padrões organizacionais podem ameaçar a exclusividade de alguns grupos especializados) e, por fim, ameaças às relações de poder (quando a redistribuição de autoridade para tomada de decisões pode ameaçar as relações de poder já estabelecidas).

Bernardes e Marcondes (2003) citam ainda as variáveis culturais de resistência à mudança: a crença de que o avanço tecnológico pode provocar desemprego; normas e

valores adquiridos e arraigados ao longo do tempo originam uma cultura na organização que não é fácil de mudar; os sentimentos criados pela dinâmica organizacional são dificilmente confessados e incluem a insegurança do emprego, insatisfação pelo trabalho e as raivas ou antipatias pessoais.

Na fase do desvelamento crítico foi reconhecido pela equipe de trabalho que não é fácil perceber, algumas vezes, o que não está funcionando bem dentro da dinâmica de trabalho e isso só acontece quando há alguma intercorrência. Por outro lado, foi considerado que, em um trabalho que lida tanto com a subjetividade humana, é difícil saber o quanto este trabalho está sendo efetivo e o que é necessário mudar. A força do hábito aparece como algo que dificulta a implementação de mudanças e isso vem ao encontro do que Robbins (2005) classifica como uma fonte de resistência individual. Importante trazer aqui a percepção de que a equipe considera que acolhe bem os servidores novos que chegam e os que não ficam é porque não se adaptam ao trabalho em Saúde Mental. Porém não poderia ser identificada aqui também uma resistência ao novo? É uma indagação que fica para se refletir.

Ainda, os participantes informaram, em relação a mudanças que, é preciso ter segurança de que uma mudança não piorará as coisas, de que não será algo “faraônico” e que discussões, em equipe, para avaliar o que precisa mudar são importantes para problematizar situações relacionadas a intercorrências negativas. Foi sugerido que a identificação do que precisa mudar, a implementação desta mudança e a sustentação desta implementação poderiam se dar dentro de um espaço de educação permanente. Acrescido a esta possibilidade foi colocada necessidade de se ter motivação para a mudança. Aqui, Chiavenato (2010), nos sinaliza que, a resistência a mudanças pode ser positiva quando leva a discussões abertas, ao debate, à reflexão, sinalizando o engajamento dos integrantes da equipe. Soma-se a isso a possibilidade de identificar riscos envolvidos no processo de mudança, melhoria no relacionamento interpessoal e na comunicação.

Freire (2003) tem muito a contribuir quando se constata que há necessidade de mudança. Para ele, mudar é difícil, mas é possível e as resistências, algumas vezes, são necessárias à sobrevivência dos oprimidos, portanto, compreensíveis. Incompreensível, para ele, seria o fato de estarmos no mundo apenas constatando e não intervindo. Ele fala ainda que muitas vezes é preciso que nós nos acomodemos para resistir à dureza da realidade, porém, essa acomodação não deve ser uma forma de alienação, mas um período necessário para o fortalecimento a fim de transformar a realidade.

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar, mas para mudar (FREIRE, 2003, p.76-77).

Quando se fala na necessidade de constatar a importância da mudança, a reunião de equipe aparece como um lugar potente para esse intento. A Portaria nº.131/2012 assegura a realização de reuniões de equipe com frequência mínima semanal (BRASIL, 2012b). Filizola, Milionill e Pavarini (2008) referem que a reunião de equipe se constitui em um espaço em que a própria equipe pode analisar suas práticas e refletir, discutir suas dúvidas, trocar ideias acerca dos casos, compartilhar saberes e experiências. O objetivo principal desta reunião seria reunir os trabalhadores para discutir e decidir acerca de casos e situações auxiliando na construção mais clara do papel de cada um no processo de trabalho (CARDOSO; HENNINGTON, 2011; GRANDO; DALLAGNOL, 2010).

No presente estudo foi possível identificar que, na perspectiva da equipe, existem aspectos que estão automatizados na reunião, os quais se constituiriam em procedimentos de rotina, no entanto, a partir deles, é possível criar dados para abastecer os relatórios solicitados pela gestão. Por outro lado, foi identificada a necessidade de maior organização do tempo a fim de discutir os processos de trabalho. Importante também a compreensão da equipe de que esta reunião é um balizador de ações, espaço de ajustes e reajustes, o grande instrumento de autonomia dos trabalhadores. Na perspectiva do desvelamento crítico foi sugerido que, além de elencar as pautas, se organizasse melhor o tempo para que se conseguisse abrir um espaço, não necessariamente semanal, mas com uma periodicidade, para a realização de educação permanente.

Silva e Knobloch (2016), entendem a reunião de equipe como um espaço de elaboração e formação coletiva, por isso a importância de elas serem institucionalizadas, não como um espaço meramente formal, mas que sejam permeadas por dinamismo e por reflexão. Alertam para que as reuniões de equipe possam ser momentos de formação e de deliberação. Porém, como lidamos com subjetividades também entre os trabalhadores, a elaboração individual da experiência deve respeitar o tempo de cada um, que, em uma equipe multidisciplinar, são muitos. Anjos Filho e Souza (2017), consideram a reunião de

equipe como principal dispositivo capaz de proporcionar maior integração e interação entre os trabalhadores, de possibilitar discussões mais aprofundadas sobre os casos atendidos, de operar a elaboração dos planos terapêuticos, além de facilitar a abordagem de questões administrativas do serviço.

Em um estudo realizado por Tasca, Mahl e Biesdorf (2019), relativo à prática das reuniões de equipe em CAPs, foi analisado a organização e estruturação destas, o conteúdo, as potencialidades e fragilidades, além das melhorias a serem feitas. Na organização foi mencionado a necessidade da elaboração de pautas e da participação de todos os profissionais. Em relação ao conteúdo identificou-se a discussão de planos terapêuticos e trabalho em equipe, pautas de rotina e resolução de pequenos conflitos. Entre as potencialidades destacou-se a percepção desta como uma importante ferramenta de cuidado entre os trabalhadores e o fortalecimento de vínculos. Já como fragilidades surgiu o fato de que nem todos os profissionais participam da reunião e, também, a não obrigatoriedade de fechar o serviço para atendimento externo no turno de sua realização. Isso acaba por desencadear interrupções frequentes e atrapalha a qualidade da reunião.

Santos *et al.* (2017, p. 608), têm uma visão muito próxima das concepções freirianas acerca a importância destas reuniões:

Desde a implementação do CAPS as reuniões de equipe foram valorizadas como espaços importantes, realizadas com frequência, com ampla participação e tornaram-se rotina do serviço. Para os profissionais a reunião de equipe é considerada um momento de encontro da equipe para fazer as trocas, no sentido de compartilhar com o outro questões que serão necessárias para a continuidade do processo de trabalho. Além disso, é considerada como uma boa prática em saúde mental por possibilitar a comunicação entre os profissionais, sendo difícil pensar em um processo de trabalho que não faça reunião de equipe.

Buscando fazer uma aproximação da reunião de equipe com as ideias freirianas, Silva Filho, *et al.* (2016), em uma referência às práticas educativas e participativas em saúde sinalizam que, um círculo (tal qual acontece nas reuniões de equipe), inspira relações humanas horizontalizadas. Embora haja um moderador ou coordenador, todos são importantes. O grande elemento de um círculo é o diálogo, pois é por meio dele que os participantes se aproximam e estabelecem relações. Assim, as premissas de um círculo são a horizontalidade e o diálogo e, a partir disso, se cria um espaço de reflexões sobre as situações vividas no intento de identificar os problemas e buscar, coletivamente e com

corresponsabilização, as soluções.

Essa constatação vem ao encontro da percepção dos membros da equipe estudada de que, a reunião é um espaço de ajustes e reajustes, o grande instrumento da autonomia dos trabalhadores. Os autores reforçam ainda que o círculo baseado no pensamento de Freire está presente em muitas políticas de saúde atuais como a Política Nacional de Atenção Básica, a Educação Permanente em Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e a Política Nacional de Educação Popular, despontando como meio de promoção da autonomia dos sujeitos, mediados pelo diálogo e pela reflexão em relação a suas realidades cujo o objetivo é a construção de um conhecimento coletivo e a busca de respostas para os questionamentos que surgem.

No rastro do subtema reuniões de equipe, espaço mediado pelo diálogo, buscaremos agora discutir o último subtema do tema gerador trabalho em equipe, qual seja, comunicação e diálogo. Em relação à comunicação interna a equipe avaliou como muito boa, sendo que houve pontos de vista diferentes, considerando que, alguns entendiam que a comunicação se concentrava toda na reunião de equipe e outros entendiam que a equipe se comunicava o tempo todo, sobretudo porque a relação interpessoal era muito boa. O diálogo foi percebido como um ponto positivo dentro da equipe e o grande facilitador da comunicação. Também foi mencionado que a superação das dificuldades encontradas no dia a dia é facilitada pelo trabalho em equipe, pela parceria e pelo diálogo.

Abuhab *et al.* (2005) destacam que quanto melhor a comunicação e a relação entre os trabalhadores da equipe melhor será a atenção aos usuários. Por outro lado, uma comunicação deficiente, tanto verbal quanto documental, dificulta o relacionamento interpessoal e prejudica o cuidado ao usuário. Anjos Filho e Souza (2017), ponderam que, a ausência ou a dificuldade de desenvolver a reflexão e os diálogos entre os membros da equipe aproxima o trabalho de uma lógica fragmentada e separada por disciplinas ou núcleos profissionais. Em consequência disso, o trabalhador pode ser acometido por uma sensação de desagregação, que chega ao usuário evidenciando o fato de que, apesar do discurso se pautar na integralidade, a prática da assistência pode ser fragmentadora de processos e até mesmo de sujeitos.

Os participantes do presente estudo entendem que a comunicação documental pode ser melhorada por meio do registro de protocolos, ou seja, escrever os procedimentos de rotina, os fluxos, os esclarecimentos, entre outros. Isso facilitaria, por exemplo, quando há troca de funcionários: já estaria tudo escrito, bastando ao novo

servidor, ser apropriar dos documentos já elaborados. No entanto, muitas vezes, o conhecimento adquirido ao longo dos anos se concentra em um profissional e o torna a referência de determinado serviço. Quando ele se afasta, por doença, troca de setor, exoneração ou aposentadoria, se perde a referência e a comunicação se torna dificultada. Sendo assim, entende-se que, pessoas estáveis em seus locais de trabalho tornam melhor e mais fidedigna a comunicação.

Para além da comunicação documental, como já dissemos, o diálogo foi entendido pelos participantes como grande facilitador da comunicação, e, aqui, nós vamos buscar novamente Paulo Freire que tem o diálogo como categoria fundante de toda a sua obra. Gadotti (2019), elenca as condições que Paulo Freire estabelecia para que se pudesse ter um diálogo verdadeiro: postura amorosa, humildade, fé nos homens, esperança e um pensar crítico. Ele estabelece uma relação entre diálogo e autonomia: entende que autonomia significa, também, não repetir a palavra do outro, mas falar por si mesmo. Quando o homem fala por si, se emancipa, pois recusa aquela palavra que quer dominá-lo, transformá-lo em objeto e não em sujeito. Quando o homem perde sua capacidade crítica, perde sua autonomia. No presente estudo, uma das participantes destacou a importância acerca do modo como a comunicação se estabelece, ou seja, desejável que seja amistosa, sem violência, o que vem ao encontro das condições elencadas por Freire para o desabrochar do diálogo. Streck, Redin e Zitkoski (2019, p. 140) acrescentam ainda:

Em *Pedagogia do Oprimido*, Freire (1987) retoma a concepção do diálogo como processo dialético-problematizador. Ou seja, através do diálogo podemos olhar o mundo e a nossa existência em sociedade como processo, algo em construção, como realidade inacabada e em constante transformação. Nessa perspectiva, o diálogo é a força que impulsiona o pensar crítico-problematizador em relação à condição humana no mundo. Através do diálogo podemos dizer o mundo segundo nosso modo de ver. Além disso, o diálogo implica uma práxis social, que é o compromisso entre a palavra dita e a nossa ação humanizadora. Essa possibilidade abre caminhos para repensar a vida em sociedade, discutir sobre nosso *ethos* cultural, sobre a nossa educação, a linguagem que praticamos e a possibilidade de agirmos de outro modo de ser, que transforme o mundo que nos cerca.

Em relação à comunicação externa foi mencionada a dificuldade com alguns setores principalmente em função da rotatividade de pessoal. Ficou evidente também a escassez de diálogo com os gestores: muitas vezes as decisões são verticalizadas e com pouco ou nenhum diálogo. Isso dificulta a comunicação entre atenção e gestão que, em

geral, se dá via memorandos, ou seja, não escapa muito do viés burocrático que já discutimos anteriormente, nem do que acontece em outros municípios do país onde essa relação distanciada parece ser bastante comum.

Por fim, na fase do desvelamento crítico, foi sugerido que, partindo da equipe em tela, que encontros pudessem ser realizados a fim de melhorar a comunicação externa. Além disso pensou-se também na elaboração de uma cartilha, a fim de explicar o funcionamento do CAPs e distribuí-la para os demais serviços da rede. Em relação à comunicação interna, foi descrito que já acontece a colocação de lembretes nos prontuários, nos murais, além do grupo de whatsapp. Não foi identificada outra forma de melhoria, até porque, na concepção da equipe, a comunicação interna está muito boa.

6.3 Rede de Atenção Psicossocial e Política Pública em Saúde Mental

Como já foi salientado anteriormente, muitas políticas públicas de saúde põem em relevo a autonomia dos trabalhadores e usuários: a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção de Saúde, no entanto, a Política Nacional de Saúde Mental discorre muito acerca da autonomia do usuário, mas não apresenta, objetivamente, referências à autonomia do trabalhador de saúde. Mesmo assim este tema está implícito em toda a história da saúde mental no Brasil, desde o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que foi, genuinamente, um movimento de trabalhadores até a identificação de trabalhadores militantes, ou seja, aqueles mais implicados com os pressupostos da Reforma.

Para que possamos compreender a profundidade do que emergiu da fala dos trabalhadores na fase de decodificação e do desvelamento crítico, entende-se a necessidade de buscar um conhecimento teórico e crítico acerca das políticas públicas. O Tribunal de Contas da União elaborou um documento que traz importantes esclarecimentos acerca do tema e define políticas públicas da seguinte forma:

Políticas públicas podem ser definidas como o conjunto de diretrizes e intervenções emanadas do Estado, feitas por pessoas físicas e jurídicas, públicas e/ou privadas, com o objetivo de tratar problemas públicos e que requerem, utilizam ou afetam recursos públicos (Brasil, 2021, p.10).

Inicialmente o documento pondera que o Brasil, por seu tamanho e diversidade, enfrenta muitos desafios para desenhar, implementar e avaliar políticas públicas. Rua

(2009), nos esclarece que as políticas públicas acontecem em um contexto de tensão e de alta densidade política permeado por relações de poder, extremamente problemáticas, entre atores do Estado e da sociedade, entre agências intersetoriais, entre os poderes do Estado, entre o nível nacional e níveis subnacionais, entre comunidade política e burocracia. Caracteriza ainda, a autora, as fases do ciclo de política: formação da agenda, definição do problema, análise do problema, formação de alternativas, tomada de decisão, implementação, monitoramento, avaliação e ajuste.

Rua (2009) afirma que a fase de implementação da política é a mais difícil de acontecer tendo em vista que requer a prevenção de interferências externas, o controle sobre os atores envolvidos, a atenção ao tipo de política e às arenas políticas que podem afetar o processo. Considerando o foco deste trabalho, vamos dar destaque aos atores, trabalhadores de saúde mental e, desse modo, lembremos que os implementadores nem sempre são os formuladores da política e, portanto, nem sempre sabem efetivamente que estão trabalhando como implementadores de algo tão abstrato como uma política.

Em uma visão mais crítica, é possível afirmar que, as políticas públicas são fenômenos complexos, e isso, algumas vezes é proposital tendo em vista que, em certos casos, o objetivo pode ser apenas permitir ao público uma satisfação simbólica. Qualquer sistema político no qual a formulação e a implementação estejam separadas (entre os níveis federal, estadual e municipal) permite a adoção simbólica de políticas, ou seja, uma instância pode assumir que tomou a decisão demandada pelo público, porém, ciente de que os custos de sua implementação recairão sobre outra instância, sem que os recursos necessários sejam providenciados para tornar a ação factível (RUA, 2009).

Posto isso, podemos identificar, nos relatos dos participantes a falta de suporte para que aspectos práticos da Reforma (executada via política pública) sejam estabelecidos na construção de uma rede potente e resolutiva, como por exemplo os dispositivos extra CAPs, sobretudo no que concerne aos atendimentos de urgência e aos processos de (re)inserção social. Foi mencionado, e isso vem ao encontro da visão de Rua (2009), em relação à distância entre a formulação e a implementação, que muitos serviços previstos na RAPS não foram instituídos no município (consultório na rua, CAPs III e residencial terapêutico), mesmo estando no planejamento municipal. Outros, só foram instituídos por determinação judicial, como por exemplo o CAPs para infância e adolescência e o pronto atendimento psiquiátrico municipal.

Essa realidade é relatada também por Borges et al. (2021), por meio de uma pesquisa que buscou identificar os avanços e desafios para efetivação da RAPS no Rio

Grande do Norte: grande parte das ações propostas nos planos e termos de intenções não foram efetivadas. Nóbrega, Silva e Sena (2016) estudaram o funcionamento da RAPS na cidade de São Paulo e apontaram, entre as vulnerabilidades, o acesso aos dispositivos da rede, dificultado pela questão geográfica dos usuários, a disponibilidade de serviços e/ou profissionais, o grau de acolhimento/vínculo e a condição socioeconômica dos usuários.

Peres et al. (2018) pesquisaram os limites e desafios de implantação da RAPS em uma cidade no estado de Santa Catarina, na perspectiva dos profissionais. Entre outras coisas constataram a presença, ainda, dos dois modelos conflitantes de atenção – o manicomial e o psicossocial. Somado a isso, identificaram que a RAPS não especifica o hospital psiquiátrico como ponto de atenção na rede. O que se tem, em caráter de urgência e emergência na saúde mental, pela portaria, são o SAMU, a sala de estabilização, unidade de pronto atendimento 24h, hospitais de atenção à urgência, pronto socorro e a unidade básica de saúde. No entanto, parece que são justamente esses pontos os mais frágeis no atendimento à saúde mental. Deste modo, sem a criação desses pontos, juntamente com os CAPs torna-se muito complicado fechar as portas dos hospitais psiquiátricos. Os autores reforçam que esse é um ponto sensível da Reforma Psiquiátrica o qual se soma à falta de investimentos nos pontos de atenção já implantados como os CAPs.

Alguns trabalhadores entendem que as dificuldades enfrentadas, tanto pela falta de outros dispositivos da RAPS quanto pelo material necessário ao desenvolvimento, principalmente das oficinas, decorrem de um certo descaso com esta política de saúde. Outros, entendem que, a esse fato, se soma a questão cultural de tentar esconder ou negligenciar a loucura. Mendes e Mello (2022) endossam essa perspectiva quando descrevem que, conforme a OMS, a saúde mental é uma das áreas mais negligenciadas da Saúde Pública, considerando que há números expressivos de pessoas que desenvolvem algum tipo de transtorno mental ao longo da vida e os sistemas de saúde, tanto mundiais quanto brasileiros não dão conta de responder adequadamente a estas situações.

A história da saúde mental continua sendo caracterizada por necessidades e negligências: dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental são destinados a hospitais psiquiátricos independentes – mais que a serviços de saúde mental comunitários, onde os usuários recebem melhor atenção. Reconhecem que a saúde mental tem sido uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebendo uma ínfima parte da atenção e dos recursos de que necessita e merece (OPAS BRASIL, 2022).

Também foi mencionado pelos trabalhadores que a rede existente tem dificuldades de compreender o trabalho dos CAPs, dificuldades na operacionalização dos fluxos de

atendimento e isso foi atribuído ao fato de ser uma política nova (em relação a outras políticas de saúde), ao desconhecimento da política de saúde mental e seus serviços e à rotatividade de pessoal. Não é incomum a prefeitura contratar profissionais por um tempo limitado (Consórcio Intermunicipal de Saúde) ou admitir servidores por concurso (concurso geral para a Saúde) e os mesmos não se adaptarem ao trabalho na atenção psicossocial. Existe ainda, devido à escassez de pessoal, a prática de divisão de carga horária em dois serviços diferentes, o que, em geral, desgasta o trabalhador.

Nóbrega, Silva e Sena (2016) referem que, do ponto de vista técnico, as vulnerabilidades encontradas na rede de atenção se encontram nas dificuldades de comunicação entre os serviços e na ausência de processo com fluxos para conduzir encaminhamentos e discussão de casos. Referem que apesar da maioria dos profissionais trabalharem há cerca de cinco anos (no município estudado) com saúde mental e RAPS, o conhecimento sobre os princípios e diretrizes da RAPS ainda não foi totalmente incorporado. Os autores consideram ainda que, por ser uma política recente, emerge a necessidade de ampliação do debate sobre o cuidado e a capacitação das equipes, em espaços coletivos e plurais. Pereira e Maia (2018) apontam que, no geral, a dificuldade de diálogo entre os serviços ocorre pela resistência de alguns profissionais em trabalhar com demandas de saúde mental, vistas como responsabilidade exclusiva do CAPs.

Surgiram, a partir do aprofundamento no tema gerador políticas públicas e rede de atenção, sentimentos relativos ao “ser trabalhador da saúde mental” em uma rede fragmentada e em uma cultura ainda entrelaçada por preconceitos e estigmas. Os participantes relataram as angústias de não poder contar, principalmente, com serviços que pudessem dar continuidade ao cuidado para além do horário de funcionamento do CAPs, como serviços de urgência e de reabilitação psicossocial. Mencionaram também a sensação de desvalorização em relação a outros profissionais de saúde, por trabalharem com uma população ainda muito estigmatizada.

Diante do significativo contato do trabalhador com o sofrimento e sua centralidade nas ações de produção de atenção e cuidado em saúde mental, um estudo desenvolvido por Merçom e Constantinidis (2020), apontou algumas possíveis causas de sofrimento: a fraca interligação do CAPs com a rede de atenção, a falta de participação e cooperação dos familiares, a imprevisibilidade das situações frente ao trabalho com a loucura, além da lida rotineira com situações-limite que caracterizam o CAPS. Na visão de Freire (1980b), as situações-limite levam os homens a perceberem os acontecimentos como fatalismo, aceitando o que lhes é imposto, submetendo-os aos fatos e impossibilitando-os

de identificar possibilidades de rompimento com aquilo que os torna submissos.

Merçom e Constantinidis (2020), citaram ainda o fato do trabalhador labutar em um cenário que apresenta grandes divergências entre as condições oferecidas para o trabalho e a proposta de atenção psicossocial, ou seja, entre o real e o prescrito. No entanto, há uma sensação de reconhecimento e gratidão que vem da população usuária em relação ao trabalhador e que o faz sentir-se valorizado. E nessa perspectiva de satisfação, ainda que escassa, os participantes têm uma visão otimista de futuro acerca da política de saúde mental no sentido da mesma conquistar maior visibilidade devido aos aspectos que a envolvem e que estão se estendendo a outras áreas como por exemplo o direito, o serviço social e a educação.

O aumento dos problemas de saúde mental, para além dos transtornos graves e do álcool e outras drogas, como transtornos de ansiedade e depressão tem atingido índices expressivos e chamado a atenção para repensar o modo de vida em sociedade. Nesse sentido os 194 Estados Membros da OMS assinaram o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, que os compromete com metas globais no sentido de transformar a saúde mental (OPAS BRASIL, 2022).

Há o entendimento de que as mudanças nesta área são possíveis, mas não estão acontecendo rápido o suficiente. O plano traz recomendações as quais estão agrupadas em três “caminhos para a transformação”: aprofundar o valor e o compromisso que se dá à saúde mental, por exemplo, por meio de mais investimentos; reorganizar os espaços que influenciam a saúde mental, como lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, e serviços de saúde; reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços (OPAS BRASIL, 2022).

Paulo Freire, em suas obras, defende que a mudança é possível e que o saber da história deve nos indicar a possibilidade de mudança e não a determinação. Na citação abaixo ele deixa claro a transitoriedade das situações e o nosso papel como agentes da mudança:

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar mas para mudar (FREIRE, 2003, p.76-77).

A partir do que foi problematizado neste tema gerador, algumas possibilidades encontradas pelos trabalhadores na fase no desvelamento crítico, serão discutidas. Inicialmente, os participantes relataram algumas estratégias desenvolvidas para lidar com as angústias decorrentes da lida com o sofrimento. Primeiramente, ter clareza de que, muitas vezes, a continuidade do cuidado não ocorrerá como se espera, tendo em vista a ausência de outros serviços previstos, e diante disso, é preciso ser resiliente. O compartilhamento das angústias com os demais colegas ajuda muito porque se tem a segurança de que se fez o que, naquele momento, naquela situação-limite, podia ser feito.

Em relação à falta de dispositivos na rede e à necessidade de se fazer visível, os trabalhadores elencaram que talvez fazendo mais cobranças junto ao secretário de saúde e/ou gestores, sendo insistente, se conseguisse algo, porém, não foi detalhado como isso poderia ser feito. Peres et al. (2019) afirmam que a expedição de uma portaria (GM/3088 de dezembro de 2011) não garante a mudança política que se aspira. Mesmo institucionalizada ela necessita, para sua efetivação, a mobilização e a implicação de diversos poderes de governo nessa construção, ou seja, da gestão pública municipal, estadual e federal; dos profissionais, dos próprios usuários; da sociedade civil organizada; dos movimentos sociais e do controle social. Freire (2003) contribui neste aspecto nos lembrando da denúncia e do anúncio: a mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação incômoda e o anúncio das possibilidades de sua superação.

Foi lembrado também que, antes da pandemia, havia mais união entre os trabalhadores de saúde mental do município, havia uma coesão maior na busca pelos objetivos comuns dos servidores e dos CAPs. Isso foi se perdendo. Então, surgiu como estratégia uma maior aproximação entre os trabalhadores e uma melhor comunicação (como se tinha há tempos atrás). Um espaço conquistado, porém, sem periodicidade determinada, é o que, no município, se conhece por Interequipes de Saúde Mental, onde os trabalhadores se encontram para tratar de questões variadas, desde a saúde do trabalhador até a implementação da política. Faltaria, talvez, potencializar este espaço, conscientizar os trabalhadores de que esta é uma oportunidade de fortalecer a autonomia e o protagonismo dos servidores.

Para melhorar a comunicação em relação aos fluxos e encaminhamentos entre os serviços que compõe a rede, melhorando assim a comunicação, foi sugerido a confecção de instrumentos informativos como um catálogo, um folder, um banner que contivessem informações objetivas e facilitadoras dos fluxos. Se pensou também em potencializar o matriciamento, que é uma maneira de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em

uma dinâmica de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Essa proposta visa a transformar a lógica burocrática tradicional, ou seja, encaminhamentos, referências e contrarreferências, buscando ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI, 2011). O matriciamento é um recurso importante para aproximar os serviços bem como aprimorar a comunicação com vistas a um cuidado compartilhado (ZANARDO, BIANCHETTI e ROCHA, 2018; PEREIRA e MAIA, 2018).

Para dar mais visibilidade ao trabalho da saúde mental os participantes pensaram em realizar uma maior divulgação nas redes sociais, porém, por meio dos canais oficiais da prefeitura e por alguém capacitado para tal fim. Também foi sugerido uma parceria com os cursos de comunicação das universidades do município a fim de se ter um estagiário para capitanear essa atividade. Duas ponderações emergiram nesse ínterim: o fato de que uma maior divulgação pudesse inflar ainda mais os serviços que já trabalham com uma demanda de usuários além do que a portaria prevê; também surgiu a consideração de que esta estratégia poderia ser esclarecedora à população no sentido de explicitar melhor qual o papel e como funciona um CAPs.

Por fim, não esqueçamos que Paulo Freire foi o educador dos esfarrapados do mundo, a quem se referia quando pensava em pessoas oprimidas, trabalhadores explorados, humilhados, marginalizados, excluídos, dominados e manipulados pela classe opressora. E nesta perspectiva freiriana me saltam aos olhos os usuários da saúde mental, sobre os quais ainda recaem estigmas e preconceitos de uma sociedade que dá os primeiros passos na compreensão da diversidade. E o trabalhador? O trabalhador vai se construindo e construindo sua autonomia a partir das muitas e variadas escolhas que faz neste cenário de tensão entre o cuidado ao usuário (recursos disponíveis), a implementação da política (em seus constantes desafios) e as ações dos governos (ora mais humanistas, ora mais segregatórios).

6.4 Encontros potencialmente promotores de autonomia

O cuidado da saúde mental da população desponta como um grande desafio para os trabalhadores que devem lançar mão das melhores práticas e estratégias neste intento. Para além de promover saúde, se faz importante a adoção de condutas intra e intersetoriais que produzam valorização das pessoas e das inter-relações, autonomia e protagonismo das pessoas e da coesão social. Para fortalecer e apoiar os trabalhadores no processo de cuidado deve-se estabelecer uma aproximação das equipes dos serviços de saúde mental

e, neste aspecto, as reuniões se fazem necessárias com a finalidade de articulação entre os dispositivos, de fortalecimento de protocolos e de discussão de casos. É fundamental que as equipes participem frequentemente dos processos de educação continuada, dada a rotatividade dos trabalhadores e o avanço das tecnologias de cuidado (BRASIL, 2022).

Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018), estudaram os dispositivos e conexões da RAPS de Porto Alegre e elencaram como dispositivos capazes de potencializar e fortalecer a RAPS: apoio matricial, reuniões, contato imediato, identificação da demanda e busca ativa. As reuniões foram consideradas importantes como estratégia de trabalho, sejam elas para a discussão dos planos terapêuticos, para buscar informações, articular diferentes serviços ou mesmo para rever questões da organização e gestão dos serviços. Os entrevistados mostraram que essa articulação começa a ocorrer através de reuniões sistemáticas, não só da rede de saúde, mas também de serviços intersetoriais, como da assistência social e justiça, por exemplo.

Na presente pesquisa, os participantes citaram, além das reuniões, as conferências de saúde como instrumentos importantes de autonomia. As conferências, juntamente com os conselhos de saúde, fazem parte do controle social, que é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988. Indica o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade no tocante às ações do Estado e possibilita a vivência da democracia direta. É uma maneira organizada que os cidadãos dispõem de demandar os órgãos de governo para o melhoramento das políticas públicas na área da assistência social, educação e saúde. Uma conferência de saúde ocorre a cada quatro anos e conta com a representação dos vários segmentos sociais

As Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção das políticas de saúde. São os locais onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera: federal, estadual e municipal. Em cada região devem-se reunir representantes da sociedade civil, os quais decidirão o que o povo quer e recomendarão isso aos gestores do SUS e às esferas de governo. Os objetivos de uma Conferência Municipal de Saúde são os seguintes: avaliar a situação da saúde no município; formular as diretrizes para a política de saúde na localidade, por meio da eleição de prioridades na área de saúde; subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, s/d).

Na fase da decodificação, as reuniões foram percebidas como instrumentos potencialmente estratégicos para discussão dos problemas da rede. Em uma comparação com as reuniões de equipe que se dão em um âmbito menor e, portanto, são mais

resolutivas, as reuniões de rede são vistas como muito genéricas e com pouca objetividade. Isso parece refletir uma certa ansiedade dos trabalhadores pela resolução de problemas que muitas vezes escapam da esfera de ação da coordenação estadual de saúde mental. Situação semelhante acontece também em nível de coordenação municipal, visto que os coordenadores (estadual e municipal) ocupam uma posição de intermediação das demandas discutidas nos encontros, escapando-lhe, na maioria das vezes o poder de decisão na resolução dos problemas levantados. Por outro lado, foi mencionado também que, por vezes, nas reuniões, apenas são informadas as decisões das esferas mais altas da gestão, evidenciando o viés hierárquico do serviço público.

As conferências de saúde são percebidas pelos trabalhadores também com algo muito abstrato na resolução e no encaminhamento das demandas junto à gestão municipal. Foi mencionado também que, ainda, a incorporação das deliberações das conferências nos planos municipais depende muito do projeto político de quem está no governo, e mesmo estando no plano municipal, não há garantias de que sejam levadas em conta. Diante disso é possível perceber uma certa desmotivação com esses espaços de encontros. Por outro lado, na fase do desvelamento crítico, os participantes não conseguiram identificar uma maneira objetiva de mudar essa situação e talvez, considerando todos os temas geradores, esse foi o tema em que ocorreram mais silêncios.

É interessante observar que, mesmo considerando as reuniões como potências para a o desenvolvimento da autonomia, os participantes não identificaram possibilidades de mudança em suas dinâmicas a fim de aprimorá-las e silenciaram. Em relação às situações nas quais houve silêncio por parte do grupo pesquisado, discorreremos ao final deste capítulo.

No que concerne às conferências de saúde é possível identificar algumas proposições importantes. A criação de um espaço de continuidade em que as proposições das conferências pudessem ser retomadas ao longo do intervalo entre elas, ou seja, dos quatro anos, a fim de que não sejam esquecidas. Outra sugestão foi a retomada das proposições em um espaço de educação permanente e após levar essa discussão para o Interequipes de Saúde Mental. Ainda, foi sugerida a retomada, antes da próxima conferência, das deliberações feitas na anterior, ou seja, buscar um encadeamento de ações entre uma conferência e outra a fim de não cair no esquecimento.

O que nos parece é que a importância das conferências, como espaço de cidadania e controle social, ainda não está bem sedimentada no ponto de vista dos participantes, parece algo distante da realidade vivenciada. Vale lembrar aqui que, foi a partir das

conferências que se legitimou a ideia da Reforma Sanitária, se aprovou a criação do SUS e a universalidade do direito à saúde, instituído na Constituição de 1988. Não esqueçamos que a história da sociedade brasileira, é marcada pelo autoritarismo e pela exclusão, a divisão entre “cidadãos” e “não cidadãos” sempre balizou as relações sociais. Foram inúmeras as lutas empreendidas para a universalização de direitos civis e políticos, pelo menos no plano do reconhecimento formal (BRASIL, 2009b).

Participar do processo decisório e exercer controle sobre a implementação de políticas públicas são meios fundamentais para alcançar a realização de direitos sociais. Se a existência de direitos pressupõe que cada pessoa tenha que se reconhecer e o outro como portador de direitos, a participação social pressupõe a existência de sujeitos coletivos. São sujeitos coletivos os movimentos ou organizações que congregam o conjunto (ou uma parte expressiva) de pessoas de um grupo com interesses semelhantes – os moradores de um bairro, os usuários de um serviço, os trabalhadores de uma categoria ou de uma empresa – e atuam em defesa desses interesses. Essas organizações designam os representantes do grupo em foros de participação social (BRASIL, 2009b, p. 09-10).

Por fim, Brandão (2021) nos lembra que uma categoria central nas obras de Paulo Freire é o diálogo. Ninguém aprende sozinho. Nós aprendemos e ensinamos mediatizados pelo mundo, no contexto da cultura em que vivemos. Cada pessoa é uma fonte original e única de uma forma própria de saber. E qualquer que seja a qualidade desse saber ele possui um valor em si por representar uma experiência individual e repetível de uma vida e de sua partilha na vida social. Este é o fundamento humanista e mesmo ontológico do diálogo. Nesse sentido, mesmo que os encontros pareçam não ser resolutivos num primeiro momento, eles têm o potencial de agregar trabalhadores que compartilham de angústias semelhantes no tocante ao trabalho em rede. Isso nos remonta à construção de um sujeito coletivo de trabalhadores o que contribui sobremaneira para a conquista da própria autonomia: Freire (1987) assegura que, a essa condição não se chega por acaso, mas pela práxis da busca, pelo reconhecimento da necessidade de lutar por ela.

6.5 Liberdade, Conhecimento e Educação Permanente

A liberdade foi associada a algumas concepções de autonomia, por exemplo, a liberdade para exercer o conhecimento técnico-científico com base no código de ética. Foi possível identificar que o grupo percebe uma liberdade mais ampla na relação com os usuários e nos relacionamentos profissionais dentro da própria equipe, ao passo que, as

leis e normas regentes do serviço público e das políticas, somado aos códigos de ética profissionais surgem como balizadores de conduta e, de certa forma, balizadores de suas liberdades. O trato direto com o usuário, momento em que o trabalhador é chamado a tomar decisões e a fazer escolhas, se constitui no exercício mais pronunciado da liberdade, contudo, exige ponderação e bom senso.

Apesar da liberdade surgir como um ponto positivo ao exercício da autonomia, nos relatos coletados, parece haver uma certa confusão entre os conceitos de liberdade e autonomia, que, entende-se, ser necessário esclarecer. Para tais esclarecimentos, buscou-se a perspectiva freiriana de autonomia e liberdade, tendo em vista tratar-se do referencial teórico desta pesquisa. Lembremos ainda que, os conceitos utilizados por Paulo Freire para formular determinados pensamentos estão relacionados com sua história de vida e com o contexto social, político, econômico e linguístico da época em que viveu.

Liberdade é um conceito central na antropologia freiriana, o qual amadurece a partir de suas apreensões da realidade. Nesse sentido, Souza (2020), analisa o conceito de liberdade em Freire, sob duas perspectivas: em um primeiro momento há o entendimento de liberdade como um conceito existencialista, individual, ligado à liberdade de escolha dos sujeitos a partir da formação humana pela educação. Mais tarde, ele fala de uma liberdade como um processo permanente e que só pode ser construído em comunhão. Destaca ainda que, a liberdade só pode ser conquistada (nunca doada) por meio da educação. Rosseto (2015, p. 78-79) acrescenta ainda que:

A liberdade para Paulo Freire é a consciência da situação real vivida pelo educando. (...) os que se lançam na marcha da liberdade não se acomodam, não se ajustam à sociedade, mas transformam-na e nessa transformação, educam-se. A educação é uma prática de libertação que não se restringe a alguns, mas a todos que se põem em marcha e não sacrificam sua capacidade criadora em ações sectárias, mas antes, descobrem-se inacabados. Nesse aspecto, é fundamental efetuar uma leitura de mundo, sabendo da realidade como um ser de relações, que necessita dos outros.

Postas as considerações acerca de liberdade, relembremos que a ideia de autonomia para Freire (2003) diz respeito a um processo gradativo de amadurecimento que acontece durante toda a vida, proporcionando ao indivíduo a capacidade de decidir e, ao mesmo tempo, de arcar com as consequências dessa decisão, assumindo, assim, responsabilidades. Nesse sentido é possível inferir que a liberdade é um aspecto necessário, mas não suficiente para a conquista da autonomia. E retomando os relatos dos

participantes que trouxeram as relações com os usuários e com os demais trabalhadores como momentos de maior liberdade, nos parece que isso vai ao encontro da ideia freiriana de que conquistamos a liberdade em comunhão.

Ainda se faz necessário trazer uma outra consideração feita pelos trabalhadores que diz respeito ao fato da liberdade estar ligada à ponderação, ao bom senso, ao respeito e à responsabilidade. Para Freire, a liberdade no aspecto subjetivo, não é a possibilidade de realização de todos os desejos, acima de qualquer limite, não é despótica, não se opõe à liberdade alheia nem finda onde começa a liberdade dos outros, mas se realiza quando encontra com outras pessoas na luta pela própria liberdade e pela liberdade dos outros (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2019). Nessa perspectiva é possível identificar que o respeito e a responsabilidade no convívio com as outras pessoas, são aspectos inerentes à liberdade, logicamente, uma liberdade consciente e não despótica.

Freire (1987, p.34) nos auxilia ainda, considerando a ideia coletiva de liberdade a qual tomamos emprestado para endossar a ideia do grupo de participantes:

A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente porque não a tem. Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, as pessoas se libertam em comunhão.

No que concerne ao conhecimento, foi possível identificar, nos relatos dos participantes que, além do conhecimento específico de núcleo profissional, é preciso buscar outros saberes, como o saber legal (Leis Maria da Penha, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, etc.), o saber acerca da legislação que envolve o funcionalismo público (a fim de conhecer os direitos, os deveres, as atribuições, benefícios, penalidades etc.), o saber relativo à legislação que envolve o trabalho na saúde mental (o que é bastante dinâmico e sofre modificações constantes).

Todos esses saberes citados e talvez alguns mais que possam não ter sido lembrados agregam conhecimento para aprimorar a capacidade de argumentação dos trabalhadores no que diz respeito às mais diversas situações experienciadas no dia a dia como por exemplo: que o CAPs não é um local para cumprimento de pena, que não é um local que trata urgências ou tenha a internação como primeiro recurso, que o CAPs trabalha com uma equipe multiprofissional/interdisciplinar e não na centralidade médica, entre outros. É importante destacar ainda que o conhecimento ajuda muito a dirimir

algumas situações tensas (às vezes opressivas) que se estabelecem, historicamente, entre atenção e gestão. Desta forma, a contribuição do conhecimento para a autonomia é valiosa quando utilizado para embasar decisões e argumentações, assumindo as responsabilidades (os trabalhadores) pelas escolhas feitas e pelas lutas às quais se propõe.

Na fase do desvelamento crítico os trabalhadores relataram alguns temas que julgaram importantes para o enfrentamento dos desafios em uma sociedade em constantes mudanças: plano terapêutico singular e violências. É possível que essas sugestões sejam decorrentes, a primeira, da dificuldade em se construir uma rede mais efetiva de atenção e a segunda, das histórias de vida e dos crimes que envolvem o tráfico os quais emergem nos atendimentos diários e tocam a sensibilidade dos trabalhadores.

Por outro lado, para além do conhecimento que é preciso buscar, existe o conhecimento que é produzido nos cotidianos dos serviços e que caminha junto com a concepção freiriana de que o homem é um ser predisposto a aprender. Cada indivíduo necessita se fazer e decidir sobre o que *virá a ser* (FREIRE, 1984). A produção do humano acontece por meio de processos de aprendizagem que nada mais são do que processos de criação. Nesse sentido Streck, Redin e Zitkoski (2019, p.101) nos elucidam que:

O conhecimento, como resultado de processos de aprendizagem, não existe no abstrato. Ele só existe “aderido” a pessoas, enquanto significado por sujeitos cognoscentes, ou reconhecido como tal. Um ato de conhecer implica, portanto, a cumplicidade do sujeito que o realiza. Cumplicidade no sentido de necessitar “comparecer” com seus sentidos e percepções prévias a fim de incrementá-las ou refazê-las. Em não tendo essa ancoragem na subjetividade, o conhecimento em nada modifica a autopercepção do sujeito e, conseqüentemente, não contribui para a modificação do seu entorno.

Então, a partir dessa afirmação, podemos inferir que somos todos seres capazes e necessitados de aprender e, potencialmente, produtores de um conhecimento que advém da interação deste (o conhecimento) com a subjetividade humana. Neste ponto foi possível identificar uma atitude bastante tímida dos participantes em relação ao saber construído empiricamente, ou seja, a partir das experiências vivenciadas na rotina do CAPs, o que Paulo Freire chamaria de a *leitura do mundo*. Isso pode ser identificado na fase do desvelamento crítico, em que duas sugestões de temas (para produção de um novo conhecimento) foram feitas: uma bastante vaga (relativa ao comportamento dos usuários na pandemia) e a outra mais objetiva, relativa à autonomia dos usuários. Apesar dos

participantes cogitarem esta possibilidade não demonstraram que realmente acreditassem nisso. Nesse sentido fica o questionamento acerca das razões dessa atitude: seria falta de motivação? Falta de incentivo? Seria isso decorrente da cultura de que o trabalhador da linha de frente da saúde é mais tarefeiro e menos crítico/reflexivo? Enfim, são perguntas que ousamos fazer diante desta realidade.

E a ousadia de formular tais perguntas tem bases nos escritos de Freire (1987, p.33) o qual afirma que “O conhecimento emerge apenas através da invenção e reinvenção, através de um questionamento inquieto, impaciente, continuado e esperançoso de homens no mundo, com o mundo e entre si”. E quando for possível identificar os motivos pelos quais nós formulamos algumas perguntas e não outras, quanto mais capazes as pessoas forem de descobrir por que são aquilo que são, tanto mais será possível compreender por que a realidade é o que é (FREIRE, 1997a).

Em relação à educação permanente, observou-se que ela surge como um encaminhamento possível para várias questões/problemas que surgiram ao longo desta pesquisa. Quando foram aprofundadas as questões referentes à gestão, a educação permanente surgiu como uma estratégia de conhecimento que permite ao servidor se posicionar diante da diferença de objetivos existentes entre atenção (permanente) e gestão (transitória). No exame do tema resistência a mudanças, a educação permanente despontou como algo que pode ajudar na identificação do que precisa ou não mudar nos processos de trabalho, além de contribuir na implementação das mudanças elencadas.

Ainda, no tema encontros, a educação permanente foi lembrada como um momento em que se poderiam analisar as proposições advindas das conferências de saúde a fim de verificar o que foi realizado e o que, por ora, não foi. No tema conhecimento foi mencionado que a educação permanente poderia dar conta de suprir as lacunas de saber (PTS e violências) identificadas pelo grupo participante. Foi sugerido que, por falta de incentivos, o próprio espaço da reunião de equipe fosse aproveitado para o desenvolvimento da educação permanente.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consta que Educação Permanente em Saúde (EPS) pode auxiliar nas mudanças das organizações tomando como base os problemas e tensões do cotidiano além do esforço para transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais e democráticas que ampliem a autonomia e o compromisso dos trabalhadores e gestores (BRASIL, 2017a). A EPS também é entendida como uma proposta de aprendizagem no trabalho, por meio de uma

relação orgânica entre o ensino e o serviço, também das relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

A pedagogia de Paulo Freire foi utilizada como referencial teórico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em decorrência de sua relação com a formação permanente dos trabalhadores (homem inacabado) a partir da problematização da realidade vivida. A proposta freiriana caminha com as necessidades do SUS, tendo em vista que considera o homem com um agente ativo que necessita ser empoderado e reconhecido (MATTOS et al., 2020).

Pela especificidade do trabalho em saúde mental identifica-se uma grande necessidade de ações de educação permanente, tanto porque muitos trabalhadores da saúde que labutam hoje nos serviços tiveram sua formação acadêmica anterior à Reforma Psiquiátrica, quanto porque a academia não consegue dar conta das lacunas existentes entre o prescrito (a teoria) e o real (a prática). Mattos et al. (2020), consideram a educação permanente uma ação importante no campo da saúde mental, uma vez que um dos grandes desafios desta política é a adequada formação de profissionais para o trabalho intersetorial e interdisciplinar. Segue o pensamento dos autores sobre o papel transformador da EPS:

Segundo a corrente mais aceita no Brasil, a EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem, centrada na valorização do trabalho como fonte de conhecimento. Neste sentido, a EPS valoriza o trabalho como fonte de saberes, colocando a própria organização do trabalho e da prática cotidiana como base para reflexão e produção de conhecimento, com o desenvolvimento de ações educativas interdisciplinares, contextualizadas com as reais necessidades de saúde e por meio de uma participação coletiva (p.1284).

O modelo manicomial ainda não foi totalmente superado e, nesse sentido, a educação permanente surge como uma possibilidade de se colocar na roda os problemas e atravessamentos que acontecem no cotidiano dos serviços a fim de produzir problematizações e reflexões que mantenham viva a autonomia e a criatividade das equipes dos CAPs. Há a necessidade de espaços criativos para a produção do conhecimento, entretanto, existem algumas dificuldades para a efetivação disso como por exemplo, os limites de tempo e o pouco incentivo dos gestores (MATTOS et al., 2020).

Os participantes da pesquisa também mencionaram a fragilidade de incentivos para a educação permanente por parte da gestão o que contribui para a desmotivação dos trabalhadores associado ao sentimento de desvalorização. Abrahão, Azevedo e Gomes

(2017), endossam essa percepção quando sinalizam a falta de investimentos por parte dos gestores em ações de formação no serviço, bem como a emergência de uma sensação de não reconhecimento e de desvalorização do trabalho em saúde mental.

Chamou-nos atenção o fato de que, apesar dos trabalhadores reconhecerem a importância da educação permanente para o trabalho no CAPs, sobretudo em sua relação com a autonomia, no momento que foi solicitado temas a serem trabalhados, a equipe ficou em silêncio, aspecto sobre o qual teceremos algumas contribuições logo a seguir.

Por fim, entendemos que a educação permanente contribuiu para o desvelamento da realidade vivida, experienciada no rumo da conscientização. E conscientização é uma ideia central da pedagogia freiriana além do que o homem tem a vocação ontológica para ser sujeito e não objeto. Assim, Freire (1980b, p.26), considera que:

“A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. (...) Quanto mais conscientização, mais se desvela a realidade, mais se penetra na essência fenomênica o objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em “estar a frente da realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens. Por isso mesmo, a conscientização é um compromisso histórico, É também consciência histórica: é a inserção crítica na história, implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com o material que a vida lhes oferece”.

Ao finalizar este capítulo, gostaríamos de tecer algumas considerações acerca das várias situações, que, diante de alguns questionamentos, os participantes ficaram em silêncio. Certamente que não temos a pretensão de discorrer sobre os motivos pelos quais cada um, em sua subjetividade, silenciou. No entanto, em uma perspectiva coletiva, Freire (1980b) discorre a respeito da cultura do silêncio referindo-se a ela como o resultado de relações estruturais entre os dominados e dominadores. Destaca ainda que o *ser silencioso* não significa não ter uma palavra autêntica, mas seguir as prescrições daqueles que falam e impõe a sua voz.

O silêncio, aqui manifestado, parece advir do sentimento de desmotivação e impotência de provocar mudanças em um âmbito maior ao CAPs: as discussões acontecem, mas as soluções aspiradas demoram e muitas vezes se perdem com o passar do tempo. Então, o silêncio da equipe, não significa, necessariamente, que ela não tenha

uma palavra para ser dita, mas talvez represente um protesto frente às situações tensas e imobilizadoras vivenciadas no cotidiano. Talvez represente a falta de reflexões críticas acerca do próprio fazer, enfim, mas independentemente de quais sejam as raízes desses silêncios, Freire (2003, p.122) contribui dizendo que “A dignidade do meu silêncio e do meu olhar transmitem o meu protesto possível”.

7. UM PÉ NO CHÃO E OUTRO NA UTOPIA



Figura 23: Um pé no chão, outro na utopia.

Minha esperança é necessária, mas não é suficiente. Ela, só, não ganha a luta, mas sem ela a luta fraqueja e titubeia. Precisamos da herança crítica, como o peixe necessita da água despoluída. (FREIRE, P. 2022, p. 14-15).

Desde o momento em que escolhi o pensamento de Paulo Freire como referencial teórico desta tese, entendi ser importante a busca por relatos de estudiosos que tivessem um conhecimento mais profundo sobre ele, o que me foi oportunizado pelos cursos do Instituto Paulo Freire. Assim, encontrei nos professores do Instituto, mas principalmente em Carlos Rodrigues Brandão e Moacir Gadotti, duas pessoas que conviveram com Freire e que muito contribuíram para o aprimoramento da minha compreensão a respeito de suas ideias e da pessoa crítica, terna, humilde e amorosa que ele foi.

No curso “Paulo Freire e a Educação Popular Diálogos Virtuais, Vivos e Virtuosos”, ministrado por Brandão (2021), ele refere o seguinte: “Quero ouvir pessoas que, mesmo com os pés no chão estejam sempre pensando em levantar voos”. Foi este pensamento que me inspirou a escrever este capítulo em que pretendo trazer algumas reflexões acerca do que temos, hoje, como realidade da política pública (de saúde mental) pela qual labutamos e o que poderemos ter se estivermos certos de que nosso futuro, e porque não dizer, o presente, é um terreno de possibilidades e não de determinismos.

O primeiro aspecto destacado, com o pé no chão, é a necessidade de repensar o lugar e a função dos CAPs, sobretudo dos CAPs ad. Apesar das políticas conceberem-no como serviço central na rede de cuidados, esta centralidade, nomeada de “CAPsolização” por Costa, Ronzani e Colugnati (2018), precisa ser revista uma vez que todas as situações que envolvem o uso de drogas parecem demandar, via senso comum ou não, a intervenção de um CAPs ad. A “CAPsolização” alude à ideia do CAPs ad como um sol, com outros dispositivos orbitando em torno dele.

A centralização neste dispositivo, ainda em número insuficiente, com problemas estruturais e na dinâmica de trabalho, contribui, segundo Costa, Ronzani e Colugnati (2018), para um baixo poder de resiliência da rede e sinaliza a necessidade de modificação da lógica assistencial, ainda pautada pelo cuidado especializado, de urgência, em detrimento de perspectivas comunitárias e contínuas. Existe um caráter destoante nesta centralização frente a ideia de uma rede substitutiva e comunitária: não estaria sendo reforçando um modelo contraditório ao preconizado pela Reforma, onde, no lugar do hospital psiquiátrico são inseridos outros dispositivos, mesmo que mais humanizados como os CAPS e CAPS ad? De qualquer modo, seja considerando tanto a rede real quanto a rede ideal (propagada pelas políticas), o CAPS se encontra no centro do fluxo e, a partir disso, é possível construir algumas reflexões considerando a dialética ideal-real (COSTA, RONZANI e COLUGNATI, 2018).

Devido à própria complexidade que o tema da drogadição, enquanto problema multifatorial envolve, considerando seus determinantes sociais, culturais, educacionais e jurídicos, entende-se que somente o setor saúde não é capaz de abranger sua amplitude. Na atualidade é possível identificar uma nova realidade, advinda sobretudo do avanço do tráfico de drogas para os municípios menores e isso – um cenário que era restrito aos grandes centros - capta uma parte da população, sejam maiores ou menores de idade, à venda de drogas, ao uso, ou a ambos. Essa realidade, somada ao aumento dos casos relacionados à saúde mental, trouxe para o CAPS a demanda por outros tipos de atendimento como por exemplo atendimento ao sistema prisional e atendimentos por ordem judicial. Porém, um dispositivo já sobrecarregado em número de usuários e em relações com outros serviços da rede, teria condições de assumir também essas demandas, considerando que essa problemática traz à tona a necessidade de intervenções clínicas aliadas a outras de natureza política e social?

Em relação ao sistema prisional, entende-se que, a lógica de atendimento que envolve o fato da polícia penal trazer até o CAPS usuários privados de liberdade, somente para fins de consulta médica fere a ideia de atenção preconizada pela legislação de saúde mental, na qual a base do cuidado se dá pelo vínculo e exclui a dimensão psicossocial do tratamento. Além disso, não estabelece critérios para elencar quem tem prioridade, em um presídio, ao atendimento psiquiátrico no CAPS. Soma-se a isso a extinção dos Hospitais de Custódia, determinado pelo Resolução CNJ n. 487/2023 (BRASIL, 2023), que apesar de representar um avanço nas iniciativas de assistência à saúde mental para pessoas em conflito com a lei se deparará com uma rede de saúde ainda muito frágil para dar conta de mais esta demanda.

A resolução supracitada institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e decorre do fato de que, embora a sociedade tenha avançado na atenção a pessoas com transtornos mentais, esses avanços não se deram da mesma forma para aqueles que, somam a isso, o cometimento de algum delito (loucos infratores). Essas pessoas são mantidas nas chamadas Casas de Custódia ou Manicômios Judiciários, instituições que não são geridas pelo SUS, mas por órgãos da justiça e que não acompanharam a evolução do pensamento advindo da Reforma Psiquiátrica, mantendo uma organização pautada na exclusão e no isolamento (OLIVEIRA; ARRAES, 2011).

Com o pé na utopia vislumbra-se um sistema prisional mais humanizado, que considere a dignidade e o respeito aos direitos humanos como parte da reabilitação dos detentos. Aspira-se a um cenário em que os governos possam considerar a necessidade de

equipes de saúde capacitadas para atender as demandas de saúde mental desta população. Destaca-se o pensamento de Oliveira e Arraes (2011) quando eles lançam mão da ideia de um CAPS Judiciário, o qual se alicerça na modificação da atenção para os detentos em penitenciárias e hospitais de custódia, ao que se soma o suporte às famílias. A ideia central desta proposta seria ampliar a rede de assistência em saúde mental a quem está privado de liberdade. Nesse sentido, o CAPSj:

(...) surgiria, portanto, como uma promessa para a otimização da recuperação dos mais diversos indivíduos com adoecimento psíquico. O que se propõe são a extensão do atendimento e a sistematização de ações que já se mostraram eficazes no modelo implantado pela reforma psiquiátrica. Essa instituição nasceria com capacidade operacional de assistir às particularidades inerentes a essa população e lhes proporcionar os cuidados especiais de que necessitam. Isso resultaria no alívio dos sintomas e do sofrimento, auxiliando, como consequência, na redução do tempo de cárcere. A implantação do CAPSj diminuiria, ainda, o impacto da desarticulação na atenção aos encarcerados portadores de sofrimento psíquico, minimizando os efeitos negativos da ausência de rede específica de assistência (OLIVEIRA; ARRAES, 2011, p. 450).

Com o pé no chão é possível entender que a judicialização da saúde traz alguns benefícios no momento em que o poder público não dá conta de efetivar o direito à saúde e o Estado não consegue justificar isso. Dessa forma é possível expor as lacunas nas políticas públicas e nas falhas de sua execução, garantindo, via judicial, o direito do cidadão à saúde (ALVES; NUNES, 2021). Entretanto, se por um lado a judicialização é apontada como uma estratégia de acesso aos serviços de saúde, por outro, ela é tomada como uma espécie de punição no sentido de servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos usuários de drogas, estabelecendo uma relação entre o medicar e o punir (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008).

Fortes (2010), lembra que existem critérios técnicos para uma internação ocorrer contra a vontade de um usuário e cita como exemplos a presença de um transtorno mental grave, risco de vida pessoal ou de outrem, não adesão ao tratamento extra-hospitalar ou mesmo a recusa ao tratamento. Porém, no que diz respeito aos dependentes químicos, Coelho e Oliveira (2014) referem que as internações compulsórias são uma medida ineficaz e paliativa. O crescente número de pessoas nesta situação precisa de uma política que priorize medidas permanentes e que enfrentem, de fato, os verdadeiros fatores determinantes. Hart (2014), defende a ideia de que a drogadição, como tema de saúde

pública, perpassa pela abordagem aberta da pobreza, do racismo e da exclusão social.

Postas essas considerações, retoma-se a ideia da CAPsolização, também no tratamento judicializado dos usuários. Hoje, o CAPS é acionado para receber os pedidos de internação judicial compulsória, fazer busca-ativa e enviar relatórios ao poder judiciário solicitando ou não a avaliação. Estes atos são procedimentos extremamente burocráticos, se apresentam em números crescentes na rotina dos serviços e demandam um tempo enorme dos trabalhadores. Obviamente que são compreensíveis o sofrimento e a impotência das famílias diante dos casos de furtos, violência e até risco de morte em certos casos. Mas a pergunta que fica é a mesma: seria papel do CAPs realizar esse procedimento tendo em vista que a proposta deste serviço é o cuidado em liberdade e a formação de vínculos?

O pé na utopia remete a uma insistente necessidade de acreditar que os debates acerca dos determinantes sociais da saúde mental possam ser considerados pelos governos que acenam com as ações de inclusão social e combate à pobreza. E aqui não há como esquecer da importância da educação na sonhada redução das desigualdades sociais no país. Para tanto, na concepção freiriana, é preciso esperar a fim de que uma outra escola seja possível: não a mercoescola neoliberal, capitalista, voltada para o mercado, mas a escola cidadã, a escola de comunidade, a escola em que seja possível perguntar, em que seja possível propagar uma leitura crítica do mundo em todas as esferas da existência, em que as tecnologias sejam um meio e não um fim.

Gadotti (2021), em uma reflexão acerca do futuro da educação cita cinco teses acerca das utopias que movem aqueles que são comprometidos a mudança: primeiro, não basta incluir, é preciso emancipar, ou seja, incentivar os alunos a serem autênticos na sua diversidade e na sua forma de ser. Segundo, o Estado não pode perder a hegemonia sobre o projeto educacional, frente a mercantilização da educação: ao contrário, os professores se transformam em meros repassadores, aplicadores de exames e não sujeitos da ação docente. Terceiro, a pedagogia emancipadora deve ser a pedagogia das práxis a fim de problematizar, de dialogar e de transformar a própria sociedade por meio do desnudamento das contradições nela existentes. Quarto, educar para uma vida sustentável. Quinto, educar para outros mundos possíveis. É facultado a uma sociedade o direito de lutar por outros mundos possíveis, quando o mundo atual, tal qual se configura hoje, já não seja mais possível.

A construção da autonomia profissional do trabalhador de saúde mental perpassa por essa visão crítica de que a função das políticas públicas (especialmente a

política sobre drogas) em um país de passado escravocrata e extremamente desigual como Brasil pode ser sim a de perpetuar o *status quo*, quando não é acompanhada de outras ações, de outras “lutas” capazes de modificar a realidade dos usuários para além de sua saúde: as lutas pela educação, por moradia, por emprego, pelo fim do analfabetismo, pelo fim da fome, contra a exploração econômica, entre outros. O pé na utopia permite aos trabalhadores, usuários e familiares alimentar a disposição para fazer essa denúncia e, ao mesmo tempo, anunciar o que é necessário para superar as condições opressoras ao perceberem o quanto suas histórias e trajetórias de vida são impactadas por esta realidade. Devemos realçar, portanto, o caráter ético e indissolúvel que articulam as narrativas protagonizadas por esses diferentes protagonistas.

O segundo aspecto desta abordagem se refere aos investimentos. Com o pé no chão, buscaram-se informações e encontraram-se dados da OMS citados no Relatório da The Lancet (2018), organizado pela Comissão Global em Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável, os quais indicam que nenhuma outra condição de saúde, no mundo, foi tão negligenciada quanto à saúde mental, inclusive em relação aos investimentos em serviços de atenção (EATON, 2018). Os sistemas de saúde ainda não conseguem responder adequadamente à carga dos transtornos mentais. Disso resulta que, a distância entre a necessidade de cuidado e sua oferta é ampla em todo o mundo. Em países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. Em países de alta renda, entre 35% e 50% das pessoas com os mesmos problemas estão em situação idêntica (OPAS/BRASIL, 2018).

Nesse sentido, Costa, Ronzani e Colugnati, (2018), questionam o parâmetro de cobertura adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro, que considera adequado um CAPS para cada 100 mil habitantes. Os autores argumentam que este parâmetro, devido à centralidade do CAPS na rede, somada ao número de relações que se demanda deste dispositivo não dá conta de abarcar as especificidades geográficas nem as carências regionais/locais do Brasil. Este aspecto se torna mais preocupante quando se dirige o olhar par os CAPS ad, seus níveis de cobertura no país e os investimentos públicos que lhes são destinados em um comparativo com instituições não governamentais como as Comunidades Terapêuticas. É perceptível uma contradição, em que, apesar de concebido como principal dispositivo da rede de atenção aos usuários de drogas é, ao mesmo tempo, tratado de um modo marginal pelo Estado brasileiro, com repasse de verbas aquém do necessário ao desempenho de suas atribuições.

Santos e Moraes (2022), reconhecem as históricas disputas existentes no

campo da Saúde Mental, entre a proposta da Reforma Psiquiátrica pautada na luta antimanicomial e os movimentos de manutenção da perspectiva manicomial. Este último projeto ganhou força a partir do final de 2015 e conquistou espaços importantes para a remanicomialização dos serviços. Além da Emenda Constitucional n.95/2016 que restringiu os gastos públicos estabeleceu-se no país um projeto de sociedade marcado pela tomada do fundo público pelo mercado privado de Saúde (BRASIL, 2016). Em 2017 foi instituída a Portaria GM/MS n.3. 588, a qual buscou desenhar uma nova política de saúde mental, permeada por retrocessos.

Guimarães e Rosa (2019), destacam quatro pontos principais desta política: primeiro, a ambulatorialização do cuidado especializado, historicamente voltado à medicalização em detrimento ao cuidado no território; segundo, assegura que grandes investimentos financeiros públicos aumentem o valor da diária dos manicômios (em cerca de 65%), em detrimento do repasse aos CAPs que ficou congelado desde o ano de 2011, precarizando e dificultando a operacionalização destes serviços; terceiro, o uso de até 20% dos leitos dos Hospitais Gerais para alas psiquiátricas causando uma desproporção de investimentos entre internações e estratégias de reabilitação psicossocial; quarto, ampliação de recursos financeiros para as Comunidades Terapêuticas, cujo número de vagas foi aumentado de quatro para vinte mil, desinvestindo, desta forma, a RAPS.

Outro aspecto que não pode deixar de ser observado é a baixa cobertura e investimento pelo poder público, quando este lança mão dos chamados novos modelos de gestão, postos em prática por meio das parcerias com as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Estas organizações surgem no país visando a materializar a lógica da terceirização, da precarização e da privatização no acesso à saúde. As OSS, no campo da saúde mental integram um movimento de desconstrução das ideias reformistas que se alicerça em um conjunto de resoluções que ficaram conhecidas como contrarreforma. Este movimento permite também que a iniciativa privada assuma as responsabilidades do Estado, transformando os contornos da vida social em negócios e reforçando a ideia de um estado mínimo para trabalhadores e máximo para o capital (SANTOS; MORAES; 2022).

Postas algumas considerações acerca dos investimentos, se faz importante lembrar que não se implementa uma política pública sem o financiamento adequado. Entretanto, além dos recursos não se mostrarem suficientes frente às necessidades, ainda se identifica, no Brasil, a disputa entre os dois modelos de atenção: o manicomial e o territorial. Essa disputa se acentua em função do projeto político de cada governo, ora

progressista, ora conservador. E os interesses de cada governo, sejam estes econômicos, ideológicos ou humanitários são determinantes para indicar quais as prioridades de investimentos. Contudo, mesmo que ocorram retrocessos nos caminhos da concretização daquilo que é sonhado, daquilo que é idealizado, há a necessidade de esperar e de lutar com as ferramentas e com os recursos disponíveis.

Então, com o pé na utopia, se realmente existe o desejo de avançar nos tensos desafios que se apresentam no campo da saúde é preciso ter a clareza de que o trabalho deve ser pela e para a cidadania e não para o mercado. É preciso reconhecer que mesmo que quando se perde uma luta não se está vencido de todo. Nesse sentido, Paulo Freire auxilia quando esclarece e reafirma sua ideia de resistência frente ao que, momentaneamente, não seja possível mudar, considerando a vocação ontológica do homem para ser sujeito e não para ser objeto (FREIRE, 1980b). A resistência freiriana diz da possibilidade de mudar o mundo, compreendê-lo como algo dinâmico, que não é, mas está sendo e recusando o discurso de que a mudança virá espontaneamente, ou seja, de que irá acontecer porque isso está posto (FREIRE, 2016).

A constatação de que algo está ocorrendo não deve servir para a adaptação ao sistema, mas deverá estar comprometida com a mudança. Nesse sentido, Moretti (2019, p.416) esclarece que:

A concepção de resistência em Freire se aproxima mais da proposta de que existe uma relação de conflito entre as ideias dominantes, cuja hegemonia não tem como ser total, e as ideias contra-hegemônicas, que surgem como oposição e que são criadas através da luta política e cultural. Assim a resistência deixa de ser um movimento só de reação de autodefesa e passa a ser uma ação política ofensiva.

Freire (2016), reconhece que exercer a vontade na luta contra uma ameaça ou opressão não é algo fácil de realizar. Exige sacrifício e reconhecimento da vontade como elemento de grande relevância que compõem uma teia complexa com a resistência e a confrontação na luta com o opressor, que, às vezes, mais do que espereita, ele domina. No caso em tela, pode-se identificar a exploração capitalista se impondo à saúde, cujo instrumento de dominação é a ideologia fatalista embutida no discurso neoliberal. Para o autor, o neoliberalismo tem como bandeira a morte do sonho, da utopia e da esperança, o não reconhecimento do homem como ser histórico (apagamento da história) e a desproblematização do futuro.

Nenhuma realidade é assim porque assim tem de ser. Está sendo assim porque interesses fortes de quem tem o poder a fazem assim. Reconhecer que o sistema atual não inclui a todos, não basta. É necessário, precisamente, por causa deste reconhecimento, lutar contra ele e não assumir uma posição fatalista forjada pelo próprio sistema e de acordo com a qual nada há que fazer (FREIRE, 2016, p.7).

O pé na utopia permite uma reflexão acerca dessas questões descritas, sua elaboração, seu desvelamento por meio da curiosidade crítica a fim de que se construa uma postura potencialmente produtora de mudanças, esperançosa e humanista. Entretanto, tudo isso depende fundamentalmente dos recursos humanos, ou seja, dos trabalhadores. Nesse sentido introduz-se já o terceiro aspecto desta reflexão, e talvez, o mais importante, a formação de recursos humanos para o trabalho em saúde mental.

O pé no chão, busca subsídios para entender como está funcionando, no Brasil, a admissão de trabalhadores para a labuta nos serviços de saúde mental. Para Dal Poz, Lima e Perazzi (2012), os recursos humanos são o pilar mais frágil da Reforma Psiquiátrica, por ser uma área que depende essencialmente dos recursos humanos, por ser interdisciplinar/multiprofissional e intersetorial, ou seja, ultrapassa as fronteiras da saúde.

Em 2013, Silva et al. realizaram uma pesquisa com os coordenadores dos serviços de saúde mental no interior do estado de Goiás, na qual buscaram compreender os aspectos relacionados à formação e à capacitação dos profissionais que atuam nestes dispositivos. Neste estudo identificou-se a necessidade do conhecimento teórico sobre saúde mental, Reforma Psiquiátrica e PNSM, tecnologias de cuidado, habilidades e atitudes para atuar em saúde mental (capacidade de escuta, de formação de vínculos, de trabalhar em equipe, ter afinidade com a área, ter consciência coletiva e social). Foi observado, na prática assistencial, que nem sempre os profissionais conseguem trabalhar em equipe, na perspectiva interdisciplinar e ainda há dificuldades de inserção dos médicos nas reuniões de equipe.

Como sugestões o estudo apontou a necessidade das instituições formadoras adequarem os currículos dos cursos de graduação priorizando os preceitos na PNSM, os campos de prática/estágios se darem em locais com atuação s antimanicomial, fomentar habilidades para o trabalho em equipe (na graduação) a fim de que as relações interpessoais e a interdisciplinaridade façam sentido na profissão e no processo de trabalho em saúde mental. A educação permanente surge como alternativa para aqueles profissionais que não tiveram sua formação guiada pela lógica antimanicomial de base territorial. A supervisão clínico-institucional seria um recurso de excelência no

aprimoramento dos trabalhadores embora conte com pouco incentivo por parte dos gestores. Ainda, devido a precariedade dos contratos de trabalho identificados na pesquisa, Silva et al. (2013), destacam que é imprescindível rever os vínculos empregatícios dos trabalhadores tendo em vista que a estabilidade é fundamental para incentivar os profissionais à qualificação.

Mattos et al. (2020), afirmam que um dos grandes desafios da PNSM brasileira é a adequada formação de trabalhadores para uma atuação com vistas à superação do paradigma de tutela, do estigma e do preconceito. Silva e Knobloch (2016), destacam a complexidade da atenção em álcool e outras drogas e reforçam que a formação de trabalhadores para esta população necessita acontecer de forma contínua e atrelada ao cotidiano dos serviços. Isso se justifica tendo em vista que o manejo necessário à oferta de um cuidado consoante às exigências deste público extrapola o conhecimento tradicional/acadêmico e abarca conhecimentos que são adquiridos na prática diária, empiricamente, incluindo a lida com os sentidos e valores dos trabalhadores.

Esperidião et al. (2021), escreveram uma reflexão acerca dos recursos humanos em saúde mental considerando que as questões das competências para este cuidado despontam como uma das principais adversidades na implementação das políticas públicas. Apontam que o cuidado em saúde mental incorpora aspectos de formação profissional, jurídico-políticos, socioculturais e valores éticos. Destacam que as questões de formação/admissão dos recursos humanos nesta área estão imersas na estrutura econômica, social e política de cada país, podendo enfrentar precarização ou qualificação a depender das discussões políticas e da sociedade civil organizada. Os autores afirmam que é imperioso rever as formas de gestão, as relações de poder e a separação entre o pensar e o fazer.

O pé na utopia permite pensar que é possível superar, ainda que de forma parcial, algumas das lacunas que se apresentam na formação/admissão de trabalhadores para o trabalho nos CAPs. Considera-se que a luta por condições estáveis de trabalho seria o primeiro passo. Mesmo que existam aspectos no serviço público que interfiram da autonomia (para mais e para menos) do trabalhador, em uma relação de trabalho precarizada essa autonomia pode ficar ofuscada dada a situação de opressão a que o trabalhador é submetido. É preciso que o trabalhador se conscientize do seu contexto histórico e da importância do seu trabalho para que as mudanças necessárias ocorram. Freire (1980b) diz que a conscientização não pode existir fora das “práxis”, ou seja, sem o ato ação-reflexão-ação: é um compromisso histórico do homem fazendo e refazendo o

mundo com o material que a vida oferece.

A partir de sua tomada de consciência, é possível um movimento em busca do conhecimento que lhe é necessário e também os meios pelos quais é possível ele adquirir esse conhecimento: seja pela educação permanente, seja pela supervisão clínico-institucional, sejam pelas partilhas de saberes que podem acontecer no dia a dia dos serviços tanto entre trabalhadores quanto entre usuários. Brandão (2021) contribui aqui afirmando que os homens são seres em permanente aperfeiçoamento, dedicados a, individualmente se transformarem e a, coletivamente, transformarem seus mundos, a vida e o trabalho. Desta forma o saber de cada um é importante e não deve ser medido hierarquicamente, dado que é incomensurável (FLECK, 1992). Reiterando Freire (2016), aprender é para sempre e, em comunhão com outros, mediatizados pelo contexto.

Para finalizar estas reflexões e trazendo a centralidade do tema desta tese, autonomia profissional, me valho novamente das reflexões de Brandão (2021), as quais foram produzidas, como ele mesmo escreveu, em dias de quarentena do corpo e de recolhimento do espírito, alguns escritos sobre como repensar conhecidas palavras como autonomia: “ Autonomia é quando uma pessoa, ou um coletivo de pessoas pensam o seu pensar, aprendem o seu saber, partilham o que sabem, traçam o seu destino, mudam as suas vidas, dizem as suas palavras, transformam o seu mundo e escrevem a sua história”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Figura 21 - Ilustração Considerações Finais

"Movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero.
(FREIRE, P. 1987, p.82)

Quando nos perdemos em nossos silêncios, permeados por indagações, indignações e até contradições, nos conforta, ainda que em parte, a ideia de que estamos em construção, de que somos seres programados/predestinados a aprender e a curiosidade, que segundo Rubem Alves, é uma “coceira nas ideias”, é nosso propulsor em direção à busca de respostas e explicações. Nessa lógica, uma pesquisa possibilita conhecer a novidade e ampara a curiosidade no sentido de que ela vá se tornando, progressiva e metodicamente mais rigorosa, transpondo o status de curiosidade ingênua, espontânea para atingir o status de curiosidade epistemológica, metódica a qual é construída pelo exercício crítico da capacidade de aprender e de alcançamos o conhecimento cabal do objeto.

Assim, para elucidar as considerações iniciais desta tese, resgatou-se a questão de pesquisa: Como os servidores públicos, trabalhadores da saúde de CAPs, produzem sua autonomia profissional? Para responder a esta questão procuramos contextualizar a situação atual do adoecimento mental, com números, com causas possíveis, com a história das lutas por uma atenção humanizada e efetiva que pudesse contemplar não somente a doença em si, mas também os fatores sociais, políticos e relacionais deste adoecimento. Sobretudo buscamos entender a percepção dos trabalhadores acerca da realidade em que estão inseridos e dos desafios com os quais se deparam na labuta rotineira em direção à construção de sua autonomia profissional.

Entendemos que o referencial teórico e metodológico em Paulo Freire, que sustentou essa pesquisa, foi uma escolha bastante ajustada e importante aos propósitos do estudo. Certamente que Freire não estudou especificamente os trabalhadores de saúde mental, entretanto o grande horizonte de suas reflexões sobre o homem como ser histórico, sobre as relações de opressão, sobre a necessidade de humanização da sociedade, sobre os injustiçados ou “esfarrapados do mundo”, sobre a liberdade mediada pelo conhecimento, sobre a busca de possibilidades e rejeição aos determinismos, e, principalmente sobre sua concepção de autonomia vieram ao encontro do conhecimento que se produziu neste estudo e dos questionamentos que se buscou fomentar.

Retomando a questão de pesquisa foi possível identificar a resposta a ela nas várias categorias assinaladas nos caminhos desta tese. A questão de ser servidor público com as várias nuances desta função atuando ora a favor, ora contra à produção e ao desenvolvimento da autonomia profissional. O trabalho em equipe despontando como um grande fator promotor de autonomia juntamente com a ideia de um trabalho coletivo, coeso e produtor de saberes. O fazer parte de uma rede de atenção ainda fragmentada que

advém de uma política pública relativamente nova, surge como algo desafiador no sentido de exigir criatividade e busca de alternativas viáveis por parte do trabalhador. Os encontros que possibilitam o compartilhamento de experiências/dificuldades advindas dos vários pontos da rede e que, apesar de potentes, ainda carecem de um direcionamento mais efetivo. A liberdade problematizada e o conhecimento (sobretudo a partir da educação permanente) emergindo como uma grande ferramenta (o inédito viável) muito verbalizada, mas ainda pouco utilizada na promoção de autonomia.

Em relação ao primeiro objetivo específico: Conhecer a concepção dos trabalhadores da saúde de CAPs acerca de sua autonomia profissional, entendemos que foi alcançado na medida em que se apreendeu esta concepção: ela transitou pela liberdade de atuação em cada núcleo profissional, pela tomada de decisões frente a situações desafiadoras do cotidiano, pela capacidade de cumprir com as atribuições do cargo, de construir ações frente a demandas que a lei não abarca, etc. Foi possível perceber também que esta concepção está bastante ligada aos núcleos de atuação e também aos níveis de formação (médio e superior).

No segundo objetivo específico: Descrever as potencialidades e as dificuldades, na prática profissional, relativas à autonomia dos trabalhadores da saúde de CAPs, compreendeu-se como potencialidades a afinidade entre o grupo de trabalho e o respeito, o aprendizado de uns com os outros, o bom ambiente de trabalho, o trabalho em equipe multiprofissional (interação de conhecimentos) e a baixa rotatividade de servidores. Aqui foi possível perceber que o trabalho em equipe, quando harmônico e integrado se constitui em uma grande potencialidade para a construção da autonomia profissional.

Em relação às dificuldades identificadas destaca-se o fato de depender de outras instâncias para efetivar ações, ou seja, depender de decisões que advém de âmbito maior (que desconsidera muitas vezes o que o trabalhador tem a dizer). Em relação ao trabalho em rede foi mencionado o fato de não ter o poder de fazer as coisas no tempo em que o usuário precisa, a frágil conexão com a rede, a falta de objetivos comuns no âmbito intersetorial em relação à resolução dos casos e a baixa eficácia das reuniões de rede na resolução dos problemas. Cita-se ainda a repetição de rotinas, a burocracia e a desvalorização do trabalhador.

A resposta ao terceiro objetivo específico: descrever as iniciativas/ações desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPs na perspectiva da construção de sua autonomia profissional, foi identificada sobretudo no entendimento das reuniões de equipe como carro-chefe na promoção da autonomia. Contudo também foram citadas as

conferências de saúde, o encontro Interequipes na forma como aconteciam há alguns anos (com foco no fortalecimento do coletivo) e as reuniões com a rede de atenção.

Todos os temas geradores identificados se reportam à ideia de autonomia construída pelo grupo pesquisado. Vale destacar que elas “brotaram” da experiência vivida pelos trabalhadores na lida com usuários, nas vivências de ser servidor público, de ser trabalhador de uma política em fase de consolidação e atravessada por inúmeros interesses políticos, na insegurança das trocas de gestores, enfim, nas tantas andarilhagens dos trabalhadores percorridas ao longo dos anos de trabalho.

Neste ponto, em acordo como o referencial teórico, lembramos que, a autonomia deve ser conquistada, construída a partir de decisões, de vivências, da própria liberdade e a educação deve proporcionar contextos formativos que sejam adequados para que os aprendizes possam se fazer autônomos. Promover a autonomia dos trabalhadores e de usuários é fundamental para modificar as práticas instituídas sob pena de que as proposições de mudanças continuem sendo pensadas sem a participação das pessoas que deveriam propô-las e idealizá-las.

Vale destacar a impressão de que a educação permanente, ainda que seja uma estratégia pouco utilizada pela equipe, que ainda esteja no horizonte destes trabalhadores, surge como uma ferramenta potencial para o fortalecimento da autonomia. É possível entender esta potencialidade tendo em vista que a educação permanente dá acesso ao conhecimento e ao entendimento das situações do cotidiano. E se entendemos que o conhecimento é libertador, entendemos também que é promotor de autonomia. Nesse sentido, o estímulo ao desenvolvimento de ações de educação permanente nos CAPs pode se constituir em um tema para pesquisas ou projetos futuros

Relembremos agora a tese deste estudo: Os trabalhadores de saúde mental dos CAPs são agentes capazes de transformar a realidade e ser protagonistas nos seus espaços de atuação, entretanto, quando agentes do poder público, sua autonomia sofre a interferência das regulações determinadas pelo serviço público. Nesse caminho, entendemos que a tese foi confirmada na medida em que constamos, pelos resultados, que o serviço público tem uma legislação mais rígida, tem hierarquia e tem burocracia e isso tudo interfere na atividade do servidor, do trabalhador de saúde mental.

Por outro lado, entendemos que essa interferência nem sempre se dá de modo negativo: a mesma burocracia que entrava alguns processos, também protege; a mesma lei que limita uma conduta, também protege o servidor. Soma-se a isso a estabilidade advinda do serviço público a qual permite ao servidor se manifestar, respeitosamente e

dentro da legalidade, mas permite. Entretanto, entende-se que, em relações de trabalho precarizadas, certas manifestações não seriam toleradas.

Como contribuições para a área da pesquisa destaca-se a importância da pesquisa participante nos contextos que envolvem a saúde mental ou atenção psicossocial, tendo em vista a lida com o sofrimento de não se sentir aceito em uma sociedade que patina na aceitação do que lhe é diverso; tendo em vista que os trabalhadores que labutam para intermediar essa inserção/aceitação assumem lutas oriundas da implantação de uma Reforma que se depara, ainda, com muitos muros. Sendo assim a pesquisa participante e, sobretudo, o círculo de cultura, possibilitam que cada trabalhador, que cada usuário tenha o direito de dizer a sua palavra, de refletir sobre ela, de pensar soluções (os inéditos viáveis), a fim de que seu sonho se torne realidade. Isso permite manter a esperança viva e compromete o sujeito a ser protagonista de sua vida na construção de sua história.

Destaca-se a importância de se fazer uma síntese indicativa, uma proposição semelhante ao estabelecimento de indicadores de autonomia a partir dos achados desta pesquisa. Desta forma entende-se que, o incentivo para as ações de educação permanente, a potencialização das reuniões de equipe, o fomento à realização do Interequipes de saúde mental no município como espaço de discussões e reflexões, o apoio para atividades de matriciamento, o debate acerca da potência dos planos terapêuticos singulares, além do estímulo à participação nos espaços de controle social surgem como balizadores para a produção de uma maior autonomia profissional.

Considera-se, como limitação desta pesquisa, o seu foco restrito a um contexto específico, entretanto, vale ponderar que este mesmo serviço é parte de um projeto mais amplo que responde a princípios compartilhados nacionalmente os quais fundam a política pública em foco. Disso decorre que o modelo de cuidado e a concepção de sujeito e de adoecimento são comuns a toda a sociedade brasileira. Então, apesar dos cuidados que se deve ter com as generalizações, acredita-se que existam muitos aspectos comuns aos demais serviços do país. Por outro lado, entende-se que, quando se deseja construir um trabalho em profundidade necessitamos de tempo e imersão nas situações-limites a fim de compreendê-las e desvelá-las. Penso que um grupo muito grande de participantes e um intervalo de tempo curto dificultaria esse propósito. Destaca-se ainda a ocorrência da pandemia por Covid19 que atravessou os nossos caminhos na construção desta tese e exigiu mais tempo, mudanças e adaptações.

Em relação à avaliação dos círculos de cultura utilizaram-se dois instrumentos: o primeiro tratava de pontos positivos, pontos negativos e sugestões; o segundo solicitava

uma avaliação quantitativa (nota) para o tempo de duração dos Círculos, ambiente, lanche, dinâmicas, compreensão dos objetivos e clareza na exposição das etapas.

Como pontos positivos foram citados a possibilidade de se reunir com os colegas, de ouvir, conhecer e compartilhar saberes; de relacionar a teoria com a prática no processo de trabalho; atmosfera de confiança e tranquilidade; possibilidade de ouvir e expressar opiniões; sensação de pertencer. O modo como os temas foram agrupados permitiu uma boa discussão e reflexão no grupo. A promoção de um espaço coletivo onde se pode repensar as práticas, os entraves para exercê-las e discutir ideias para facilitá-las. A possibilidade de os círculos ocorrerem com maior frequência e em um tempo menor e também ser incorporados na rotina de trabalho surgiu como uma sugestão. Ademais, no segundo instrumento de avaliação, todos os itens foram pontuados com nota nove ou dez.

Finalizo externando uma imensa satisfação na feitura deste trabalho, pois tive a liberdade de propor, de criar, de ir e vir nos caminhos trilhados, de visitar conteúdos, de atualizar e integrar conhecimentos, de interagir profundamente com o grupo pesquisado, de provocar questionamentos, reflexões e identificação de possibilidades nos participantes, de aprender e apreender, de *ser mais*, enfim, de reavivar esperanças e fortalecer a coragem na direção do sonho e da utopia. E se nos permitirmos sonhar com outros mundos possíveis, seremos (e somos) capazes de esperar e de transformar.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; AZEVEDO, F.F.M.; GOMES, M.P.C. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 55-71, 2017.

ABUHAB D. et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPs III: um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.3, p.369-80, 2005.

ALARCON, S. Da reforma à luta pela vida não-fascista. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 249-63, 2005.

ALVES, M.B.S.; NUNES, J.R. Demandas Judiciais: adesão dos usuários ao tratamento no CAPs III de Palmas – TO. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v.8, n. 52, p.40-56, 2021.

AMARANTE, P.; BRASIL, L. Apresentação. In: AMARANTE, P. **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

_____. **O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. 2 ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

ANJOS FILHO, N.C.A; SOUZA, A.M.P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v.21, n.60, p.63-76, 2017.

ANTUNES, A. Curso: **Aprenda a dizer a sua palavra**. Instituto Paulo Freire. Comunicação EaD Freiriana, São Paulo, 2019

BATISTELA, C.R. **Por uma problematização do conceito de autonomia decorrentes dos encontros nos dispositivos de saúde mental**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BERNARDES, C.; MARCONDES, R.C. **Teoria Geral da Administração: gerenciando organizações**. 3ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BEZERRA Jr. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-50, 2007.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE/MS. **Dia Mundial do Transtorno Bipolar**, 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2919-30-3-dia-mundial-do-transtorno-bipolar>. Acesso em 06.mar.2020.

BORGES, L.L. *et al.* A implantação da rede de atenção psicossocial do rio grande do norte: avanços e desafios. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**, Barbacena,

v.13, n.23, 2021.

BOURRICAUD, François. Autonomie. In: **Encyclopaedia Universalis** – Vol. 3. Paris: France S.A., 1985.

BRANDÃO, C.R. O que é método Paulo Freire. Coleção Primeiros Passos. Brasiliense. São Paulo, 1981.

_____. (Org.). Repensando a pesquisa participante. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

_____. Curso: **Paulo Freire e a Educação Popular Diálogos Virtuais, Vivos e Virtuosos**. Instituto Paulo Freire. Comunicação EaD Freiriana, São Paulo, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Seção II: Da Saúde: Artigo 196**.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

_____. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de abr. de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta as modalidades de CAPs, o modo e o horário de funcionamento bem como a estrutura das equipes mínimas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. p. 22.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. **Diário Oficial da União**, 21.ago.2007.

_____. Ministério da Saúde. **Trabalho e Redes**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF, 2009a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental –Intersetorial. Ministério da Saúde/Comissão Relatora da IV Conferência Nacional deSaúde Mental – Intersetorial, Brasil, 2011a**.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do

uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. p. 230.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012a**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. p. 59.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.13, de 26 de janeiro de 2012b**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegisl/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 12.jul.2023.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2014. p. 68.

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. 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**, Brasília, DF, 21 set. 2017. p. 68.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017b. 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**, Brasília, DF, 22 dez. 2018. p. 46.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades em Pesquisa do Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580/2018b. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 2018. seção 1, p. 55

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018. Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília, DF, 2019.

_____. Tribunal de Contas da União. **Política Pública em dez passos**. Brasília, DF, 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial**

(Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. DF, 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Diário da Justiça Eletrônico/CNJ nº 36/2023, de 27 de fevereiro de 2023, p. 2-8.

CANCIAN, R. Max Weber e o significado de "burocracia". **Página 3 Pedagogia & Comunicação.** São Paulo, 2007. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/burocracia-max-weber-e-o-significado-de-burocracia.htm>. Acesso em 23.abr.2023.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho Educação e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 9, p. 85-112, 2011.

CAVALCANTE, M.B. **O conceito de pós-modernidade na sociedade atual.** 2020. Disponível: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/geografia/o-conceito-posmodernidade-na-sociedade-atual.htm>. Acesso em: 22.mai.2020.

CAYGILL, Howard. **Dicionário Kant.** Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

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

COELHO, I.; OLIVEIRA, M.H.B. Internação compulsória e crack: um desafio à saúde pública. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.38, n. 101, p.359-67, 2014.

COELHO, R.C. **O público e o privado na gestão pública.** Departamento de Ciências da Administração. UFSC. Florianópolis. CAPES:UAB. 2009.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Belo Horizonte). Cartilha: A luta pelo direito à saúde: o papel do Controle Social e do Conselho de Saúde s/d. Disponível em: www.hrtn.fundep.ufmg.br/wp-content/uploads/2022/08/cartilha_direitoadaude.pdf. Acesso em 05.agosto.2023.

CORTELLA, MS.; CASADEI, S.R. O que é a pergunta? 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CORTESÃO, L. Contribuições de Paulo Freire às ideias pedagógicas. Curso: **Paulo Freire em tempos de fake News.** Instituto Paulo Freire. Comunicação EaD Freiriana, São Paulo, 2019.

COSTA, P.H.A.; RONZANI, T.M.; COLUGNATI, F.A.B. No meio do caminho tinha um CAPS AD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de

drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 3233-45, 2018.

DAL POZ, M.R.; LIMA, J.C.S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 621-39, 2012.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. 2 ed. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1988.

DICKMANN, I. **Pedagogia da Gratidão: cartas a Paulo Freire**. São Paulo: Diálogos, 2017.

EATON, J. et al. The Lancet Commission on Mental Health and Sustainable Development: Evidence for action on mental health and global development. **Mental Health Innovation Network**. Centre for Global Mental Health, London, UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2018.

ESPERIDIÃO, E. *et al.* Recursos Humanos em saúde mental, álcool e drogas: formação e competências nas Américas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v.17, n.3, p.4-6, 2021.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, Recife, v.10, n.2, p. 321-30, 2010.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONILL, D. B.; PAVARINI, S. C. L. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008.

FIOCRUZ/ICICT. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em 06.mar.2020.

FREIRE, A.M.A.; JAIME, J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

FREIRE, P. Quatro cartas aos animadores de Círculos de Cultura de São Tomé e Príncipe. In: BEZERRA, Aída; BRANDÃO, C. (Org.). **A questão política da educação popular**. São Paulo: Brasiliense, p. 136-96, 1980a.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980b.

_____. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 10 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1984.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. Criando métodos de pesquisa alternativa: Aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa Participante**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. p. 34-41.

_____. A importância de ler: em três artigos que se completam. 23. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. O processo de alfabetização política. **Revista da FAEEDBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, n. 7, p. 31-32, 1997a.

_____. Denúncia, anúncio, profecia, utopia e sonho. In: PINTO, A.P. (Org.) **O livro da profecia: o Brasil no terceiro milênio**. v.1, Brasília: Senado Federal, p.670-86, 1997b.

_____. **Política e pedagogia**. Porto, Portugal: Porto Editora, 1998.

_____. Uma entrevista polifônica e virtual com Paulo Freire. In: ZACCUR, E. (org). **A magia da linguagem**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 13-24, 1999.

_____. **Pedagogia da libertação**. São Paulo: Villa das Letras, 2001.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 26 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2003.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. *E-book*.

_____. **Pedagogia da Indignação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016, *E-book*.

_____. **Pedagogia da Esperança**. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022.

FREIRE, P.; FAGUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013. *E-book*.

GADOTTI, M. Curso: **A escola dos meus sonhos**. Instituto Paulo Freire. Comunicação EaD Freiriana, São Paulo, 2018.

_____. Curso: **Aprenda a dizer a sua palavra**. Instituto Paulo Freire. Comunicação EaD Freiriana, São Paulo, 2019.

_____. **Curso: Mestres do amanhã, fazedores do futuro**. Instituto Paulo Freire. Comunicação EaD Freiriana, São Paulo, 2021.

GAINO, L.V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.14, n.02, p.108-116, 2018.

GASTAL, C.L.C. Regulação e emancipação no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira – o papel da participação popular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.02, p.78-92, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GOMEZ, M.V. O Círculo de Cultura: Opção Teórico-Metodológica na Educação. In: FARIAS, I.M.S. et al. E-book: **Didática e Prática de Ensino na relação com a Formação de Professores**. Fortaleza: UECE, p.04093-04403, 2015.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del Rei, v.1, n.1, p.1-19, 2006.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Revista Psicologia e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 01, p. 112-120, 2010.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 504-10, 2010.

GUIMARÃES, A.C.A.; VERAS, A.B.; CARLI, A.D. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v.10, n.1, p.91-103, 2018.

GUIMARÃES, T.A.A.; ROSA, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n.44, p.111-38, 2019.

HART, C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

JAFELICE, G.T; MARCOLAN, J.F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, n.5, p.2131-8, 2018.

KAPPS, M. **A crise de saúde mental no Brasil**. 30.ago.2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/2019/08/a-crise-da-saude-mental-no-brasil.shtml>. Acesso em 06.mar. 2020.

KINOSHITA, R. T.. Estado e Sociedade na produção da Reforma Psiquiátrica: algumas notas. In: LEBOSQUE, A.M. **Caderno Saúde Mental - A Reforma Psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial**. Belo Horizonte: ESP-MG, p.125-27. 2006.

KRICKI, A.; KREITNER, R. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Mcgramm. Hell, 2010.

LALANDE, A. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p.51-81.]

LESSARD, C. Autonomia profissional. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. *Dicionário: trabalho, profissão e condição docente*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM.

LINHARES, C. Anúncio/Denúncia. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 49-50, 2019.

LOUREIRO, C.F.B; FRANCO, J.B. Aspectos Teóricos e Metodológicos do Círculo de Cultura: uma possibilidade pedagógica e dialógica em educação ambiental. **Ambiente & Educação**. Rio Grande, v. 17, n.01, p.11-27, 2012.

MALTA, D.B. et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.10, p. 3253-64, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINHO, A.M. et al. Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (re)construção de políticas públicas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.15, n. 01, p. 141-47, 2011.

MARINHO, L.C.P. Memória oral do primeiro CAPS ad de Santa Maria. In: BITTENCOURT, R.C.B. & MARINHO, L.C.P. **Delicadas Tecituras: a construção de uma rede da saúde mental**. Curitiba: CRV, 2016.p. 61-63.

MATTOS, M.P. *et al.* Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa de literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro v. 44, n. 127, p. 1277-99, 2020.

MENDES, C.G.; MELLO, M.G.S. Políticas Públicas e Saúde Mental: o cenário é promissor? **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v.11, n.9, p.01-11, 2022.

MERÇOM, L. N.; CONSTANTINIDIS, T.C. Processos de Trabalho e a Saúde Mental dos Trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 666-695, 2020

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MILHOMEM, M.A.G.C; OLIVEIRA,A.G.B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.12, n. 01, p. 101-108, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e das Unidades de Acolhimento. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>>. Acesso em 11.fev.2020.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 397- 403, 2010.

MORETTI, C.Z. Resistência. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 415-16, 2019.

NEGREIROS, R. **Éthos, Educação e Serviço Público: uma tríade basilar**. Curitiba: Apris, 2019. *E-book*.

NÓBREGA, M.P.S.S; SILVA, G.B.F; SENA, A.C.R. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. *In: 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa em Saúde. Atas CIAIQ 2016*, v.2. Porto: 2016. p.41-49.

OLIVEIRA, N.R.; ARRAES, R.M.B. CAPS judiciário: Opção necessária para uma justiça saudável. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 447-55, 2011.

OLIVEIRA, W.F. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.4 , n.9, p.52-71 ,2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. 2020. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 20.mai.2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839. Acesso em 22.mai.2020.

_____. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo.** Brasília, 2017a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Acesso em: 06.mar.2020.

_____. **Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos.** Brasília, 2017b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839. Acesso em 11.jun.2020.

_____. **Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais.** 2017c. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839. Acesso em 28.mai.2020.

_____. **Folha informativa – Transtornos Mentais.** Brasília, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso: 06.mar.2020.

_____. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção.** Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em 31.jul.2023.

_____. **OMS divulga Informe Mundial de Saúde Mental: transformar a saúde mental para todos.** Brasília, 2023a. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/oms-divulga-informe-mundial-de-saude-mental-transformar-a-saude-mental-para-todos>. Acesso em 22.ago.2023.

_____. **Transtorno do espectro autista.** Brasília, 2023b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista#>. Acesso em 22.ago.2023.

OSOWSKI, C.I. Situações limites. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire.** 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 432-3, 2019.

PASSOS, L.A. Leitura do mundo. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire.** 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 285-7, 2019.

PEREIRA, S.L.B.; MAIA, J.B.D. Avanços e Desafios para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial em um Município de Médio Porte. **Revista FSA**, Teresina, v. 15, n. 4, p. 246-262, 2018.

PERES, G.M. *et al.* Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.27, p.34-52, 2018.

RAMOS, L. S. **Entre Fios e Dobras: o tecer da Reforma Psiquiátrica no município de Santa Maria/RS**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RIBEIRO, A. M. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: Alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Psicologia USP**, v. 16, n.4, p. 35-56, 2005.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Lei 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, 10 ago. 1992.

ROBBINS, S.P. **Comportamento Organizacional**. 11ed. São Paulo. Pearson Prentice Hall, 2005.

ROSSATO, R. Práxis. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 380-82, 2019.

ROSSSETO, T.R. **Como princípio a liberdade: apontamentos e controvérsias na concepção pedagógica de Paulo Freire**. In: XVI Semana da Educação, VI Simpósio de Pesquisa e Pós-graduação em Educação, Universidade Estadual de Londrina, 2015, p.72-84.

RUA, M.G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SAMPAIO, A. **Pós-Modernidade e Saúde Mental**. 2018. Disponível em: <https://juditesousa.pt/2018/04/14/pos-modernidade-e-saude-mental/>. Acesso em: 20.mai.2020.

SANTOS, C.M.; MORAES, C.A.S. Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021, no Brasil. **Vértices**, Campos dos Goitacazes, v.24, n.3, p. 919-31, 2022.

SANTOS, E. O. *et al.* Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. **Rev. Fund. Care On-line**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 606-613, 2017

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 7. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2013.

SCILESKI, A.C.C.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.3, p. 457-65, 2008.

SILVA, M. V.O. A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. In: LEBOSQUE, A.M.. A Reforma Psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial. **Cadernos Saúde Mental**, Belo Horizonte: ESP-MG, p.119-124, 2006.

SILVA, N.S. *et al.* Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.4. p.1142-51, 2013.

SILVA, D.L.S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. **Interface**, Botucatu, v.20, n.57, p.325-335, 2016.

SILVA FILHO, L.O. **A Autonomia do servidor público no Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado Executivo em Gestão Empresarial) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

SILVA FLHO, C.C. *et al.* Da pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde. In: PRADO, M.L. & REIBNITZ, K.S. **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, p. 141-156, 2016.

SOUTO, V.T. **Inédito viável na rede de atenção psicossocial: construções coletivas diante da apreciação de seus trabalhadores**. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

SOUZA, G.C.A; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA, E.M. **O conceito de liberdade na obra de Paulo Freire**. 2020. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de pós-graduação em História, Universidade Federal de Santa Maria.

STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, 2019.

STRECK, D.R. Rigor/Rigorosidade. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 419-20, 2019.

TASCA, P.C.; MAHL, A.C.; BIESDORF, A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v.10, n.2, p.99-106, 2019.

TAYLOR, Charles. **As Fontes do Self: A construção da identidade moderna**. Trad. Adail Ubirajara Sobral e Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Loyola, 1997.

TELLES DE MENEZES, D. Princípio da autonomia no regime jurídico dos servidores públicos após emenda constitucional 19/1998. **Revista da Advocacia Pública Federal**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 246-61, 22 dez. 2021.

TROMBETTA, S.; TROMBETTA, L.C. Inacabamento. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 260-1, 2019.

VASCONCELOS, M.L.M.C.; BRITO, R.H.P. **Conceitos de Educação em Paulo Freire**. Rio de Janeiro: Vozes. São Paulo: Mack Pesquisa, 2006.

VIAPIANA, V. N.; GOMES R.M.; ALBUQUERQUE, G.S.C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.4, p.175-186, 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 Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.02, p. 277-93, 2008.

ZANARDO, G.L.P., BIANCHETTI, D.L.C.; ROCHA, K.B. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, 2018.

ZATTI, V. **A educação para a autonomia em Immanuel Kant e Paulo Freire**. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-23, 2013

ZITKOSKI, J.J. Diálogo/Dialogicidade. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 139-141, 2019a.

_____. Ser mais. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. Belo Horizonte: Editora Autentica, p. 426-8, 2019b.

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS
PARTICIPANTES E TEMAS PARA A ENTREVISTA**

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

Título do projeto de pesquisa:

*Autonomia profissional de trabalhadores de saúde mental em Centros de Atenção
Psicossocial: sonhos, utopias e esperanças*

Pesquisadora: Doutoranda Lionara Paim Marinho

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Carmem Lucia Colomé Beck

Entrevista Nº: _____

Data: _____ Local: _____

Nome do Trabalhador: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

Profissão: _____

Formação/Titulação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na área de Saúde Mental: _____

Tempo de atuação no CAPs: _____

Como/quando/ por que optou por trabalhar na área de saúde mental?

Perguntas para a entrevista:

- Qual sua concepção acerca de autonomia profissional?
- Descreva as potencialidades na sua prática profissional, no âmbito do CAPs, relativas à autonomia profissional.
- Descreva as dificuldades na sua prática profissional, no âmbito do CAPs, relativas à autonomia profissional.
- Quais estratégias você imagina que poderiam ser utilizadas para o fortalecimento da autonomia profissional no âmbito dos CAPs?
- Descreva as iniciativas / ações desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPs na perspectiva da construção de sua autonomia profissional.

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OS CÍRCULOS DE CULTURA

Círculo de Cultura Nº: _____

Data: _____

Local: _____

Hora de início e término: _____

Número total de participantes: _____

Tema trabalhado: _____

OBS: Os temas a serem trabalhados serão gerados a partir do próprio grupo, considerando-se os objetivos do estudo.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: *Autonomia profissional de trabalhadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial: sonhos, utopias e esperanças*

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Carmem Lucia Colomé Beck

Email: carmembeck@gmail.com

Pesquisadora: Doutoranda Lionara de Cássia Paim Marinho

Email: lpmarinho@uol.com.br

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-0000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305B, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Centro de Atenção Psicossocial Caminhos do Sol.

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 as pesquisadoras deverão responder todas as suas dúvidas. Além disto, 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: Compreender como os trabalhadores da saúde de CAPs produzem sua autonomia no âmbito de sua atuação profissional; conhecer concepção dos trabalhadores da saúde de CAPs acerca de sua autonomia profissional; Descrever as potencialidades e as dificuldades, na prática profissional, relativas à autonomia profissional dos trabalhadores da saúde de CAPs; Construir com os trabalhadores da saúde de CAPs estratégias para o fortalecimento da autonomia profissional; Descrever as iniciativas / ações desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPs na perspectiva da construção de sua autonomia profissional; Traçar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores que atuam no CAPs.

Procedimentos: sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de discussões sobre temas do seu cotidiano de trabalho relacionados aos objetivos acima descritos, disparadas pela pesquisadora durante encontros dos círculos de cultura e, se necessário, também pela entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores dos Caps. Os encontros serão registrados 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 a pesquisadora responsável, comprometida em apresentar o relatório da pesquisa para os serviços nos quais foi realizada a pesquisa.

Benefícios: Os benefícios estão relacionados à promoção de espaços que contribuirão para o fortalecimento da autonomia profissional dos trabalhadores, incremento do conhecimento científico e aprimoramento da rede de atenção psicossocial do município. 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

Riscos: não estão vinculados riscos diretos, contudo você poderá sentir desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de lembrar algumas vivências que possam ter sido sofridas. Caso isto venha acontecer, o encontro poderá ser encerrado e suas angustias acolhidas pelo facilitador. Ainda, a não participação na pesquisa, bem como a desistência, será respeitada e não acarretará prejuízo ao seu trabalho.

Custos: não haverá custos ou benefícios financeiros pela participação na pesquisa.

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 Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como do cumprimento das exigências nela contidas.

Cuidados Frente à Pandemia: As entrevistas serão realizadas no Caps, em sala previamente higienizada e com cadeiras com distanciamento de, no mínimo, 1,5 metros entre os participantes; estarão na sala a entrevistadora (autora do estudo e um(a) auxiliar de pesquisa), além do entrevistado; todos deverão higienizar as mãos com água e sabão e ao adentrar a sala da entrevista, utilizar o álcool em gel; o gravador a ser utilizado deverá ser higienizado adequadamente com álcool em gel; todos os participantes da entrevista deverão utilizar máscara descartável a ser fornecida pela pesquisadora durante a realização da mesma. No que concerne aos Círculos de Cultura serão assegurados todos os cuidados apresentados anteriormente, acrescentando-se a reorganização no quantitativo de pessoas que participarão do círculo de cultura, a depender do espaço disponível para esta atividade. Assim sendo, poderá ser necessário realizar mais encontros em função do limite de pessoas em cada um deles.

É importante salientar, caso você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFMS 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

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da 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 para 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, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Santa Maria ____, de _____ de 2021.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da executora do projeto

Profa. Dra. Carmem Lucia Colomé Beck
Pesquisadora responsável

APÊNDICE D- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da pesquisa: *Autonomia profissional de trabalhadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial: sonhos, utopias e esperanças*

Pesquisadora: Doutoranda Lionara de Cássia Paim Marinho

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Carmem Lucia Colomé Beck

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-0000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305B, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Telefone para contato: 999905353 / 991098186

Local da coleta de dados: Centro de Atenção Psicossocial Caminhos do Sol

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio dos círculos de cultura e, se necessário, pelas entrevistas semiestruturadas (realizadas individualmente). Os círculos de cultura serão realizados no Centro de Atenção Psicossocial Caminhos do Sol. Se for necessário realizar as entrevistas semiestruturadas estas serão realizadas nos outros três Centros de Atenção Psicossocial do município. 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, Departamento de Enfermagem, sala 1305B, 97105-970 - Santa Maria - RS. Após este período os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro CAAE

Santa Maria _____, de _____ de 2021.

Assinatura da pesquisadora responsável
Profa. Dra. Carmem Lucia Colomé Beck

**APÊNDICE E - CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE (NEPeS)**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 3921-7201

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Vimos por meio deste, informar que o projeto intitulado “AUTONOMIA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS” de autoria Lionara de Cássia Paim Marinho e Carmem Lúcia Colomé Beck, vinculada ao Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, conforme aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo compreender como os trabalhadores da saúde de CAPS produzem sua autonomia no âmbito de sua atuação profissional.

Fui informado pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 06 de janeiro de 2021.

Fábio Mello da Rosa

FÁBIO MELLO DA ROSA
Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE
PORTARIA 0040/2007 SMS

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO I DOS CÍRCULOS DE CULTURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROJETO DE DOUTORADO: AUTONOMIA PROFISSIONAL DE
TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: SONHOS, UTOPIAS E ESPERANÇAS
AVALIAÇÃO I DOS CÍRCULOS DE CULTURA

A seguir, solicitamos, que você faça uma avaliação da seguinte forma:

QUE BOM!



Descreva o que, na sua opinião, foi mais positivo:

QUE PENA!



Descreva o que, na sua opinião, não foi positivo:

QUE TAL!



Que sugestão você teria para melhorar o desenvolvimento dos Círculos de Cultura?
