

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Juliana Figueiredo Sobel

Do sonho à ação, da reabilitação à autonomia psicossocial:
uma análise teórico-metodológica a luz de Paulo Freire

Recife

2020

Juliana Figueiredo Sobel

Do sonho à ação, da reabilitação à autonomia psicossocial:

uma análise teórico-metodológica a luz de Paulo Freire

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em ciências.

Orientadora:

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz**

- S677d Sobel, Juliana Figueiredo.
Do sonho à ação, da reabilitação à autonomia psicossocial: uma análise teórico-metodológica a luz de Paulo Freire/Juliana Figueiredo Sobel. — Recife: [s. n.], 2020.
208 p.: il.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) - Instituto Aggeu Magalhães, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Recife, 2020.
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
1. Reabilitação Psiquiátrica. 2. Autonomia pessoal. 3. Saúde mental. 4. Condicionamento psicológico. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 616.98

Juliana Figueiredo Sobel

Do sonho à ação, da reabilitação à autonomia psicossocial:

uma análise teórico-metodológica a luz de Paulo Freire

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em ciências.

Aprovada em: 12 de junho de 2020

Banca Examinadora

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ludmila Cerqueira Correia
Universidade Federal da Paraíba

“Para os(as) esfarrapados(as) do mundo,
e aos que nelas e neles se descobrem
e, assim, descobrindo-se, com elas e eles sofrem,
mas, sobretudo, com elas e eles lutam” (FREIRE, 2001).

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Sol e a Lua por nascer e renascer todos dias, assim como nós!

Agradeço à minha mãe, Melice, e ao meu pai, Julio, pelo porto seguro em que sempre encontro águas protegidas para descansar. Pela paciência, amor, companheirismo dos últimos dias, sempre confiantes de que já deu certo! Com vocês sigo carregada de amor, de ética, de respeito comigo e com os outros, para onde quer que eu vá!

Agradeço à minha tia Helena e minha Avó Dulce, fomos por algum tempo as únicas mulheres da família Sobel, um salve a resistência das mulheres que vieram antes de nós! Vocês duas sempre foram e serão estrelas guias no meu caminho como profissional da saúde e da saúde mental!

Agradeço à minha avó Fátima e ao meu avô Waldemar por me mostrarem que viver é não ter a vergonha de ser feliz!

Agradeço à minha orientadora, Paulette, por todo companheirismo, amorosidade, empolgação, confiança, por estar junto comigo em todos os momentos dessa pesquisa, construindo sonhos junto comigo. Você, de fato, é uma inspiração de educadora e orientadora, carregarei comigo sempre a tua força, coragem e determinação!

Agradeço a todas e todos do Sonhação, por construir junto conosco os sonhos, por pensarmos juntas(os) um cuidado em saúde mental que seja, verdadeiramente, antimanicomial, por acreditarem neste trabalho e construírem junto comigo, sem vocês este produto aqui não existiria! Minha eterna gratidão!

Agradeço a Daniela Gontijo, educadora, que me acompanha desde a graduação em Terapia Ocupacional, que fez a ponte do meu primeiro contato com a Pedagogia Paulo Freire, sempre atenta, disponível e amorosa para me ajudar, passando sempre confiança e esperança no cuidado em saúde em prol de um mundo mais justo. És inspiração pra mim!

Agradeço a Ludmila Cerqueira, que inspira na luta feminista antimanicomial e na defesa radical pelos direitos das mulheres 'loucas' e homens 'loucos'!

Agradeço a Edna Granja, pelas contribuições na qualificação desta pesquisa, sem as quais não teríamos chegado neste produto final!

Agradeço a Cátedra Paulo Freire da UFPE, em nome das educadoras Eliete, Marília e Claudilene, que tive o imenso prazer de estar junto no último semestre, aprendendo junto e construindo conhecimento sobre o mestre Paulo Freire. Gratidão por tantos aprendizados que foram de imensa contribuição para esta dissertação!

Agradeço a minhas amigas, irmãs de alma, Shirley e Beatriz, por serem casa/colo,

vocês que sempre estão comigo e que estiverem na semente que brotou e germinou neste projeto, não tenho palavras pra descrever sobre o nosso encontro, só sentir, abraçar e agradecer. Amo vocês!

Agradeço a Iara, minha afilhada, por me alegrar em tantos dias, principalmente durante o processo de escrita desta dissertação, por estar longe-perto e por me fazer acreditar, lutar e esperar por um mundo melhor!

Agradeço a Olávio, meu companheiro, por me mostrar a força sertaneja, por ser(tão), por toda poesia, parceria e cuidado construídos nesse tempo que brota junto com o nascimento desta dissertação!

Agradeço a minhas amigas Halina, Catarina e Gêssica, por terem sido colo em tantos momentos difíceis durante o mestrado, com vocês ando muito melhor, e por serem minhas parceiras e referências na luta por uma sociedade sem manicômios!

Agradeço aos amigos e às amigas parceiras de turma do mestrado, Aryadne, Raíssa, Juliana, Aline, Joelson, Diego e João, por todas as angústias compartilhadas na vivência da vida acadêmica e por fazer da academia um lugar de solidariedade, generosidade, companheirismo e esperança!

Agradeço à minha amiga Tatiany, minha parceria desde a graduação em Terapia Ocupacional, que se faz sempre presente e é inspiração para mim de força, de determinação, de coragem!

Agradeço a Ivonete, Arthur, Leandra, Isabel, Vitor, companheiros de luta, desde a Residência nos acompanhamos nos nossos inéditos viáveis. Se vocês vêm comigo, eu não choro mais!

Agradeço ao amigo Pedro Xavier, por ser quem sempre caminha comigo desde reflexões mais profundas do que é a vida, a rir por qualquer besteira. Agradeço especialmente pela parceria em todos os materiais gráficos desta dissertação!

Agradeço ao Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades, espaço no qual aprendi a importância do coletivo, do respeito e da construção de tantas revoluções antimanicomiais!

Agradeço à Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do estado de Pernambuco por ter proporcionado a bolsa de estudos durante o tempo no mestrado.

Por fim e não menos importante, agradeço ao Mestre Paulo Freire, onde quer que esteja, que é inspirador para meus caminhos enquanto pessoa e trabalhadora da saúde. Por me ensinar a sempre submeter a minha prática a uma reflexão teórica, a esperar, a acreditar nos sonhos, e que sem o amor, amor de compromisso uns com os outros, não pode acontecer a

prática de cuidado!

“Escolhi a sombra desta árvore para
repousar do muito que farei,
enquanto esperarei por ti.
Quem espera na pura espera
vive um tempo de espera vã.
Por isto, enquanto te espero
trabalharei os campos e
conversarei com os homens *e as mulheres*.
Suarei meu corpo, que o sol queimará;
minhas mãos ficarão calejadas;
meus pés aprenderão o mistério dos caminhos;
meus ouvidos ouvirão mais,
meus olhos verão o que antes não viam,
enquanto esperarei por ti.
Não te esperarei na pura espera
porque o meu tempo de espera é um
tempo de que fazer.
Desconfiarei daqueles que virão dizer-me
em voz baixa e precavidos:
 É perigoso agir
 É perigoso falar
 É perigoso andar
É perigoso esperar, na forma em que esperas,
porquê esses recusam a alegria de tua chegada.
Desconfiarei também daqueles que virão dizer-me,
com palavras fáceis, que já chegaste,
porque esses, ao anunciar-te ingenuamente,
antes te denunciam.
Estarei preparando a tua chegada
como o jardineiro prepara o jardim
para a rosa que se abrirá na primavera.”

(FREIRE, 2000)

RESUMO

SOBEL, Juliana Figueiredo. **Do sonho à ação, da reabilitação à autonomia psicossocial: uma análise teórico-metodológica a luz de Paulo Freire.** 2020. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

A reabilitação psicossocial apresenta-se como referencial que vem orientando as políticas e as práticas no campo da Saúde Mental. Vários estudos apontam a amplitude do campo de atuação e revelam que existem muitos conceitos em torno da reabilitação psicossocial, inclusive pelo caráter polissêmico da palavra reabilitação. Diante disso, encontra-se em Paulo Freire e em seu arcabouço teórico e metodológico caminhos para o cuidado na saúde mental. A reabilitação psicossocial e a pedagogia de Paulo Freire pautam-se na dimensão relacional, com potencial de transformar a realidade, ambas têm como horizonte a autonomia dos sujeitos em seus processos de vida, libertados das opressões que vivenciam. Dessa forma, esta dissertação buscou analisar as contribuições da Pedagogia Paulo Freire para os processos de reabilitação psicossocial junto a usuários/as e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), participantes do grupo Sonhação. Essa pesquisa tratou-se de uma pesquisa participante e teve como método a investigação temática proposta por Paulo Freire. Para os dados desta pesquisa foram analisados dez encontros do Sonhação, que foram agrupados em eixos que correspondem aos momentos da investigação temática: leitura da realidade, análise crítica da realidade e elaboração de propostas de ação. Os resultados obtidos demonstram que algumas práticas de reabilitação psicossocial atendem a lógica manicomial, com práticas de segregação e de tutela, sem promoção de autonomia. Diante disso, buscou-se em Paulo Freire um referencial para as práticas de cuidado na saúde mental e, para o conceito de Autonomia, no qual compreendeu-se que o cuidado em saúde mental deve se pautar pela construção da Autonomia Psicossocial. Ademais, compreendemos que a utilização do referencial teórico e metodológico de Freire contribui para o processo de autonomia psicossocial dos/as participantes do Sonhação, tratando-se de um referencial que pode subsidiar o cuidado antimanicomial.

Palavras Chaves: Reabilitação psicossocial; Autonomia; Pedagogia Paulo Freire; Autonomia Psicossocial.

ABSTRACT

SOBEL, Juliana Figueiredo. **From dream to action, from rehabilitation to psychosocial autonomy**: a theoretical-methodological analysis in the light of Paulo Freire. 2020. Dissertation (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

Psychosocial rehabilitation presents itself as a reference that has been guiding policies and practices in the field of Mental Health. Several studies point out the breadth of the field of action and reveal that there are many concepts around psychosocial rehabilitation, including the polysemic character of the word rehabilitation. In view of this, Paulo Freire and his theoretical and methodological framework are paths for mental health care. Psychosocial rehabilitation and Paulo Freire's pedagogy are based on the relational dimension, with the potential to transform reality, both have as their horizon the autonomy of subjects in their life processes, freed from the oppressions they experience. Thus, this dissertation sought to analyze the contributions of Paulo Freire Pedagogy to the psychosocial rehabilitation processes with users and professionals of the Psychosocial Care Network (RAPS), participants of the Sonhação group. This research was a participatory research and its method was the thematic investigation proposed by Paulo Freire. For the data of this research, ten Sonhação meetings were analyzed, which were grouped in axes that correspond to the moments of the thematic investigation: reading of reality, critical analysis of reality and elaboration of proposals for action. The results obtained show that some psychosocial rehabilitation practices meet the asylum logic, with practices of segregation and guardianship, without promoting autonomy. Therefore, Paulo Freire was sought as a reference for mental health care practices and for the concept of Autonomy, in which it was understood that mental health care should be guided by the construction of Psychosocial Autonomy. Furthermore, we understand that the use of Freire's theoretical and methodological framework contributes to the process of psychosocial autonomy of Sonhação participants, as it is a framework that can support anti-asylum care.

Keywords: psychosocial rehabilitation; autonomy; pedagogy paulo freire; psychosocial autonomy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
MEP	Movimento de Educadores Populares
MST	Movimento Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PUC SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENILA	Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPE	Universidade de Pernambuco

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sistematização do livro Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire.....	49
Figura 2 – Conceito de Autonomia para Paulo Freire.....	56
Quadro 1 – Sequência Metodológica da Investigação Temática do Sonhaço.....	85
Figura 3 – Mandala do Sonhaço.....	90
Figura 4 – Rede do Sonhaço.....	93
Figura 5 – Mosaico.....	106
Figura 6 – Sistematização da Leitura da Realidade.....	133
Figura 7 – Matriz Conceitual Autonomia Psicossocial.....	173
Figura 8 – Matrizmapa Conceitual Autonomia Psicossocial.....	176
Quadro 2 – Sistematização dos resultados e achados.....	184

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 UMA EXPLANAÇÃO AO TEMA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PROBLEMAS, PERSPECTIVAS E CAMINHOS.....	16
1.2 VISIBILIZAR É PRECISO: SOBRE A LEITURA DE MUNDO E VIVÊNCIA DA PESQUISADORA.....	21
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	26
3.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	28
3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	31
3.4 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	34
3.5. PEDAGOGIA PAULO FREIRE.....	45
3.5.1 A concepção de ser humano: mulheres e homens como sujeitos	49
3.5.2 O diálogo é essência da educação libertadora.....	50
3.5.3 O respeito à construção da autonomia como horizonte	53
3.6 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E PEDAGOGIA PAULO FREIRE: UM ENCONTRO POSSÍVEL?.....	55
4 PERCURSO METODOLÓGICO	63
4.1 A PESQUISA PARTICIPANTE.....	64
4.2 A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA: UMA INSPIRAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE DADOS JUNTO A USUÁRIAS E TRABALHADORAS DA RAPS..	65
4.3 A FORMAÇÃO DO SONHAÇÃO: SEMEANDO SONHOS E AÇÃO.....	69
4.4 AS/OS PARTICIPANTES DO SONHAÇÃO: PESQUISADORAS/ES DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	73
4.5 OS ENCONTROS-CONSTRUÇÃO DO REFLETIR, DO ANALISAR, DO SONHAR E DA AÇÃO	79
4.6 ANÁLISE DOS DADOS CONSTRUÍDOS	84
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	86
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: A PRÁTICA DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA	87
5.1 LEITURA DA REALIDADE	87

5.1.1 Desvelando nossa rede de atenção psicossocial e o chão do qual partimos e caminhamos	89
5.1.2 Situações-limites problematizadas da realidade	103
5.1.2.1 Desvelando a Reabilitação Psicossocial.....	103
5.1.2.2 Desvelando a construção de autonomia (mas qual autonomia?).....	119
5.1.2.3 Educação Popular: a autonomia do agir	123
5.1.3 Sistematizando a Leitura da Realidade	126
5.2 ANÁLISE CRÍTICA DA REALIDADE	127
5.2.1 Entre a paciência impaciente da leitura da realidade e a elaboração de uma proposta de ação, um caminho: a Pedagogia da Autonomia como referencial para a reabilitação psicossocial	128
5.2.2 A codificação da análise crítica da realidade: uma situação do cotidiano que nos acompanhou	131
5.2.3 Quais os saberes fundamentais para a (re)abilitação psicossocial para promover autonomia?.....	134
5.2.3.1 A (re)abilitação psicossocial constrói autonomia.....	134
5.2.3.2 A (re)abilitação psicossocial objetiva a construção de sujeitos de relação	140
5.2.3.3 A (re)abilitação psicossocial se pratica com diálogo	145
5.2.3.4 A (re)abilitação psicossocial exige reflexão crítica sobre a prática	150
5.2.3.5 A (re)abilitação psicossocial requer ética.....	153
5.2.4 Entre a reabilitação psicossocial e o anúncio da autonomia psicossocial: o inédito viável, o sonho e a ação.	156
5.2.5 Sistematizando a análise crítica da realidade.....	163
5.3 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE AÇÃO	164
5.3.1. A avali(ação) para construção do sonho e da ação	169
5.4 SISTEMATIZANDO OS RESULTADOS: OS ACHADOS ATRAVÉS DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA.....	171
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICE A – CONVITE DA PESQUISA	185
APÊNDICE B – TCLE.....	186
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENCONTRO DO SONHAÇÃO	188
APÊNDICE D – TARJETAS COM FALAS SIGNIFICATIVAS.....	189
APÊNDICE E – DICIONÁRIO DO SONHAÇÃO	190

APÊNDICE F – IMAGEM DO SONHAÇÃO.....	191
APÊNDICE G – INSTRUMENTAL PARA PROJETO DE VIDA	192
APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO SONHAÇÃO.....	208
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA ANEPS	210
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES.....	211
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL.....	212

1 INTRODUÇÃO

No descomeço era o verbo.
 Só depois é que veio o delírio do verbo.
 O delírio do verbo estava no começo,
 lá onde a criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.
 A criança não sabe que o verbo escutar não funciona para cor, mas para som.
 Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira.
 E pois.
 Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer nascimentos —
 O verbo tem que pegar delírio.
 (BARROS, 1993)

O fazer e a ação, através do verbo, pega quando pega delírio, delírio é verbo, é ação. A reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial, a reabilitação psicossocial e a pedagogia de Paulo Freire fazem do delírio um verbo, uma ação, para a luta, para o sonho por uma sociedade mais justa. É assim que anunciamos as pistas dessa pesquisa, as trilhas descreveremos ao longo das próximas páginas! Bom delírio!

1.1 UMA EXPLANAÇÃO AO TEMA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PROBLEMAS, PERSPECTIVAS E CAMINHOS

A partir da década de 1960, iniciou-se, em diversos países, uma série de processos denominados Reformas Psiquiátricas, que partiam de críticas e questionamentos aos saberes e às instituições asilares, um momento de crise da psiquiatria, tanto teórica, quanto prática. Neste cenário, destaca-se a experiência italiana, que teve como precursor Franco Basaglia, a qual compreende os manicômios como instituições de violência e propôs o encerramento de todos os hospitais psiquiátricos, assim como, defende a desinstitucionalização como uma principal estratégia na desmontagem dos aparatos físicos, jurídicos, conceituais e socioculturais que se edificaram sobre a noção da doença mental (PASSOS; PEREIRA, 2017; AMARANTE, 2015).

Franco Rotelli (1990) que, em seus aportes teóricos, inscreve o conceito de desinstitucionalização, aposta em um processo de reconstrução das pessoas com experiência na loucura¹ como atores sociais. O autor aponta que a estratégia da desinstitucionalização tem sua capilaridade e engrenagem nos serviços territorializados articulados com a vida cotidiana, com suas diferentes expressões de sofrimento e opressão, possibilitando, assim, a modificação das relações de poder e saber entre as pessoas em torno da loucura, do desvio e da diversidade

¹ Amarante (2015) utiliza-se da nomeação dos sujeitos em experiência-sofrimento e Andrade, *et al.* (2013) utiliza-se do termo sujeitos da experiência na loucura, para esse trabalho decidimos, também, utilizar o termo: pessoas com experiência na loucura.

(ROTELLI, 1990; AMARANTE, 2015; LUCENA, 2015).

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica foi constituído no final dos anos de 1970, sob forte influência da experiência italiana, e também do clima de efervescência de organização social e civil contra a ditadura militar. Paulo Amarante (2015) define a reforma como um processo permanente, na qual, o principal objetivo seria transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental. Esta reforma tem como sentido a superação das relações estabelecidas pelo estigma, pela segregação, pela desqualificação dos sujeitos, e construir outra relação com base na coexistência, na troca, na solidariedade, no exercício da cidadania (AMARANTE, 2015).

A partir da conquista dos marcos políticos-institucionais na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, principalmente, com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica/Luta Antimanicomial, inaugurou-se o processo de reordenação da assistência na saúde mental. A reordenação da assistência foi marcada pela necessidade do desenvolvimento de uma nova prática, através do princípio de cuidado no território. Na qual se preconiza uma assistência que tem como horizonte a afirmação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, a disponibilização de uma rede de serviços territoriais e o investimento nos projetos de vida das usuárias e usuários (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005; YASUI, 2006).

Ressalta-se que o processo da reforma psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas, mas sim com o exercício cotidiano de transformações institucionais, dos serviços, das práticas e das relações interpessoais. As mudanças institucionais através das leis foram e vem sendo importantes para o movimento da luta antimanicomial, mas elas por si só não garantem uma nova lógica de cuidado. As leis não são indícios de mudanças, mas constataam a necessidade de implementação de um nova lógica assistencial. A reforma psiquiátrica, verdadeiramente, antimanicomial, busca, sobretudo, novas formas de lidar com a loucura e de fato promover a reabilitação psicossocial das pessoas com experiência na loucura com o intuito de que lhes sejam dados o direito de produzir novas possibilidades de vida, de relações sociais e de participação na cidade (CAMPOS, 2008).

A reabilitação psicossocial se apresenta como referencial que vem orientando as políticas e práticas no campo da saúde mental, a partir das dimensões teóricas, práticas e éticas da desinstitucionalização e do cuidado antimanicomial. Deste modo, faz-se necessário a discussão da práxis da reabilitação psicossocial para constituição de práticas que, verdadeiramente, estejam alinhadas com as dimensões da reforma psiquiátrica. Logo, o que, de fato, é a reabilitação psicossocial? Que concepções permeiam a sua prática?

A literatura brasileira encontra nos escritos de Benedetto Saraceno, psiquiatra italiano, referência para compreensão do campo da reabilitação psicossocial. O autor traz a concepção deste campo focado em três grandes cenários: moradia, rede social e trabalho com valor social, o qual busca aumentar o poder contratual das pessoas com experiência na loucura, para ampliar a sua autonomia. Defende que não se trata de um processo individual de inabilidade para à habilidade, de um estado de incapacidade para um estado de capacidade, mas configura-se como um processo de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos e de tessitura de redes múltiplas de negociação (SARACENO, 1996; 2001).

Estudos desenvolvidos por diversas autoras e autores apontam a amplitude do campo de atuação e as diversas instâncias nas quais a reabilitação psicossocial precisa intervir e se consolidar. Também revelam que existem muitos conceitos em torno da reabilitação psicossocial, inclusive pelo caráter polissêmico da palavra reabilitação (HIRDES, KANTORSKI, 2004; BABINSK, HIRDES, 2004; GUERRA, 2004; ANÁSTACIO, FURTADO, 2012; LUCENA, 2015; RIBEIRO, BEZERRA, 2015; AMORIM, OTINI 2015; HIRDES, 2009; PINTO, FERREIRA, 2010). Os dados levantados por estes estudos corrobora com o que Pitta (2001) sugere acerca das variadas compreensões, definições e usos da Reabilitação Psicossocial desde seu surgimento, dos diversos pressupostos e definições decorreram inúmeras interpretações. Saraceno, em 1996, já afirmava que a prática da reabilitação psicossocial está à espera de sua construção teórica, a prática tem sido construída cotidianamente pelas diversas atrizes e atores da saúde mental, mas ressalta a necessidade de embasamento para que as ações possam ter direcionamentos mais claros e que, de fato, promovam autonomia das pessoas com experiência na loucura (SARACENO, 1996).

Benetton (1996) faz uma crítica ao termo reabilitação, pelo prefixo **re**, aponta que esse prefixo implica um recobrimento no sentido de restituição do estado anterior. A autora Pitta (1996) também levanta os prejuízos de sentido ao analisar etimologicamente a palavra reabilitação, o prefixo “re” evoca um movimento para trás, ideia de repetição e ‘habilitação’ é o ato de habilitar-se através de um conjunto de conhecimentos, aptidões e capacidades. O autor italiano Venturini (2016) desenvolve uma crítica à reabilitação por esse termo configurar um olhar para o passado, com o propósito de restituir uma normalidade; por fazer referência à cura que isso evidencia instâncias de controle e de estigma, o mesmo propõe substituir a palavra reabilitação por habilitação.

Na atualidade, a autora Morato (2019) verificou que existe uma falta de consenso acerca da definição teórica da reabilitação psicossocial e a sua conseqüente operacionalização

nos serviços de saúde mental, assim como, as dúvidas acerca de qual referencial tem sido assumido por esses serviços, e se este ou estes referenciais, verdadeiramente, amparam a prática da assistência. Nesse âmbito de reflexões, Hirdes (2009) em seu estudo indica que as práticas profissionais nos serviços estão muito além do que se produz cientificamente, sugerindo a necessidade de que haja a construção de um referencial de reabilitação próprio no Brasil, em detrimento da adoção de modelos internacionais como o anglo-saxônico ou o italiano. A autora sugere que o referencial brasileiro coloque no centro do conhecimento as pessoas com experiência na loucura, sujeitas da própria história e o reconhecimento enquanto sujeitos históricos capazes de mudar a realidade.

Diante disso e por compreender a reabilitação psicossocial como um processo que precisa se pautar no investimento em sujeitos coletivos e ativos que resistam aos processos de anulação de suas identidades, encontramos em Paulo Freire e em seu arcabouço teórico e metodológico caminhos para o cuidado na saúde mental (CARNEIRO *et al.*, 2010; GUIMARÃES; VERAS; CARLI; 2018; SOBEL, 2017; VIANA; SOBEL; SANTOS, 2018). Os princípios da pedagogia Paulo Freire estão em congruência com os da reabilitação psicossocial, no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial, visto que ambos: favorecem a produção de subjetividade, propiciam a humanização, contribuem para o potencial criativo, acreditam na interdisciplinaridade, aceitam os sujeitos com todas as suas pluralidades e diferenças, afirmam valores como a cidadania, a solidariedade, o respeito, a tolerância e a equidade, se pautam pelo diálogo horizontal e na amorosidade para construção das relações baseadas no afeto. Além de lutarem pela igualdade social, pela emancipação e protagonismo dos sujeitos e pelo enfrentamento aos determinantes sociais da saúde. Ambos acreditam em um projeto de sociedade democrático e popular.

Freire (2019) faz uma crítica à educação tradicional, a qual ele denomina como educação bancária, enquanto um processo unidirecional, verticalizado e “comandado” pela educadora/educador. Defende uma prática educativa crítica enquanto processo permanente que impulsiona as pessoas para serem mais conscientes, críticas, livres e humanas e com potencial para transformar a sua realidade. Para o autor, o processo educativo acontece através do diálogo, no qual, o conhecimento é construído de forma dinâmica como resultado da ação/reflexão, tanto da educadora/educador, quanto da educanda/educando.

Para a educação libertadora proposta por Freire (2019) é fundante a concepção do ser humano como sujeito social, político e cultural. Defende e acredita no potencial do sujeito de

ser mais, do seu inacabamento, da capacidade de estar sempre em transformação junto com o outro e mediatizados pelo mundo (FREIRE, 2019).

Um estudo que utilizou o referencial da educação popular, para construir oficinas na saúde mental, a avaliou como estratégia potente de construção de novos saberes e práticas no campo da saúde mental, condizentes com os pressupostos do cuidado antimanicomial (CARNEIRO, *et al.*, 2010). Em outro estudo, as/os autoras/es apresentam, na forma de ensaio, as intersecções entre a teoria de Paulo Freire e a reforma psiquiátrica e defende que a teoria freireana tem aplicabilidade na estruturação da clínica em saúde mental, que siga os preceitos da reforma psiquiátrica (GUIMARÃES, VERAS, CARLI, 2018).

É válido destacar que a reabilitação psicossocial e a pedagogia de Paulo Freire pautam-se na dimensão relacional, de que somos seres da relação uns com os outros e com o mundo, com potencial de transformar a realidade, ambas tem como horizonte a autonomia dos sujeitos em seus processos de vida, libertados das opressões que vivenciam (SARACENO, 2001; FREIRE, 2005; 2019).

Importante lembrar que a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizou Paulo Freire como política pública, através da publicação, em 2013, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), a qual aponta os princípios da pedagogia freireana: o diálogo, a amorosidade, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, a problematização e a construção do projeto democrática popular como guia para o cuidado em saúde.

Ao considerarmos que temos desde 2013, a PNEPS, que orienta as práticas e ações em saúde a serem pautadas na educação popular, nos questionamos como, na saúde mental, ainda utilizamos de forma incipiente o referencial de Paulo Freire? Não podemos deixar de mencionar que Paulo Freire é natural de Recife/Pernambuco, iniciou as reflexões de sua pedagogia no chão de vida deste estado. Portanto, trata-se de uma referência importante para construirmos as práticas em reabilitação psicossocial as quais preconizam os princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial em direção à construção de autonomia.

No caso do estado de Pernambuco, o mesmo tem um lugar de destaque no âmbito da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, ao ser o terceiro estado brasileiro a promulgar uma lei própria, a Lei 11.064 de 16 de maio de 1994, que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental. Entretanto, não encontramos experiências na reabilitação psicossocial e no campo da saúde mental que se utilizem do referencial de Paulo Freire em Pernambuco. Neste contexto, na

Política Estadual de Saúde Mental do estado existe, apenas, a menção ao termo reabilitação psicossocial, mas não explana a compreensão em torno do processo de reabilitação, assim como, não há referências quanto à utilização da educação popular no cuidado em saúde mental (PERNAMBUCO, 2018).

Partindo das reflexões levantadas acerca das aproximações e as contribuições de Paulo Freire para os processos de reabilitação psicossocial, essa pesquisa tratou-se de uma pesquisa participante (BRANDÃO, 1999; GAJARDO, 1999; BOTERF, 1999), na qual foi formado um grupo, que se automeou “Sonhação”, formado por usuárias/usuários e trabalhadoras da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Pernambuco, o qual se propôs a estudar os processos de reabilitação psicossocial e a pedagogia Paulo Freire.

A partir de um processo de investigação temática proposto por Freire (2005) e sistematizado por Saul (2015), que se constituiu de três momentos: a leitura da realidade, a análise crítica da realidade e a elaboração de proposta de ação. O sonhação considerou os pressupostos levantados acima quanto ao campo da reabilitação psicossocial, incluindo as críticas ao nome Reabilitação, realizamos nossas análises em torno dos obstáculos que levantamos à concretização da reabilitação psicossocial e encontramos como sonho e ação: a construção da autonomia psicossocial.

Esse estudo com base na experiência do Sonhação teve como pergunta condutora: Quais as contribuições que a pedagogia Paulo Freire pode trazer para as práticas de reabilitação psicossocial na rede de atenção psicossocial? Caminhamos a partir do pressuposto de que a utilização do referencial teórico e metodológico de Freire nas práticas de reabilitação psicossocial pode favorecer o processo de desvelamento das relações de poder, assim como, a conquista de autonomia das pessoas com experiência na loucura.

1.2 VISIBILIZAR É PRECISO: SOBRE A LEITURA DE MUNDO E VIVÊNCIA DA PESQUISADORA

Achei que seria importante falar da minha caminhada, as inquietações suscitadas nesse caminhar e como cheguei até aqui. Foi na graduação em Terapia ocupacional, na Universidade Federal de Pernambuco, que conheci Paulo Freire e a educação popular em saúde e me formei com uma certeza: Freire é um importante referencial para vivenciar minha prática enquanto trabalhadora da saúde e de compreender que a ação; o cuidado; a reabilitação em saúde é uma ação educativa popular.

Após me formar, fiz residência multiprofissional em saúde mental, onde vivenciei, junto a uma equipe multidisciplinar, a rede de atenção psicossocial (RAPS). Carregava comigo o desejo de apreender como realizar ações de cuidado que concretizam os princípios antimanicomiais. Me deparei na rede com muita potência, muita resistência, entretanto, também, com muita precarização e uma reprodução da lógica manicomial, de tutela, dentro de serviços substitutivos. Foi quando compreendi que manicômio não se trata apenas de uma estrutura física, mas manicômio também é mental. Autonomia é uma palavra que circula bastante, mas o que, de fato, é autonomia?

Ainda durante a residência tive a oportunidade de realizar uma pesquisa-ação num Projeto de Geração de Renda, o único do estado de Pernambuco, no qual eu e mais duas residentes-pesquisadoras incorporamos na metodologia da pesquisa os princípios da educação popular (VIANA, SANTOS, SOBEL, 2018). Foi a partir dessa pesquisa que comecei a refletir sobre o processo de reabilitação psicossocial como um processo educativo libertário com base em Paulo Freire, a reabilitação como possibilidade de encontro feita por gente para virar gente (SOBEL, 2017). Encontrei possibilidades de caminho para um cuidar, verdadeiramente, antimanicomial, de humanização e promotor de autonomia.

Ingressei no mestrado acadêmico em saúde pública com desejo de estudar a reabilitação psicossocial e a pedagogia Paulo Freire. Mas, primeiramente, entendia que deveria seguir com coerência teórica e prática, através da realização de uma pesquisa que fosse participativa, na qual, os saberes fossem construídos coletivamente. Assim como, precisava saber se a minha leitura de mundo, leitura da realidade da RAPS feita na minha caminhada até o mestrado, coincidia com a leitura de mundo das pessoas que também fazem parte dessa rede. Como Freire defende:

Se, pelo contrário, a minha opção é libertadora, se a realidade se dá a mim não como algo parado, imobilizado, posto aí, mas na relação dinâmica entre objetividade e subjetividade, não posso reduzir os grupos popular a meros objetos da minha pesquisa. Simplesmente, não posso conhecer a realidade de que participam a não ser com eles como sujeitos também deste conhecimento que, sendo para eles, um conhecimento do conhecimento anterior (o que se dá ao nível de sua experiência cotidiana) se torna um novo conhecimento (FREIRE, 1981, p.35).

Como também percebo a pesquisa, a academia, como lugar de militância, portanto, é desse lugar também que escrevo, da militância por uma sociedade sem nenhum tipo de manicômio, ainda mais em um cenário de retrocessos na política de saúde mental, com o retorno dos hospitais psiquiátricos, do eletrochoque². Acredito que a academia também

² A publicação da Nota Técnica nº11/2019, pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em 04 de fevereiro de 2019, que traz esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas, ratifica as mudanças colocadas na Portaria 3.588/2017 e coloca

coloca-se como espaço importante para disseminação dos princípios da luta antimanicomial e da educação popular e, portanto, como espaço para reafirmamos a nossa radical luta pela garantia dos direitos conquistados, assim como, lutar pela desconstrução das relações manicomiais ainda existentes que silenciam as singularidades que cada um de nós carregamos.

É nesse cenário de retrocessos, de sucateamento do sistema único de saúde, que se faz ainda mais necessário produções acadêmicas que apontem caminhos para o modelo de cuidado antimanicomial que, de fato, produz autonomia, vida, novas subjetividades para pessoas que por tantos anos foram (e ainda são) violadas dos seus direitos mais básicos e excluídas da sociedade.

Foi a partir desse contexto e nessa perspectiva que se constituiu o grupo Sonhação, o qual possibilitou construir os dados dessa pesquisa junto com outros pesquisadores/as. Visto isso, esse trabalho se organizou da seguinte forma: apresento, em um primeiro momento, o referencial teórico que embasou o chegar na situação-problema e analisar os dados levantados junto ao Sonhação. Trouxe inicialmente uma contextualização da institucionalização da loucura e os referenciais da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica. Entendendo que esses dois campos embasam a reabilitação psicossocial, trouxe os principais teóricos da reabilitação psicossocial, bem como, estudos atuais e nacionais que levantam reflexões sobre o campo da reabilitação. Depois, apresento a pedagogia de Paulo Freire e os conceitos que embasam o pensamento freiriano. Ainda nesta seção, discuto as intersecções entre a pedagogia de Paulo Freire e a reabilitação psicossocial.

Na próxima seção apresento o caminho metodológico da pesquisa, com o referencial a respeito da pesquisa qualitativa e da pesquisa participante e do método da investigação temática, bem como contextualizo a formação do Sonhação, quem são os/as pesquisadores/as que compõem esse coletivo e uma descrição dos encontros.

Por fim, encontra-se a seção de resultados e discussão, momento em que busco sistematizar, através dos três momentos da investigação temática, o que refletimos, analisamos e propomos: na leitura da realidade sobre as práticas da reabilitação psicossocial e de como elas constroem autonomia; na análise crítica da realidade, nos debruçamos sobre o referencial teórico de Paulo Freire, através da leitura da Pedagogia da Autonomia para compreender os obstáculos frente a construção de autonomia na reabilitação psicossocial e o

explicitamente que o ministério da saúde não considera mais serviços substitutivos e não fomentará o fechamento de unidades de qualquer natureza, colocando-se totalmente contrário a tudo que foi preconizada pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

que possibilitou chegarmos e assumirmos a Autonomia Psicossocial; e no final a elaboração de uma proposta de ação com vistas a modificar a realidade que analisamos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as contribuições da pedagogia Paulo Freire para o processo de reabilitação psicossocial junto aos usuários/usuárias e as trabalhadoras da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) - Problematizar as práticas de reabilitação psicossocial a partir da vivência e das reflexões de usuários/usuárias e trabalhadoras da RAPS;
- b) - Compreender como a pedagogia de Paulo Freire coloca em prática a construção de autonomia da cidadã e do cidadão;
- c) - Analisar se a construção de autonomia das pessoas com experiência na loucura, em seus processos de reabilitação psicossocial, está em confluência com a pedagogia de Paulo Freire.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

Para compreender a loucura e sua relação estabelecida com a sociedade ao longo do tempo, é possível remeter-se aos escritos de Foucault. O mesmo traz que a loucura e os loucos tinham múltiplos significados - de demônios e endeusados, de comédia a tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas e vielas, caminhos e pontes, matas e florestas, igrejas, prisões e hospitais. Apesar dos múltiplos lugares, até meados da Revolução Francesa, em 1798, a loucura fazia parte do universo daqueles descritos como “expurgos” da sociedade, que precisavam ser controlados e regenerados a favor de uma ordem social a ser instituída (AMARANTE, 2015; FOUCAULT, 2009).

Com a influência do positivismo e assunção da ciência em contraposição ao poder do rei e de Deus, a loucura vai se tornando objeto de estudo da medicina e ganhando dentro da sociedade um espaço próprio, com as realizações de Philippe Pinel em 1793 (LUCENA, BEZERRA, 2012). Pinel elabora um conjunto de ideias, em que parte do pressuposto que a loucura é o rompimento com a racionalidade, rompimento este expressado por meio de determinados sinais, precisos e constantes e acredita que a loucura pode ser classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e espécies. Desse modo, Pinel inicia a elaboração de um tratado médico em que a loucura passa a ser vista como alienação mental, formatando-se um saber fundante para a psicopatologia e consequentemente a consagração da loucura como doença mental (AMARANTE, 2015).

Amarante (2015) aponta que o primeiro e mais fundamental princípio terapêutico, instaurado por Pinel, trata-se do tratamento moral, com o princípio de isolamento do mundo exterior. Pinel defende que as causas da alienação mental estão presentes no meio social, e é a partir do isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio no qual essas causas não podem mais prejudicá-lo.

O asilo psiquiátrico é arquitetado, funcional e conceitualmente, como o lugar ideal onde a disciplina moral possa ser exercida. O asilo, na perspectiva do tratamento moral, deve constituir-se em espaço rigorosamente planejado, no qual os estímulos que chegam à percepção dos loucos sejam de formas incontestáveis direcionados para anulação da loucura. Na instituição alienista, todos os elementos devem estar voltados para a disciplina, estratégia central do tratamento moral (AMARANTE, 2015).

É o tratamento pela imposição da ordem e da disciplina, a serem prescritas pelo

discurso alienista. Tecnologia do universo asilar, em todas as suas dimensões, que conhece cada minuto, cada olhar, cada gesto. A cada modalidade de patologia deve corresponder uma abordagem moral específica, um controle próprio, uma vigilância particular (AMARANTE, 2015, p. 78).

Outro ponto do tratamento moral trata-se da prescrição do trabalho terapêutico, uma vez que acreditava-se que só a disciplina do trabalho seria capaz de restituir um interesse real pelo mundo objetivo, a partir da retirada do indivíduo alienado da apatia, da indolência e da vida vegetativa à qual a doença o delegou. A imposição do trabalho justificava-se por ser o elemento moralizador, capaz de assegurar a ordem e a disciplina (AMARANTE, 2015).

Ao fim do século XIX, iniciou-se um movimento dos psiquiatras brasileiros em prol da modernização dos asilos e as colônias agrícolas surgem como protótipo desta modernização pretendida. As colônias vieram com objetivo principal de tratar as doenças mentais a partir da instituição do trabalho. O fato de que os/as loucos/as deixam a “ociosidade trabalhando ao ar livre”, transformando-se dos “loucos perigosos” em “trabalhadores tranquilos”, abre a possibilidade de tornar o tratamento uma “realidade” (AMARANTE, 2015).

A partir disso, deu-se origem a inúmeras instituições psiquiátricas, denominadas “colônia de alienados”, espalhadas por todo o mundo, particularmente no Brasil. Considerando a extensão do Brasil, houve uma proliferação de macrocolônias de alienados por todos os cantos do território nacional, quase todas criadas pelos psiquiatras Juliano Moreira e Adauto Botelho, diretores nacionais da assistência psiquiátricas, entre os anos de 1910 a 1940 (AMARANTE, 2015).

As colônias continuaram a manter na prática a mesma função que caracteriza a assistência ao alienado no Brasil desde a sua criação: a de excluir o louco do convívio social e de escondê-lo dos olhos da sociedade. Sendo nomeado de asilo, hospício, colônia agrícola, manicômio, todas essas instituições têm o isolamento como princípio de tratamento. À medida que estas se consolidavam, contribuíam ainda mais para a produção de medidas de proteção do louco, visto que a noção de periculosidade, legitimada por essas instituições, vão sendo atribuídas ao louco (AMARANTE, 2015).

Goffman aponta um conceito para melhor compreensão dessas instituições, ao referenciá-las como *instituições totais*, ou seja, aquelas capazes de destituir-se de suas subjetividades aqueles a ela submetidos, baseadas em relações de poder e de controle. Trata-se de espaços de mortificação do eu, de perda da individualização/individualidade (GOFFMAN, 2015).

Dadas todas as repercussões dos processos de institucionalização, a história revela que

a própria sociedade se encarrega de levantar questionamentos sobre a instituição que ela mesma legitimou. Neste sentido, iniciou-se o processo de crítica ao saber psiquiátrico, articularam-se novas ideias e pressupostos com a defesa da desconstrução do manicômio, a construção da cidadania e o direito à diversidade (LUCENA, BEZERRA, 2012; NICÁCIO, 2003).

Na década de 60, Franco Basaglia um dos protagonistas da crítica ao projeto institucional da psiquiatria e um dos autores da desinstitucionalização Italiana, inicia a crítica à psiquiatria, entendendo-a a como um instrumento de saber e poder, de controle e de desagregação (NICÁCIO, 2003; AMARANTE, 2015).

Basaglia foi operador de uma prática consciente ao construir produções teóricas e outra forma de lidar com as questões sociais, instaura uma das mais radicais crítica ao campo da psiquiatria e dos saberes sociais (AMARANTE, 2015). Amarante (2015) aponta algumas premissas do pensamento e da ação prática de Basaglia: 1. a luta contra a institucionalização: diz respeito a destruição de todo aparato manicomial, enquanto prática multidisciplinar e multi-institucional, assim como luta contra a estigmatização, a segregação, os conceitos de periculosidade e irrecuperabilidade; 2. A luta contra a tecnificação: a luta contra a substituição e/ou criação de outros saberes científicos sobre a doença, proporcionando, assim, a criação de novas ideologias justificando novas intervenções; 3. A invenção e constituição de uma relação de contrato social: deve ser substituída as relações de tutela, de imposição de norma e poder para uma relação de contrato; 4. “A consciência das transformações advém da prática efetiva de luta no campo político e social” (AMARANTE, 2015, p.148).

Basaglia, conforme pontua Amarante (2015), compreendia o manicômio como síntese das “instituições de violência”. Dessa forma, compreendemos a necessidade de primeiramente enfrentar a ‘instituição de violência’, uma vez que trata-se do lugar que abriga os processos de exclusão, entretanto, só fechar o manicômio não significa, de imediato, a construção de um novo lugar, um novo olhar para a loucura. Faz-se necessário instaurar um processo de ressignificação do *eu*, do louco e da louca como sujeito, para tanto, encontramos nos aportes teóricos da desinstitucionalização um referencial para esse processo, o qual vamos apresentar abaixo.

3.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Para que de fato aconteça uma real mudança estrutural da assistência, de desmontagem do arcabouço manicomial, faz-se necessário a apreensão da proposta da

desinstitucionalização, com base na Reforma Italiana, que defende:

A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990, p.18).

Ressalta-se que a desinstitucionalização não se trata de sinônimo de desospitalização. Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) apontam que as estratégias de desinstitucionalização entendidas e praticadas como desospitalização produzem abandono da população com transtorno mental e desresponsabilização, conseqüentemente, uma transinstitucionalização, ou seja, ‘novas’ formas – mais obscuras – de internação, de transferência de um lugar de isolamento para outro. O processo de desinstitucionalização trata-se de construir as condições materiais, subjetivas, sociais e culturais para construir e possibilitar o processo de reentrar no mundo da vida, ou, ainda, a reentrada das pessoas com transtornos mentais nos intercâmbios e trocas sociais (NICÁCIO, 2003).

Os autores da Reforma Italiana defendem que a desinstitucionalização acontece com o investimento, o envolvimento e a mobilização de todos os sujeitos sociais: os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não institucionais. Todos esses sujeitos como atores do processo, provocam e multiplicam as relações, produzem comunicação, solidariedade e conflitos, já que a mudança das estruturas e a mudança dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990).

O objetivo prioritário da desinstitucionalização é a transformação das relações de poder entre instituição e os sujeitos. Para isso, inicialmente, é necessário o trabalho de desconstrução do manicômio, através de:

Eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavras; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir as relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 33).

Portanto, a transformação dessas relações propõe a mudança de foco da relação de tutela para a relação de contratualidade, na qual as trocas sociais são o foco, de modo que os pacientes sejam não mais objetos, mas sujeitos desta relação. Uma relação que se pauta no reconhecimento dos sujeitos como protagonistas de sua própria história, independente de suas condições psicopatológicas (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990).

O processo de desinstitucionalização é caracterizado por três aspectos que vão

tomando corpo à medida que o manicômio vai sendo desmontando: 1) a construção de uma nova política de saúde mental; 2) o cuidado deve ter como objetivo enriquecer a experiência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição; 3) a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas a internação no manicômio (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990).

A desinstitucionalização também propõe outra forma de administração dos recursos públicos, uma vez que há o deslocamento material de pessoas, pacientes e verbas do hospital para a comunidade. Portanto, há uma reconversão qualitativa dos recursos existentes, que é também produtora de eficácia, uma vez que o investimento dos recursos será muito menos nos aparatos, menos para alimentar as instituições e suas burocracias e mais para alimentar a autonomia das pessoas (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990).

Portanto, a desinstitucionalização é o processo que gira em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social; não mais do tratamento, mas da emancipação; não mais a reparação, o ajustamento, mas o respeito aos processos de singularização. No lugar da prática psiquiátrica de operar pela identificação dos sinais e sintomas enquanto representantes da irracionalidade, periculosidade, insensatez, a nova prática procurar perceber as positivities e autonomias (AMARANTE, 2015).

Para Rotteli, Leonardis e Mauri (1990) a base dos projetos de desinstitucionalização reside na ruptura da causalidade linear doença-cura, problema-solução e, desse modo, deverão intervir na existência-sofrimento, remetendo ao processo de reconstrução do sujeito e da afirmação deste enquanto sujeito histórico. É desconstrução, desmontagem da realidade construída, é também “construção, ‘invenção’ de nova realidade”. Em outras palavras, é um trabalho prático-teórico de crítica, desmontagem, transformação que busca inventar sobre novas bases uma nova realidade; como tal, é um processo em aberto, interminável (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990).

A desinstitucionalização como base teórico-prática inspirou a construção das reformas psiquiátricas. No Brasil, instaurou-se o processo de reforma, de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de serviços. Aqui, consideramos importante elucidar que o termo reforma pode vir a carregar um significado de algo passageiro, de que tem começo, meio e fim, entretanto trazer a tona o referencial da desinstitucionalização faz-se importante para compreender a reforma psiquiátrica como processo, como busca para outro lugar social para a loucura. A seguir discutiremos o que os/as autores/as apontam sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira.

3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Para a construção do conceito de Reforma Psiquiátrica, partimos do conceito de desinstitucionalização inspirada nos autores italianos. A Reforma Psiquiátrica não é simplesmente uma reforma de serviços psiquiátricos e muito menos uma reforma administrativa, funcional, organizacional. A Reforma Psiquiátrica parte de uma transformação social e política da psiquiatria, propondo outro lugar social para o sofrimento humano, para a diferença e para a diversidade (AMARANTE, 2015).

No Brasil, o início do movimento da Reforma Psiquiátrica se deu nos anos 70 e coincide com a eclosão do movimento pela reforma sanitária, o qual lutava por mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, equidade na oferta de serviços, protagonismo de trabalhadores e usuários/usuárias dos serviços de saúde e nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2015). É no contexto de luta pela redemocratização do país, de luta pela saúde como direito de todos e dever do Estado que a Reforma Psiquiátrica surge, inspirada pelo contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar. Tem como marca fundamental a busca pelos direitos e pela cidadania das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2015).

Em 1978, um movimento plural formado por trabalhadoras e trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas compõem o denominado Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). É, sobretudo, esse movimento que passa a protagonizar e construir as denúncias de violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. O MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos e avanços na luta antimanicomial (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2015).

Em 1987, aconteceram dois eventos importantes para os rumos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e posteriormente o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A I Conferência apresentou uma ênfase nas proposições políticas e ideológicas, marcou o início da trajetória de desconstruir no cotidiano, das instituições e da sociedade, as formas enraizadas de lidar com a loucura. No II Congresso se estabeleceu um novo horizonte para além das discussões das macroreformas das instituições psiquiátricas, mas sim a preocupação da luta antimanicomial atingir a cultura, o

cotidiano e as mentalidades. Assim como, usuários/usuárias e familiares são considerados novos aliados que passam a ser protagonistas e agentes críticos impulsionadores desse processo. Além disso, foi decidido a utilização de uma estratégia mais clara e, para tanto, o movimento adotou o lema: “Por uma Sociedade Sem Manicômios” e também deliberou o dia 18 de Maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005; YASUI, 2006; AMARANTE, 2015).

No campo legislativo e, ainda em 1989, é apresentado ao congresso nacional, o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, com a proposta de extinguir progressivamente os hospitais psiquiátricos e redirecionar a assistência em saúde mental para outros serviços substitutivos, assim como, garantir os direitos das pessoas com transtorno mental. Entretanto, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no congresso, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país, a Lei 10.216 fica conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica/Luta Antimanicomial, representando um novo impulso à reforma brasileira (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005; YASUI, 2006; AMARANTE, 2015).

Logo após a promulgação da Lei 10.216, é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi realizada em dezembro de 2001, em Brasília. A III Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferiu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabeleceu o controle social como garantia dos avanços da reforma. É nesta conferência, com participação ampla de movimento sociais, usuários/usuárias e familiares, que iniciou-se a fomentação dos substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental do Brasil (BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2015).

A partir desses marcos políticos-institucionais na consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, inaugurou-se o processo de reordenação da assistência na saúde mental, em serviços de tratamento terapêutico substitutivos ao hospital psiquiátrico. Preconizou-se que fosse implementado uma rede de serviços de saúde mental, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares em todas suas necessidades, nas 24h, durante os sete dias da semana, fortalecendo as diversidades de ações e a desinstitucionalização (BRASIL, 2002; 2005).

Portanto, partindo-se dessa compreensão da necessidade dos serviços serem organizados em rede, em 2011, foi publicada a portaria nº 3.088 que institui a Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS)³, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Analisando o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Nicácio (2003) aponta as suas marcas específicas: 1) a crítica ao asilo não visou o seu aperfeiçoamento ou humanização, mas interrogou os pressupostos da psiquiatria e condenou as estratégias de normatização e controle; 2) o questionamento da assistência psiquiátrica questionou o modelo assistencial centrado no hospital e propôs o desenvolvimento de serviços com base no território; 3) a cooperação federativa possibilitou a constituição de uma rede de atenção psicossocial sob a gestão descentralizada municipal. No horizonte dessas mudanças, buscou-se a ampliação da clínica e a representação não-estigmatizante dos transtornos mentais.

Amarante (2015) vai além ao apontar quatro dimensões para compreensão e construção do conceito de Reforma Psiquiátrica, que busque superar a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico. A primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico ou teórico-conceitual, ou seja, ao conjunto de questões que se situam no campo da produção dos saberes, que dizem respeito à produção de conhecimento. O autor ressalta a importância de se refletir que os conceitos mais fundamentais da psiquiatria surgiram num contexto epistemológico em que a realidade era considerada um dado natural, em que a ciência significava a produção de um saber positivo, neutro e expressão única da verdade. Assim, os conceitos psiquiátricos devem ser avaliados, contextualizados em um modelo de ciência que está em transformação. Com base nisto, Amarante defende que a reforma psiquiátrica não é uma invenção, mas sim uma consequência natural de uma transformação da própria ciência (AMARANTE, 2007; 2015).

A segunda dimensão é do âmbito técnico-assistencial, ao pensarmos na produção de outros conceitos e da proposta do psiquiatra italiano Basaglia de colocar a doença entre

³ Ao falarmos da Portaria nº 3088/2011 precisamos abrir um parêntese para falar dos últimos retrocessos vividos na política de saúde mental, assim como na política de saúde brasileira. Após reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS), em dezembro de 2017, foi aprovada sem nenhum tipo de discussão com o controle social, a resolução nº 32 (BRASIL, 2017), a qual introduziu, na RAPS, os ambulatórios de saúde mental e os leitos em hospitais psiquiátricos. Posteriormente a essa resolução, foi publicada a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, com as alterações propostas na conformação da RAPS. Logo, trazer a tona o retorno dos hospitais psiquiátrico para a RAPS caracteriza-se como um retrocesso na construção da reforma psiquiátrica brasileira, ao invés do fechamento dos leitos de forma progressiva como preconizado em leis e portarias, garantidas através do movimento da luta antimanicomial, nos deparamos com o retorno dos hospitais psiquiátricos na 'arena de cuidado' da RAPS (SOUSA, JORGE, 2019). Para fins desse trabalho continuaremos nos utilizando da Portaria nº 3088/2011 por acreditarmos que a construção de respaldo legal para a política de saúde mental precisa ser feita em consonância com as pautas dos movimentos sociais da luta antimanicomial e, principalmente, com os/as usuários/as dos serviços de saúde mental.

parênteses, para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência, com seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos(as), seus projetos e anseios. Portanto, na assistência não cabe mais locais de repressão, exclusão, disciplina, vigilância, de tutela, de tratamento moral, de punição corretiva. Enquanto serviços que lidam com pessoas, e não com doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades (AMARANTE, 2007; 2015).

A terceira dimensão da reforma psiquiátrica diz respeito ao campo jurídico-político, na mudança de paradigma, ao assumirmos que a loucura não é sinônimo de periculosidade, de irracionalidade, de incapacidade civil, mas sim de exercício de cidadania, importante a realização da revisão de toda legislação, discutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2007; 2015).

E, por fim, abre-se para a quarta dimensão da reforma que trata da dimensão sociocultural, que expressa o maior objetivo da reforma psiquiátrica brasileira, ou seja, a transformação do lugar social da loucura. É o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre a loucura, sobre a doença mental, sobre os hospitais psiquiátricos, a partir da produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos – usuários/as, familiares, técnicos e sociedade (AMARANTE, 2007; 2015).

Compreendemos que esse estudo tem como foco a segunda dimensão da reforma psiquiátrica, a técnico-assistencial, em busca de práticas de cuidado que considerem o sujeito em sua experiência-sofrimento, que se pautem na liberdade, na construção de relações, nas subjetividades e na produção de autonomia. Dentro dessa dimensão, encontramos o referencial da reabilitação psicossocial como marco teórico-prático de embasamento das práticas de cuidado no campo na saúde mental baseado na desinstitucionalização, na reforma psiquiátrica e na luta antimanicomial.

3.4 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O aporte teórico/prático da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica brasileira apontam para a necessidade de construção de um trabalho voltado para transformação concreta da vida dos sujeitos com experiência na loucura, no sentido destes se perceberem enquanto sujeitos históricos e atores de sua própria história. Faz-se importante demarcar que a desinstitucionalização, enquanto referencial para o processo de reforma psiquiátrica brasileira e a transformação da assistência, representa o principal fundamento teórico-conceitual que

sustenta as noções de Reabilitação Psicossocial (MORATO, 2019).

Dito isso, é relevante compreender as noções de reabilitação psicossocial no Brasil, para compreender seu percurso histórico no país, suas influências e contribuições para a constituição do campo e do atual modelo de assistência em saúde mental. Diversos estudos brasileiros utilizam da perspectiva de reabilitação psicossocial levantada por Benedetto Saraceno, psiquiatra italiano, através de sua obra *Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível*, do ano de 2001. Saraceno (2001) apresenta a reabilitação psicossocial como caminho para o processo de conquista dos direitos de cidadania, bem como possibilidade para a atenção psicossocial proposta após a instauração do processo de reforma psiquiátrica brasileira e da desinstitucionalização. Para tanto, o que vem sendo chamado de reabilitação psicossocial?

Na obra de Saraceno (2001), inicialmente o autor faz uma contextualização histórica do interesse da psiquiatria internacional pela reabilitação e aponta três razões para isto. A primeira razão diz respeito que com a diminuição dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos cresceu a demanda de realização de entretenimento extra manicomial, ou seja, de propostas que oferecem às famílias um tempo diário de alívio, de um controle do/da paciente que vivia só, um auxílio às intervenções psicoterápicas ou farmacológicas. O autor problematiza que esse processo inicial de saída dos/das pacientes dos hospitais, no início da década de 60, não se caracterizou enquanto um movimento de desinstitucionalização, mas sim de desospitalização por transferir do abandono manicomial para o abandono extra manicomial. Dessa forma, fazia-se necessário um processo de reabilitação para oferecer entretenimento para essas pessoas (SARACENO, 2001).

A segunda razão deve-se a necessidade de reabilitação a partir das demandas dos/das pacientes ainda hospitalizados e ao crescimento dos direitos dos/das *doentes mentais*, com o conseqüente reconhecimento desses direitos por técnicos/as, administradores/as, políticas, familiares e pelos/as próprios/as pacientes (SARACENO, 2001).

A terceira razão para a cultura reabilitativa deve-se à evolução dos conhecimentos psiquiátricos. Neste sentido, Saraceno (2001) cita alguns estudos epidemiológicos que trazem dados sobre a evolução de determinadas patologias, como a esquizofrenia. Esses estudos concluem que a cronificação e o empobrecimento dos/das psicóticos/as são resultados de uma conjunção de variáveis (condições ambientais, contexto familiar, presença de uma rede social) que podem ser modificadas e orientadas a partir de um processo de reabilitação. Dessa forma, a necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrar estratégias para atuação nesses contextos e, conseqüentemente, denunciam o quanto as intervenções

manicomiais e extra muros manicomiais não se resumem exclusivamente a estratégias farmacológicas e psicoterápicas (SARACENO, 2001).

No mesmo texto, o autor apresenta os modelos conceituais e operativos da reabilitação psiquiátrica para posteriormente apresentar uma proposta crítica para a prática da reabilitação psicossocial. Os modelos são: Social Skills Training, Modelos Psico-Educativos; Modelo de Spivak; Luc Ciompi. Esses modelos apresentam uma perspectiva de adaptação, de correção, tanto dos, ditos, desvios do sujeito, como do funcionamento sócio-familiar. Realiza uma análise crítica a esses modelos formalizados da reabilitação, suas ausências e potencial de reprodução da lógica psiquiátrica hegemônica (a lógica manicomial). A partir dessa crítica, busca evidenciar conceitos e práticas que se revelam como condições necessárias para abordar o que, de fato, compreende como reabilitação (SARACENO, 2001; MORATO, 2019).

Dessa forma, Saraceno (2001) vem defender a reabilitação psicossocial como processo de aumentar as oportunidades de trocas de recursos e afetos. Tem ênfase na função relacional, a intervenção ‘reabilitadora’ consiste substancialmente na abertura de espaços de relação. Fundamenta-se em três grandes cenários: moradia, rede social e trabalho com valor social.

Nestes cenários, a reabilitação psicossocial busca aumentar o poder contratual das pessoas em sofrimento psíquico, para ampliar a sua autonomia. Defende que não se trata de um processo individual de inabilidade para à habilidade, de um estado de incapacidade para um estado de capacidade, mas configura-se como um processo de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos e de tessitura de redes múltiplas de negociação. Trata-se de reconhecer e fortalecer a contratualidade real e, desse modo, “habitar”, “trocar as identidades” e “produzir e trocar mercadorias e valores” torna-se o foco do processo na invenção de percursos que viabilizem múltiplos projetos de vida e transformem as relações sociais.

No eixo **moradia**, o autor traz uma diferenciação entre o ‘estar’ e o ‘habitar’, defendendo que um dos elementos fundamentais para a qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é o de “habitar” um lugar. Diferencia que o ‘estar’ tem a ver com um anonimato do espaço em relação aquele indivíduo, o indivíduo não tem direito à tomada de decisões, nem material, nem simbólico. Já o ‘habitar’, tem mais a ver com o âmbito da ‘propriedade’, não apenas material, mas é possível se exercer um grau de contratualidade na organização material e simbólica dos espaços e dos objetivos e sua divisão afetiva com outros. Saraceno (2001) refere que as casas podem ser um importante espaço de exercitar o habitar, mas que também podem ser espaços de perda do poder contratual, já o manicômio é um lugar onde é totalmente negado o habitar e afirmado o estar.

Dessa forma, os processos de reabilitação psicossocial precisam estar atentos ao habitar das pessoas com experiência na loucura, de apropriação e da capacidade de tomada de decisões do espaço em que habita.

A reabilitação deve se ocupar da casa e do habitar. Se partimos desta afirmação, podemos procurar entender qual, na realidade, é um dos compromissos da reabilitação. Trata-se de manter separados, na linha teórica, as duas noções (casa e habitar) para compreender que as funções da reabilitação aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar (SARACENO, 2001, p.116).

Quanto ao eixo **trocar as identidades**, o autor cita que a participação da troca social nos espaços da cidade (mercado, praças, restaurantes) é a **rede social**, e, dessa forma, a desabilitação é também empobrecimento da rede social, perda quantitativa e qualitativa, e que isto pode se dar na primeira rede social disponível que é o núcleo familiar. Saraceno (2001) levanta um alerta importante aos processos de reabilitação que apenas enfocam na família como seio de intervenção da rede social, por também tratar-se de um universo mais claro para o/a paciente, para o/a terapeuta e para a própria família. Entretanto, atenta da importância de se perceber as trocas sociais possíveis para além do seio familiar em processos de reabilitação psicossocial. Apesar disso, o autor evidencia tanto o adoecimento que a família pode vivenciar ao exercer o cuidado a uma pessoa em sofrimento psíquico, quanto à necessidade de conscientização por parte da equipe de trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de saúde mental em relação ao co-envolvimento dos familiares nos projetos de reabilitação, criando formas de intervenção em que a família “deixe de ser cúmplice ou vítima da psiquiatria” e passe a ser também protagonista no processo de reabilitação (SARACENO, 2001).

Em relação ao eixo **produzir e trocar mercadorias e valores**, o autor ao referir sobre o **trabalho**, alerta da necessidade de se pensar o sentido do trabalho em projetos de reabilitação. O trabalho em processos de reabilitação precisa promover uma articulação no campo dos interesses, da necessidade e dos desejos. Bem como, compreende o trabalho como um meio de sustento, mas também como meio de auto-realização e que também possa fazer parte do projeto dos indivíduos (SARACENO, 2001).

Não são de fato claras as relações entre entretenimento, adestramento, reinserção e sobretudo não é claro “o sentido” que é atribuído ao trabalho no processo de reabilitação (...) os modelos parecem ser fortemente funcionais ao modelo biopsicomédico que o sustentam, pelo qual se identifica o trabalho como um “instrumento” de reabilitação, subordinado à “cura” e, sucessivamente como indicador de êxito de cura em si mesma, um indicador, portanto, de retorno à normalidade (SARACENO, 2001, p.130).

O autor tece uma crítica aos modelos de reabilitação “através” do trabalho que resgatam o passado, de como o trabalho era tratado na lógica manicomial, ao considerar o trabalho como terapia, norma moral, entretenimento e, algumas vezes, exploração. Apesar de

ser levantada a importância do trabalho na vida das pessoas com experiência na loucura e sobre a necessidade da intervenção da reabilitação psicossocial nessa direção, ainda é bastante precário o lugar (real) do trabalho na organização da assistência em saúde mental (SARACENO, 2001).

Inspirado em Rotelli (1990) com o aporte teórico da desinstitucionalização, Saraceno (2001) levantada que um dos caminhos para o trabalho, nos processos de reabilitação psicossocial, é a criação de cooperativas, inspirado no contexto italiano⁴. Ao compreender que a cooperativa se constitui como o oposto da lógica de exploração do trabalho e ainda como forma concreta de solidariedade entre as pessoas. Como podemos ver nas palavras do autor da lógica do trabalho dentro das cooperativas: “O trabalho não é, portanto, concebido como simples “resposta à necessidade”, mas como espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de troca” (SARACENO, 2001, p. 140).

Dessa forma, é fundamental que o trabalho no campo da saúde mental seja considerado enquanto recurso para o exercício da contratualidade, para exercer as trocas sociais e, conseqüentemente, para a cidadania e, portanto, a necessidade de se reinventar o campo do trabalho para além de ser algo, apenas, terapêutico (SARACENO, 2001).

Por fim, Saraceno (2001) argumenta que o discurso central da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial é a questão dos direitos, quando são respeitados os direitos e não apenas a restituição dos direitos retirados, mas também a criação de direitos que nunca existiram. Os projetos de reabilitação psicossocial precisam ter no horizonte a possibilidade de construir a “liberdade **de** (de habitar, de trabalhar, de aprender, de trocar, de exprimir-se, de expressar-se)”, de dar fundamento concreto aos direitos de cidadania (SARACENO, 2001, p. 137).

Portanto, a perspectiva de reabilitação psicossocial defendida por Saraceno (2001) trata-se do processo de reconstrução da contratualidade e do exercício da cidadania nas três esferas de vida citadas acima e a discussão proposta pelo autor sobre reabilitação psicossocial é sustentada na atualidade.

Nesse sentido, para Morato, Lussi (2018), a reabilitação psicossocial proposta por Saraceno apresenta três conceitos de sustentação: *a promoção de oportunidades de espaços de trocas; a (re)constituição do poder contratual e a cidadania*. As autoras apontam que esses são conceitos “anteriores” que subsidiam a compreensão e noção da reabilitação

⁴ Sobre as cooperativas indicamos o filme italiano ‘Si Puo Fare’, do diretor Giulio Manfredonia, com tradução para o português: ‘Dá para fazer’, que retrata a constituição de uma cooperativa com pessoas com transtorno mental.

psicossocial, entretanto os *eixos morar/habitat, rede social/trocar as identidades e trabalho* são estruturantes para o modelo de referência da reabilitação psicossocial.

O primeiro conceito base para a reabilitação psicossocial: da *promoção de oportunidades de espaços de trocas*, relaciona-se à necessidade de promover espaços de trocas pelos e para as pessoas com experiência na loucura, com intuito de produzir o direito às relações, as trocas e aos intercâmbios sociais. Dessa forma, as práticas de reabilitação psicossocial precisam ter no horizonte a abertura de espaços para socialização, que ocorram no espaço de circulação das pessoas e que elas, de fato, sejam autoras desses espaços (SARACENO, 2001; MORATO, LUSI, 2018).

O segundo conceito de *(re) constituição do poder contratual* está implicado com uma compreensão de *produção de valor*, ou seja, que as pessoas, no geral, possuem variados graus de poder de negociação que remetem justamente ao poder contratual, isto é, “um material de produção de valor social” (SARACENO, 1996). Para a compreensão do *problema de produção de valor*, Kinoshita (1996) aponta que, na sociedade, parte-se do pressuposto que as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído a cada sujeito, como pré-condição para qualquer processo de troca, este valor pressuposto é o que compõe o *poder contratual*. Para isso, o autor aponta três dimensões: trocas de bens, de mensagens e de afetos. No caso da “pessoa que recebe o atributo de doente mental” indica-se a negação deste valor pressuposto, ao anular seu poder de contrato, visto que, “os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados.” Portanto, o dito doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, de suporte da doença, anulando-se qualquer possibilidade de valor que o assegure enquanto sujeito social capaz de realizar trocas sociais (KINOSHITA, 1996, p. 56).

Por isto, reabilitar não se trata de pensar estratégias normativas que recaiam sobre a pessoa dita louca, mas, ao contrário, requer a construção de ações que auxiliem os sujeitos no seu processo de descoberta de seus potenciais e possibilidades e, portanto, a produção de valor pelo sujeito, que se encontra em uma relação direta com a produção de sentido de vida, de existência e de ser (MORATO, LUSI, 2018). Saraceno (2001) vai além ao apontar que a função da reabilitação é justamente tornar essa produção de sentido digna, o quê pressupõe o acompanhamento do sujeito na (re)conquista de espaços que não sejam protegidos, isolados, aprisionados, mas por outro lado, abertos socialmente e, desse modo, com potencial para a produção de sentidos.

Por fim, o terceiro conceito e ponto fundamental da reabilitação psicossocial, a *busca pela cidadania do sujeito*, deve ser fio condutor das ações e estratégias da política de saúde

mental e dos serviços e dos/das profissionais que cuidam das pessoas com experiência na loucura. O processo terapêutico, pautado na reabilitação psicossocial, precisa ter proposições que possibilitem o sujeito experimentar formas de fazer, viver, conhecer seus direitos e deveres, sua cultura, sua comunidade, deve proporcionar às pessoas escolher sobre seu agir, integrando-se às redes e aos processos de vida em comunidade (MORATO, LUSSI, 2018).

[...] a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica: somente o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas (e com essas trocar também loucura), enquanto o cidadão partido ao meio não saberá o que fazer com as aquisições (se na verdade adquiridas), com as habilidades relacionais, uma vez que não haverá direito nem acesso ao exercício de relações ou estas se darão como relações desprovidas da materialidade que as torna reais (SARACENO, 2001, p. 94).

Além do livro de Saraceno (2001), o livro intitulado *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, sob a organização de Ana Pitta, publicado a primeira edição em 1996, e sua quarta edição publicada em 2016, também é utilizado, ainda hoje, como referência no campo da reabilitação psicossocial. A organização desse livro se deu através do evento intitulado *I Encontro de Reabilitação Psicossocial*, o qual foi realizado na Universidade de São Paulo, em junho de 1995. O encontro possibilitou não apenas o conhecimento acerca da maneira como distintos profissionais, grupos e serviços vinham produzindo ações de cuidado alinhadas ou não aos paradigmas da Reabilitação Psicossocial até aquele momento, mas, também, possibilitou a reunião dos trabalhos desenvolvidos naquela ocasião, dando origem ao livro (MORATO, 2019; PITTA, 1996).

Pitta (1996) entende que a reabilitação psicossocial trata-se da melhoria às capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização. Para a autora, a reabilitação psicossocial não é apenas um jargão para batizar velhas práticas manicomiais, mas sim uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados, não podendo ser um mero e voluntário tratado de intenções.

Desse modo, no livro organizado por Pitta (1996), diversas/os autoras/es trouxeram contribuições sobre as perspectivas da reabilitação psicossocial, assim como, experiências práticas de diversos estados do Brasil.

Para Kinoshita (1996) reabilitar é o processo de restituição do poder contratual da/do usuária e usuário, com o intuito de ampliar sua autonomia, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível, possibilitando condições para que as usuárias e os usuários possam participar do processo de trocas sociais. O autor entende autonomia como a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente e ressalta a necessidade de não confundir

autonomia com autossuficiência, nem com independência.

Bertolote (1996) defende que a reabilitação psicossocial é um processo de remoção de barreiras, que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania. Portanto, o processo de reabilitação é a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem.

Benetton (1996) também traz uma crítica às intervenções de reabilitação psicossocial atreladas a concepção de sujeito-paciente, como objeto de fácil manipulação e às práticas que se constituem para a “fabricação de indivíduos”. No entanto, a autora faz uma crítica ao termo reabilitação, pelo prefixo **re**, apontando que esse prefixo implica um recobrimento no sentido de restituição do estado anterior. “A mudança é apenas de reaquisição? Quando é que um esquizofrênico fica bom? Quando ele volta ao que era antes?” (BENETTON, 1996, p. 148).

Na obra organizada por Pitta (1996), nos últimos textos, Saraceno (1996) e Bertolote (1996) defendem que é preciso apreender um sentido para a reabilitação e que se trata de uma prática à espera de teoria. Apontam que cada um sabe um pedaço desse processo complexo e multifacetado, mas que não se tem um corpo teórico e que a partir das ideologias atreladas a reforma psiquiátrica, as práticas variam de um lugar para o outro, de cidade para outra, de trabalhador/a para trabalhador/a.

Nos estudos da década de 1990 observamos as diversas compreensões, definições e usos da reabilitação psicossocial desde o seu surgimento (PITTA, 1996). Na atualidade, Morato (2019) indica que no Brasil há um histórico de busca por experiências e por referenciais para pautar a construção do modelo de assistência em saúde mental e que a noção de Reabilitação Psicossocial se faz presente nessa história, especialmente a partir do referencial de Benedetto Saraceno. Nesse sentido, alguns estudos brasileiros tem se dedicado a investigar o referencial teórico da reabilitação psicossocial no Brasil, problematizando as definições e práticas existentes, explorando os conceitos e suas contribuições para o campo da saúde mental brasileira (MORATO, 2019).

No estudo desenvolvido por Babinski e Hirdes (2004) as autoras pesquisaram a concepção de profissionais do CAPS quanto a reabilitação psicossocial. Dentre os resultados encontrados, a reabilitação psicossocial aparece como um processo amplo e complexo que busca transformar a concepção e a assistência em saúde mental, assim como, trata-se de um processo relacionado ao desenvolvimento da autonomia, em uma perspectiva de devolver a

autonomia ao sujeito, como devolver habilidades perdidas. Nessa mesma direção, os/as participantes do estudo de Pereira (2007) também compreendem a reabilitação psicossocial como um processo complexo e associada à ideia de autonomia e a necessidade de considerar as pessoas com experiência na loucura em sua individualidade. Quanto ao processo da autonomia, o estudo trouxe que autonomia é um conceito a ser elaborado por cada profissional, que também relaciona-se ao ter independência, aos processos de auto-organização e na inserção social.

Em outro estudo também realizado com profissionais da saúde mental sobre o conhecimento quanto ao conceito de reabilitação psicossocial, Ribeiro e Bezerra (2015) encontraram como resultado que a marca da reabilitação psicossocial é o resgate da autonomia e cidadania e a ampliação das possibilidades de trocas sociais. Também apareceu como um dos objetivos da reabilitação o retorno ao estado de normalidade. As autoras compreendem a partir dos resultados que existe a necessidade de uma condução prática fundamentada pelo embasamento teórico sobre o que é o processo de reabilitação psicossocial, e de como se articula com as ações de cuidado na saúde mental. Estes dados e reflexões nos remetem a pensar sobre a história do conceito de reabilitação que vem atrelado às práticas mecanicistas e de puro entretenimento e afirmar, ainda mais, a necessidade de práticas em reabilitação psicossocial em que as palavras autonomia e cidadania tenham significado.

Babinski e Hirdes (2004) defendem que não podemos simplesmente importar um modelo de reabilitação psicossocial, visto que profissionais ‘do primeiro mundo’ construíram um referencial teórico importante em relação a reabilitação, o que traz a necessidade de constituição um referencial próprio brasileiro, em razão das características do nosso povo. No estudo, compreende-se a reabilitação psicossocial como processo de transformação, reconstrução, reinserção e mudança, que vise à devolução de identidade e cidadania das pessoas com experiência na loucura. As autoras afirmam a necessidade de avaliação constante dessa prática para não correr o risco de reproduzir as mesmas práticas do modelo manicomial.

Nesse mesmo sentido, Barros, Oliveira e Silva (2007) alertam para que a reabilitação psicossocial não se torne um novo jargão ao batizar velhas práticas manicomiais, que estas, hoje, se apresentam vestidas com outras roupagens através do esvaziamento da dimensão subjetiva, existencial do sofrimento psíquico, em prol de uma versão fiscalista, eliminativista e reducionistas. Ressaltam o alerta para que as práticas de cuidado em saúde mental devem ter de não transformar os/as profissionais em “técnicos de bem estar e ortopedistas do espírito” (BARROS, OLIVEIRA E SILVA, 2007).

Com relação ao referencial das práticas de reabilitação psicossocial, de acordo com Guerra (2004) a reabilitação psicossocial é retratada, no Brasil, principalmente, pelas duas publicações exploradas anteriormente: *Reabilitação Psicossocial no Brasil (Pitta, 1996)* e *Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível (Saraceno, 2001)*.

A dispersão teórica e prática tem caracterizado o campo da saúde mental brasileiro, visto que temos no campo assistencial uma homogeneidade quanto às políticas públicas que norteiam a implantação, financiamento e administração de serviços abertos e substitutivos aos manicômios. Entretanto, vemos uma heterogeneidade quanto ao território epistemológico, demarcado por diversidade de teorias que tentam dar conta do campo da saúde mental e da reabilitação (GUERRA, 2004). Em paralelo a isso, a autora aponta que os serviços de saúde mental vem trabalhando na construção de um modelo que mescla diferentes proposições, sem sustentar um paradigma propriamente dito, em que inventa-se, experimenta-se e avalia-se a partir das consequências sobre os usuários e usuárias envolvidos/as nas ações de reabilitação psicossocial (GUERRA, 2004).

A reabilitação psicossocial constitui-se como importante operador teórico-prático da reforma psiquiátrica, visto que embasa a política de saúde mental brasileira, orientando os serviços substitutivos. Entretanto, levanta-se que no percurso desse conceito e de sua prática ainda se fazem presente antigas formas de manicomialização sob um novo rótulo. Questiona-se se não há embutido no próprio conceito um esboço de normalização da doença mental, da naturalização de inserção das loucas e loucos numa sociedade marcada por práticas de exclusão (PINTO, FERREIRA, 2010).

Sobre a busca da normalização da doença mental, Fiorati e Saeki (2011) realizaram um estudo em serviços substitutivos (dois serviços extra-hospitalares de saúde mental, um ambulatório regional e um CAPS tipo II) e encontraram como resultado a ênfase dada, por esses serviços, no cuidado em torno da patologia, do diagnóstico, no tratamento clínico-medicamentoso com enfoque na remissão de sintomas, seguindo uma abordagem curativista. Quanto a concepção dos/das profissionais, do estudo, sobre a reabilitação psicossocial, em sua maioria, são voltadas para busca de normalidade, de aquisição de habilidades sociais para condutas uniformes e hegemônicas e compreendem a reabilitação como diferente do exercício da clínica. Os autores compreendem que a abordagem da normalização, da cura, não corresponde à reabilitação psicossocial e que ações dos serviços voltam-se muito para inclusão das usuárias e usuários no próprio serviço, mas não na sociedade. Concluem, portanto, que as práticas de reabilitação psicossocial nos serviços estudados são praticamente ausentes.

Nessa direção, Perrusi (2017) compreende a reabilitação psicossocial como sinônimo de reinserção social das pessoas com experiência na loucura. É no processo de reabilitação que a usuária e usuário, na teoria, livra-se da tutela e se volta ao exercício da cidadania. Dessa forma, a reabilitação por ser inclusão social, a pretensão é mais que terapêutica e está em sintonia com valor fundamental da nossa sociedade que é a autonomia. Para o autor, a autonomia tem vinculação estreita com o acesso ao mercado de trabalho, sugere, portanto, que a reabilitação das usuárias e usuários passa, fundamentalmente, por habitá-la/lo e capacitá-la/lo ao trabalho. Mas do que adianta reinserir no trabalho, se muitas vezes é o próprio trabalho fundamento da precarização da vida? (PERRUSI, 2017).

Isto posto, Perrusi (2017) refere que a reabilitação encontra-se, dessa forma, em uma encruzilhada, ou foca na remissão dos sintomas e pratica uma inserção precária na cidade, ‘uma espécie de asilo sem muros’; ou adota abordagens individualizantes, por meio de técnicas de redução da vergonha e da baixa autoestima, para priorizar que as usuárias e usuários consigam, por seu próprio esforço, tornar-se a sua fonte de autonomia, sendo a meta capacitá-la a se socializar. O autor vai além argumentando que dada à precariedade dos serviços substitutivos (da RAPS) a realidade da reabilitação psicossocial é a inserção precária (PERRUSI, 2017)⁵.

No tocante a isso, Amorim e Otani (2015) realizaram uma revisão integrativa com intuito de investigar o que a literatura descreve sobre o processo de reabilitação psicossocial nos CAPS e as dificuldades enfrentadas por esses serviços na efetivação desse processo. Foram analisados 35 artigos, em sua maioria de estudos provenientes da região sudeste do Brasil. Em relação ao conceito de reabilitação psicossocial, constatou-se que os estudos o descrevem de forma ampla, abarcando as múltiplas ações de desenvolvimento na saúde mental e não há, portanto, um conceito único. Além disso, o estudo aponta que a concretização da reabilitação psicossocial não vem ocorrendo efetivamente nos CAPS, devido às inúmeras dificuldades enfrentadas pelos serviços. As autoras chamam a atenção e

⁵ Sobre essa discussão da reabilitação psicossocial e da construção de autonomia a partir da inserção no mercado de trabalho, lembramos que a Portaria nº 3.088/2011 da RAPS incluiu a reabilitação psicossocial como um dos seus componentes, entendendo-a como serviços de iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Pitta (2016) compreende do avanço e da necessidade das iniciativas e dos empreendimentos, entretanto, defende ser equivocado restringir o conceito amplo da reabilitação psicossocial apenas às iniciativas desse componente. Corroboramos com Pitta ao compreendermos da importância e necessidade desses serviços para as pessoas com experiência na loucura, mas visualizamos, alicerçadas em Saraceno (2001) que a reabilitação psicossocial não perpassa apenas pela inclusão no trabalho, ou na geração de renda. Contudo, tendo em vista os últimos retrocessos, a portaria nº 3.588/2017 que institui as mudanças na RAPS, alinhadas à um desmonte do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira, suprimiu o componente reabilitação psicossocial da RAPS, o que compreendemos que a política de saúde mental que vem sendo colocada não preconiza os princípios da reforma psiquiátrica e não está a serviço das pessoas com experiência na loucura.

evidenciam o risco da reprodução de lógica de cuidados manicomial, concluindo que o conceito de reabilitação psicossocial, embora presente nas publicações, encontra-se sem definição unívoca e engloba múltiplos significados.

A partir dos estudos e argumentos expostos por diversas/os autoras/es, compreendemos que a reabilitação psicossocial tem sido objeto de investigação tanto teórica, quanto prática e que se configura enquanto um campo contraditório de perspectivas, com falta de consenso acerca da definição e sua consequente operacionalização. Verifica-se que, em sua maioria, os estudos são realizados a partir da concepção das/dos profissionais acerca da reabilitação psicossocial, bem como, que os conceitos de autonomia, cidadania, inclusão social aparecem caminhando, lado a lado, com a reabilitação psicossocial. Morato (2019) questiona quais os referenciais tem sido assumido para a reabilitação psicossocial e para esses conceitos e se estes referenciais, de fato, subsidiam as práticas.

Partindo do que refletimos acima e das problematizações sobre o campo da reabilitação psicossocial, sugerimos o referencial teórico e metodológico da pedagogia freireana para a práxis da reabilitação psicossocial, visto que ambas, procuram a construção da autonomia dos sujeitos com horizonte na humanização. Para tanto, no próximo item debruçaremos sobre os principais constructos que permeiam a pedagogia de Paulo Freire⁶.

3.5. PEDAGOGIA PAULO FREIRE

Paulo Freire, nascido no Recife, em 1921, é autor de mais de 20 livros e reconhecido internacionalmente como um dos maiores educadores do século XX. Sua vasta obra teórica, frutos da reflexão sobre sua prática, tem servido para fundamento teórico de trabalhos acadêmicos e inspirado práticas em diversas partes do mundo. A influência de sua obra abrange as mais diversas áreas do saber, dentre elas, a saúde, logo, também, a saúde mental. A universalidade de sua obra decorre da aliança teoria-prática, Paulo Freire não pensa, apenas, teoricamente, pensa a realidade e a ação sobre ela, trabalha teoricamente a partir da realidade e para voltar para ela, para transformá-la (FREIRE, A., 1996; GADOTTI, 1996).

O pensamento de Paulo Freire deve ser entendido a partir do contexto em que nasceu. No início da década de 1960, o Brasil vivia um momento de grande modernização da economia, de crescimento industrial, de urbanização e de uma ‘dita’ experiência democrática.

⁶ Optamos, nesse trabalho, por utilizar como sinônimos o termo pedagogia Paulo Freire, educação popular, educação libertadora, educação problematizadora, educação progressista. O referencial teórico aqui assumido é a construção teórica e metodológica de Paulo Freire.

Freire traduz o momento vivenciado em antinomia fundamental, ou seja, a crescente industrialização do país que provoca a necessidade de participação do povo brasileiro na vida pública, entretanto, esse mesmo povo vive, historicamente, uma inexperiência democrática, que tem suas raízes no processo de colonização do Brasil (FREIRE, 2003; 2018).

Povo “imerso” no processo, inexistente enquanto capaz de decidir e a quem correspondia a tarefa de quase não ter tarefa. De estar sempre sob. De seguir. De ser comandado pelos apetites da “elite”, que estava sobre ele. Nenhuma vinculação dialógica entre estas elites e estas massas, pra quem ter tarefa corresponderia somente seguir e obedecer (FREIRE, 2018, p.65).

Portanto, como o povo participaria da vida pública se a história do Brasil não é baseada pela construção de experiências democráticas? Freire compreende que haja vista que o contexto vem exigindo a participação do povo brasileiro na vida nacional, a educação precisa romper com a inexperiência democrática e se constituir enquanto uma “educação para o desenvolvimento e para a democracia, entre nós, tem que ser uma educação pelo diálogo. Uma educação pela participação, que desenvolva no homem brasileiro a sua criticidade (FREIRE, 2003, p.51)”.

A partir desse chão, da realidade brasileira, e também nordestina (região em que Freire viveu e trabalhou alguns anos de sua vida), de construir um caminho para a democracia, que o educador inicia seu pensamento sobre a educação. Com a ditadura militar, em 1964, Paulo Freire foi exilado e durante seu exílio publicou uma de suas principais obras: a *Pedagogia do Oprimido*. Este livro foi escrito no Chile, no ano de 1968 e publicado, inicialmente, nos Estados Unidos em 1970, e no Brasil em 1975 (FREIRE, 2005).

A *Pedagogia do Oprimido* trata-se de um ensaio construído a partir de observações e reflexões vividas, sentidas, analisadas através de experiências concretas com atividades educativas, tanto vividas no Brasil, quanto durante os cinco anos no exílio. Trata-se de um trabalho para homens e mulheres radicais, radicais na luta e no engajamento pela transformação da realidade. É nessa obra que Freire traz a denúncia à educação bancária e anuncia teórica e metodologicamente a educação libertadora (FREIRE, 2005).

Freire aponta uma contextualização da relação de sujeitos com a sociedade e que esta se estabelece através de uma relação de opressão e de injustiça. Identifica a realidade opressora enquanto a contradição em que homens e mulheres se encontram no mundo e a partir disso faz a justificativa para a *Pedagogia do Oprimido*, ao realizar a crítica às relações de opressão que negam a humanização, que negam o ser, que proibem o ser. A *Pedagogia do Oprimido* é do povo, é feita com o povo, e não para o povo, na luta pela recuperação de sua humanidade. É ferramenta para que faça da opressão e de suas causas objeto de reflexão do povo oprimido, o que resultará no engajamento na luta pela sua libertação.

O que nos parece indiscutível é que, se pretendemos a libertação das mulheres e homens não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma *coisa* que se deposita nas mulheres e homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão das mulheres e dos homens sobre o mundo para transformá-lo (FREIRE, 2005, p.77).

Ao longo da obra supracitada o autor reflete sobre diversos elementos que permeiam a relação de mediação entre opressores-oprimidos, defendendo que um dos elementos básicos dessa relação trata-se da prescrição. A prescrição enquanto imposição, da opção, da consciência do opressor ao oprimido. O comportamento dos oprimidos é um comportamento prescrito, faz-se à base de ações estranhas a eles – ações dos opressores.

Dessa forma, Freire desenvolverá uma rigorosa crítica ao que ele denomina de *educação bancária*, na busca de superação de práticas educativas conservadoras. Este modelo de educação mantém e estimula a contradição opressor/oprimido, ao partir do pressuposto de que o educador é o sujeito da ação, o que sabe, o que pensa, o que disciplina, o que escolhe a melhor opção e o que detém os saberes. Nesta perspectiva, os educandos são vistos como objetos que vão receber conteúdos, visto que, nada sabem. Esta educação se situa na superposição dos educadores, ao ter os educandos como recipientes de conteúdos, conteúdos estes que visam o ajustamento dos educandos ao mundo, ajustamento para acomodação no mundo da opressão, portanto, caracteriza-se como uma prática de dominação (FREIRE, 2005).

É porque as mulheres e os homens, nesta visão, ao receberem o mundo que neles entra, já são seres passivos, cabe à educação apassivá-los mais ainda e adaptá-los ao mundo. Quanto mais adaptados, para a concepção “bancária”, tanto mais “educados”, porque adequados ao mundo. Esta é uma concepção que, implicando uma prática, somente pode interessar aos opressores, que estarão tão mais em paz, quanto mais adequados estejam as mulheres e os homens ao mundo (FREIRE, 2005, p. 73).

A prática da *educação bancária* perpassa por: transmitir conhecimentos que ocultam a realidade opressora e injusta; estimular a ingenuidade dos educandos; domesticar; imergir a consciência, ao pensar que homens e mulheres são apenas espectadores do mundo e não criadores e recriadores desse mundo, não existe o pensar; inibir a criatividade (FREIRE, 2005).

As ações em saúde podem corroborar com as práticas educativas, na perspectiva da educação bancária, uma vez que esta se constitui como ato de depósito (FREIRE, 2005). No sentido de que o profissional de saúde é o que sabe e o que deposita nos/as usuários/as o que devem fazer com sua saúde. Se segue uma perspectiva bancária, os/as profissionais de saúde podem assumir ações em saúde que não orientam-se no sentido da conscientização, mas, sim, no depósito de atitudes, comportamentos, prescrições, remédios.

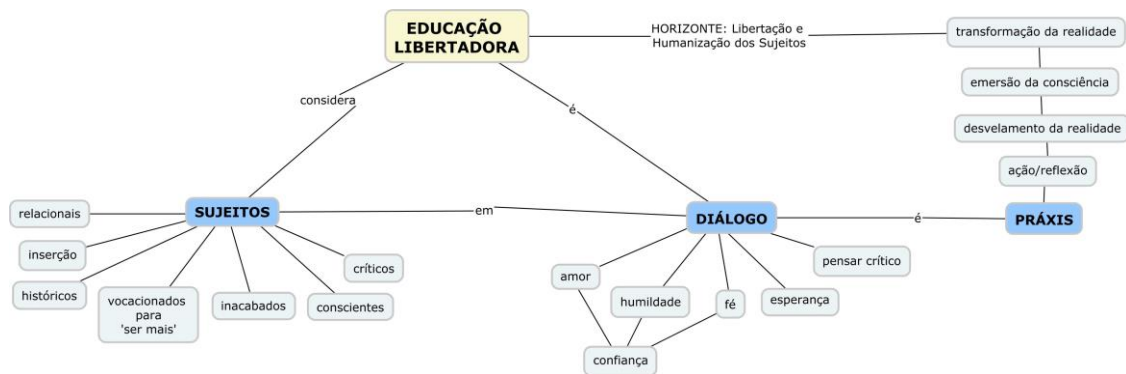
Ao traçar uma análise crítica e uma denúncia à educação bancária, Freire (2005) anuncia a proposta da *educação libertadora* que parte da exigência de se ter uma intencionalidade, nesse caso, de transformação da realidade para uma sociedade mais justa e igualitária, ao propor a construção de outra relação educadora(o)/educanda(o) que supere a relação de opressão e se pautem no diálogo. Dessa forma, a educação libertadora defende que ambos, educadoras/es e educandas/os, são sujeitos do processo de produção do conhecimento – crítico - mediatizados pela relação com o mundo, ao constantemente desvelar a realidade.

Ao compreender a prática educativa enquanto encontro entre sujeitos com o mundo, Freire destaca que esta implica uma concepção de ser humano, de ser sujeito. Ao assumir-se sujeito, vocacionado a *ser mais*, homens e mulheres marcam sua presença no mundo através da construção da autonomia.

Além disso, a educação libertadora, através do encontro entre sujeitos, se funda no diálogo. O diálogo como instrumento para promover a transição de *consciência transitiva ingênua* para a *consciência transitiva crítica*, e com isso construir e/ou vivenciar a democracia (FREIRE, 2003; 2005). Com a promoção da transição de consciência ingênua para crítica, através da prática educativa, o povo conseguiria participar ativamente da realidade que vivencia, de assumir posição ativa, e não a de meros espectadores, e, desse modo, garantir a vivência das experiências democráticas. “Não há democracia sem povo participante (FREIRE, 2003, p. 29)”.

O esquema abaixo sistematiza conceitos fundantes para a educação libertadora proposta por Freire que serão discutidos nos próximos itens (2005):

Figura 1: Sistematização da educação libertadora para Paulo Freire



Fonte: elaborada pela autora

Para compreensão do pensamento de Freire, de sua proposta de educação libertadora e

fazer as conexões com a reabilitação psicossocial e o cuidado em saúde mental, no próximo item encontram-se as concepções fundantes, de sujeito, diálogo e autonomia para compreensão da pedagogia freireana.

3.5.1 A concepção de ser humano: mulheres e homens como sujeitos

Uma das exigências para a educação libertadora é que tem de partir e se sustentar a partir da concepção de ser humano enquanto *sujeito* na perspectiva freireana. Mulheres e homens, para Freire, são seres de relação, *seres relacionais*, não só de contatos, não estão apenas no mundo, estão com o mundo, em relações dialéticas com o mundo (FREIRE, 2018, 2005). “Estar com o mundo resulta de sua abertura à realidade, que o faz ser o ente de relações que é (FREIRE, 2018, p.55)”.

Há uma pluralidade nas relações que mulheres e homens estabelecem com o mundo, visto que respondem a ampla variedade de desafios do estar com o mundo. No ato de responder aos desafios, os seres humanos tem o potencial de se organizar, de escolher, de testar, de agir. Neste sentido, existem e não apenas vivem, uma vez que estão dentro do tempo, existem no tempo, um tempo que se fez no ontem, se faz no hoje e se refaz no amanhã. Não estão presos no tempo do hoje, que esmaga, emergem do tempo e por isso seu estar no mundo se impregna de sentido, da possibilidade de olhar pro ontem, fazer hoje e reconstruir o amanhã (FREIRE, 2018).

Por essa temporalidade, são seres possíveis de criar, construir, interferir na história, em sua história, “criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo a seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lança-se a mulher e o homem no domínio que lhe é exclusivo – o da história e da cultura (FREIRE, 2018, p.58)”. Por isso, são sujeitos possíveis de se inserir no contexto, de estar com ele, e não apenas adaptar-se, acomodar-se ou ajustar-se, ao se inserir ao contexto vai humanizando-se e libertando-se. A inserção só é possível diante da atitude crítica superando a atitude do simples ajustamento ou acomodação (FREIRE, 2005; 2018).

Considerando a temporalidade, que se inscreve na história, Freire defende que mulheres e homens são seres *históricos* e sendo históricos estão inacabados, se fazendo, se refazendo, se transformando e tem consciência do seu inacabamento, de sua inconclusão. São seres que tem vocação ontológica e histórica de *ser mais*, carregam a possibilidade de libertação, de humanização.

(...) enquanto a problematizadora parte exatamente do caráter histórico e da historicidade dos homens. Por isto mesmo é que os reconhece como seres que *estão sendo*, como seres inacabados, inconclusos, *em* e *com* uma realidade que, sendo histórica também, é igualmente inacabada (FREIRE, 2005, p.83).

O conceito do '*ser mais*' encontra-se situada na obra de Paulo Freire como um conceito chave para a sua concepção de ser humano. O '*ser mais*' refere-se ao potencial dos seres de estarem permanentemente no processo de busca, aventurando-se no conhecimento de si mesmo e do mundo, além de lutar pela afirmação/conquista de sua liberdade (FREIRE, 2019; 2005; ZITKOSKI, 2010; TROMBETTA, TROMBETTA, 2010). Sendo históricos e vocacionados a *ser mais*, são *seres inacabados*, inseridos em uma realidade que não é pronta, estática, fechada. Estão sempre se fazendo, refazendo, começando, recomeçando (FREIRE, 2019; 2005; ZITKOSKI, 2010; TROMBETTA, TROMBETTA, 2010).

Gosto de ser gente, porque sei que a minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu "destino" não é um dado, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidade e não de determinismo (FREIRE, 2019, p. 52).

Freire também dá importância à consciência que cada ser humano tem de si mesmo, tanto da sua inconclusão, quanto dos condicionamentos da sua forma de existir em sociedade. A partir da visão crítica dos condicionamentos aos quais os sujeitos estão inseridos, no contexto histórico sociocultural, o ser humano tem o potencial de ao ter consciência enfrentar e transformar essas realidades condicionantes (FREIRE, 2019; 2005; ZITKOSKI, 2010; TROMBETTA, TROMBETTA, 2010).

A educação libertadora acredita que o destino dos seres humanos conscientes do seu lugar do mundo e na história, deve ser criar, transformar o mundo. Sendo sujeitos de ação e não objetos domesticados, passivos, facilmente manipulados pelas ideologias opressoras, que reduzem a simples instrumentos, a uma coisa a serviço do destino. Existir para o ser humano é tarefa sem fim, processo permanente de construção de si. A existência se destina a ser o que ainda não são. O ser humano é um universo inesgotável de possibilidades (FREIRE, 1996; 2005; ZITKOSKI, 2010; TROMBETTA, TROMBETTA, 2010).

3.5.2 O diálogo é essência da educação libertadora

A partir da compreensão de sujeitos, Freire (2005) anuncia que o fundamento e a metodologia da educação problematizadora/libertadora é o *diálogo*, diálogo como encontro entre sujeitos, sujeitos do *ser mais*. Mas trata-se de encontro que vai para além do encontro eu-tu, o encontro é para ler e pronunciar o mundo e, assim, transformá-lo. O diálogo é fala-

escuta e ação transformadora, portanto, é *práxis*. Em vista disso, acrescentando a concepção de sujeitos, mulheres e homens são *sujeitos dialógicos* e, conseqüentemente, da *práxis*.

O diálogo é uma exigência existencial, o caminho para a concretização do exercício da liberdade. Acima de um conceito, trata-se de um ato, uma atitude. Uma prática de recusa à submissão (sujeito como objeto), de rever paradigmas, é um ato de escuta com o outro. O diálogo se constitui na relação (horizontal) de A com B e não de A para B, mediatizados pelo mundo. 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 (FREIRE, 2005; 2019)

É importante ressaltar que o diálogo é um encontro em que as/os envolvidas/os se solidarizam ao refletir e agir em direção à transformação e humanização do mundo. Não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito para o outro, nem tampouco tornar-se simples trocas de ideias. Não se trata de uma discussão guerreira, polêmica, entre sujeitos que não aspiram a pronúncia do mundo (FREIRE, 2005).

O conteúdo do diálogo é a sistematização do conteúdo programático da educação:

A educação autêntica, repitamos, não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B, mediatizados pelo mundo. Mundo que impressiona e desafia 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 conteúdo programático da educação (FREIRE, 2005, p.97).

Portanto, a partir das situações concretas, existenciais, na realidade mediatizadora que educadoras/es e povo vão em busca do conteúdo programático, esse momento de busca é quando se instaura o diálogo da educação libertadora. É o momento de busca pelos *Temas Geradores* e essa busca implica uma metodologia, a qual Freire vem denominar de *Investigação Temática*⁷.

Para tanto, Freire (2005) ressalta que existem fundamentos para o exercício do diálogo, sendo elas: o amor, a humildade, a fé, a esperança e o pensar crítico. “Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a confiança de um no outro é consequência óbvia” (FREIRE, 2005, p.94).

O diálogo só existe se houver um profundo amor ao mundo, as mulheres e os homens. O *amor* na visão freireana é vida, vida com pessoas, que se materializa no afeto como compromisso com o outro, nutrido da solidariedade e da humildade, o que implica a responsabilidade entre a palavra dita e a ação humanizadora (FREIRE, 2005; ZITKOSKI, 2010; FERNANDES, 2010).

⁷ Sobre isso explicitaremos mais adiante na sessão do caminho metodológico.

Sendo fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo. Daí que seja essencialmente tarefa de sujeitos e que não possa verificar-se na relação de dominação. Nesta, o que há é patologia de amor: sadismo em quem domina; masoquismo nos dominados. Amor, não. Porque é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com as mulheres e os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa da libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico (...) Se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo as mulheres e os homens, não me é possível o diálogo (FREIRE, 2005, p.92).

A *humildade* é outro fundamento para o diálogo, não há como pronunciar o mundo, não há como existir o encontro das mulheres e homens, se uma das partes estabelece uma relação de arrogância. Não é possível estabelecer o diálogo com alguém que se acha superior, que não aceita contribuição e sempre vê a ignorância no outro, nunca em si. A humildade também é antagônica a autossuficiência. “Nesse lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há mulheres e homens que, em comunhão, buscam saber mais (FREIRE, 2005, p.93)”.

Não há diálogo se não há uma profunda *fé* nas mulheres e homens, a fé na vocação de *ser mais* das mulheres e dos homens, compreender que o poder de se fazer e se transformar é poder dos sujeitos, às vezes negados, mas é poder e pode renascer e constituir-se. Freire defende que a *fé* é um dado a priori do diálogo, precisar existir antes mesmo que o diálogo se instale e ao se instaurar precisa existir a *confiança*. A *confiança* é que faz os sujeitos dialógicos cada vez mais companheiros na pronúncia do mundo, a confiança pressupõe a existência do amor, da humildade e da fé, assim como, implica a coerência entre a palavra e o agir (FREIRE, 2005).

O diálogo só acontece se existe a *esperança*, esperança no potencial de eterna busca das mulheres e homens, esperança não do esperar, mas do esperar com ação. Do mover, do mover-se com esperança, e por isso espera esperançoso as transformações, das quais se busca e se faz, em direção ao *ser mais* (FREIRE, 2005).

Por fim, Freire (2005) defende que não há diálogo verdadeiro se não há o pensar crítico, pensar a realidade como processo, como vir a ser e não como algo estático. A realidade carrega a temporalidade e a possibilidade de transformação em direção a humanização dos sujeitos. O diálogo se opõe ao pensar ingênuo, em que resulta a acomodação a um presente normalizado. “Somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também, de gerá-lo” (FREIRE, 2005, p. 96).

A construção do pensar crítico, do conhecimento, na prática educativa crítica acontece através do diálogo. Esta construção deve versar sobre a problematização da realidade, desvelar a realidade e convidar a todos que constroem o processo educativo a refletir cotidianamente sobre a prática individual e coletiva. Portanto, é o desenvolvimento da

curiosidade crítica, insatisfeita, indócil e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos (FREIRE, 2019).

Na pedagogia freireana, diálogo é pensar criticamente sobre a realidade, junto com o outro e com o mundo, para transformá-la no sentido da justiça e da humanização. A humanização é o horizonte da educação libertadora, é a vocação de homens e mulheres, em permanente movimento de busca, de sua humanização, em direção ao *ser mais*. A humanização se afirma na liberdade, na justiça e na possibilidade dos sujeitos se perceberem enquanto históricos, relacionais, inconclusos. O exercício da autonomia implica a permanente busca pela humanização, no próximo item iremos discutir qual o conceito de autonomia defendido por Freire.

3.5.3 O respeito à construção da autonomia como horizonte

Freire compreende a prática educativa libertária como exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadoras/es e educandas/os (FREIRE, 2019). Mas o que significa autonomia na proposta de Freire?

Sobre isso, retomamos a ideia da vocação dos sujeitos de se inserirem criticamente na realidade, e não apenas se acomodar; inserir-se na realidade com intenção de transformá-la, a partir de opções, de possibilidades de decisão. Quando mulheres e homens perdem a sua capacidade de optar, vai sendo submetido a prescrições alheias que o minimizam e suas decisões já não são suas, não se inserem, acomodam-se, ajustam-se e, conseqüentemente, não exercem sua autonomia (FREIRE, 2018; 2019).

A mulher e o homem inserido na realidade é a mulher e o homem sujeito. A inserção é um conceito ativo, ao contrário de adaptação, que aponta para um caminho de não capacidade de transformação da realidade, mas sim dos sujeitos alterarem-se a si para adaptar-se. O ser da acomodação ou do ajustamento falta a marca específica do ser que é a *liberdade*, perde sua capacidade criadora. Dessa forma, renuncia a sua capacidade de decidir, os desafios da inserção não são captadas pelas mulheres e homens e sim lhes apresentada e lhes entregue em forma de receita, de prescrição a ser seguida. Ao ajustar-se, adotam um não *eu* que não lhes pertencem. “E, quando julga que se salva seguindo as prescrições, afoga-se no anonimato nivelador da massificação, sem esperança e sem fé, domesticado e acomodado: já não é *sujeito*. Rebaixa-se a puro *objeto*. Coisifica-se” (FREIRE, 2018, p.61).

Para não cair no ajustamento ou na acomodação, Freire (2018) defende a necessidade

do pensar e da ação crítica, a qual proporcionará aos sujeitos realizarem sua vocação de inserir-se criticamente na realidade. Diante disso, compreendemos que o adaptar-se não respeita a construção de autonomia dos sujeitos, não parte de uma compressão dialógica e considera sujeitos como meros objetos.

Retomando também a concepção de sujeitos levantada acima, vocacionados ao *ser mais, inconclusos, inacabados*, sujeitos da *práxis*, logo, do *diálogo*, como pronúncia do mundo, entre sujeitos, para transformá-lo que levantamos o conceito de autonomia defendido por Freire. Consideramos importante pontuar o dito acima para que possamos compreender a autonomia no seu cerne, e que a autonomia aqui defendida é aquela em que as práticas favoreçam a inserção do sujeito, que o consideram a partir da sua vocação de ser mais e que, portanto, potencializam a autonomia.

Na pedagogia freireana, a autonomia é processo, é amadurecimento do ser para si, é vir a ser. Constrói-se e fortalece permanentemente, a medida em que se tem a possibilidade e o direito de comparar, de escolher, de decidir, de tomar decisões e se responsabilizar pelas suas consequências. “Sua autonomia que se funda na responsabilidade, que vai sendo assumida” (FREIRE, 2019, p. 92).

A autonomia vai se construindo ao passo em que vai se exercendo a tomada de decisões, “ninguém é autônomo primeiro para depois decidir (FREIRE, 2019, p.105)”. Na tomada de decisões que perpassa por um processo individual e de responsabilizar-se, uma pessoa não pode ser sujeita da autonomia de outro, cada pessoa é sujeito de sua própria autonomia. A educação precisa instaurar processos de possibilidades de decisão para que mulheres e homens, cientes de sua inconclusão e do seu inacabamento, e críticos quanto a sua realidade, mais responsáveis vão se tornando. Logo, como destaca Freire (2019, p.104) “é decidindo que se aprende a decidir. Não posso aprender a ser eu mesmo se não decido nunca” e, portanto, “faz parte do aprendizado da decisão a assunção das consequências do ato de decidir”.

Para Paulo Freire um elemento importante para construção da autonomia, além da responsabilidade na tomada de decisões, é a liberdade. Liberdade de pensar, se descobrir, se expressar, de decidir, de agir. A liberdade que se dá junto com a eticidade, de ser mais livre quanto mais eticamente vai assumindo a responsabilidade das ações, e para isso, requer correr riscos, assim como, do respeito à liberdade do outro. O espaço antes habitado pela dependência vai sendo ocupado pela liberdade, pela possibilidade de decidir e correr risco, e, assim, construir a autonomia (FREIRE, 2019).

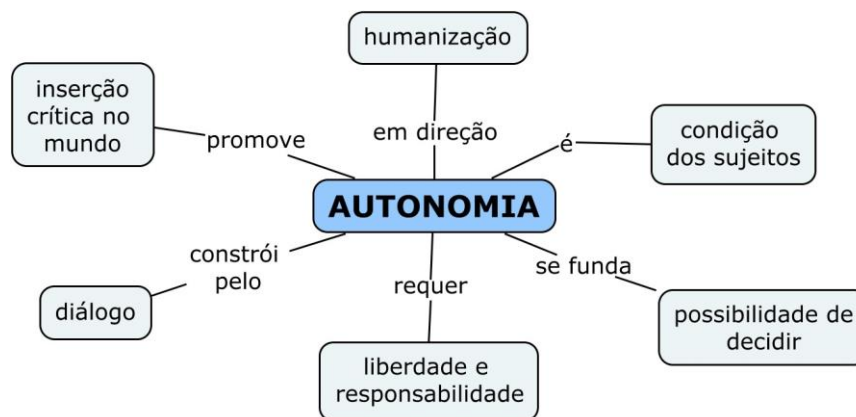
Nesse sentido, faz-se importante ressaltar que as escolhas tomadas pelos sujeitos

(exemplo: das pessoas com experiência na loucura) se dão em uma determinada realidade social. A tomada de decisão, de escolher, está relacionada aos desejos e anseios, mas também as possibilidades concretas dos sujeitos. Ou seja, tomar decisão, ter possibilidade de escolha não se dá da mesma forma para todas as pessoas, não somente por questões individuais, subjetivas, mas também pelo contexto, marcado por desigualdades de classe social, de raça/etnia, de gênero, de ter ou não um diagnóstico psiquiátrico. Dessa forma, as escolhas podem ser limitadas ou condicionadas pelo contexto. Os condicionamentos não determinam quem os sujeitos são ou o que fazem, mas condicionam as possibilidades concretas de tomada de decisão (GONTIJO, SANTIAGO, 2020).

Para tanto, Freire (2019) defende a necessidade de tomada de consciência crítica sobre os condicionamentos, de forma que as escolhas não sejam apenas atos de adaptação no mundo, mas sim de inserção crítica no mundo. O diálogo entre sujeitos favorece a tomada de consciência, no processo de reflexão crítica e de ação, através da práxis. A autonomia enquanto possibilidade de escolher, de decidir vai ao encontro da condição de ser sujeito, de *ser mais*, da possibilidade de realizar escolhas que busquem a sua humanização.

Abaixo, segue um esquema que sistematiza o conceito de autonomia para a pedagogia freirena:

Figura 2 – Conceito de Autonomia para Paulo Freire



Fonte: produzido pela autora

Discutido sobre a pedagogia freireana, e anteriormente apresentado o referencial teórico da reabilitação psicossocial, no próximo tópico se debruçou sobre a análise das intersecções entre essas duas teorias/práticas.

3.6 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E PEDAGOGIA PAULO FREIRE: UM ENCONTRO POSSÍVEL?

No estudo realizado pelas autoras Carneiro *et al.* (2010), o qual teve por objetivo analisar a experiência de oficinas em saúde mental, no território de referência de um CAPS. As oficinas utilizaram-se dos pressupostos da educação popular⁸, como: a produção coletiva do conhecimento, conhecimento para transformação da realidade e que de todos podem ser sujeitos nessa construção. As autoras levantam que pouco se tem discutido a respeito da relação entre educação popular e o tema da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. A partir da experiência das oficinas, as mesmas defendem que a educação popular é estratégia potencializadora do fazer, pensar, problematizar, construir práticas em saúde mental que fazem avançar o projeto da reforma psiquiátrica antimanicomial.

A educação popular e a saúde mental trazem em si propostas políticas que apoiam a validação dos sujeitos e suas diferenças; a luta pelo seu empoderamento, ampliando assim as possibilidades de sua existência e a transformação da sociedade, afirmando valores tais como a cidadania, a solidariedade, o respeito, a tolerância e a equidade (CARNEIRO, *et al.*, 2010).

Andrade e Veloso (2015) também realizaram um estudo no CAPS que teve como um dos pressupostos metodológicos a educação popular e defendem que essa por reconhecer e valorizar o saber do outro, por usar da problematização e construir conhecimento coletivo, trata-se de uma metodologia para construção de outro conhecimento sobre a loucura. A desinstitucionalização da loucura exige mais do que mudança de nomenclaturas e espaços, existe mudanças no modo de subjetivação, é mais do que a simples aceitação da diferença. Pauta-se em construir outras relações, outros significados, outros encontros sociais, e por isso, a educação popular é uma potente estratégia para refletir a realidade das pessoas em sofrimento psíquico e construir dialogicamente novos saberes e práticas no contexto dos serviços substitutivos que envolve diversos sujeitos, inclusive as/os usuárias/os (ANDRADE; VELOSO, 2015).

Viana, Sobel e Santos (2018) realizaram uma pesquisa-ação em uma iniciativa de geração de trabalho e renda, da RAPS, que teve como guia metodológico a educação popular. As autoras compreenderam que a reabilitação psicossocial parte do pressuposto de que as pessoas que são ditas loucas possuem desejos, direitos, voz, tem a possibilidade de se

⁸ De acordo com Eymard (2007), Paulo Freire foi um dos primeiros intelectuais a sistematizar teoricamente as experiências do movimento da educação popular e que por isso em muitos países a educação popular costuma ser chamada pedagogia freireana. Atualmente, temos muitos trabalhos no campo da educação popular, mas o autor afirma da necessidade de não nos esquecermos que temos um grande mestre que é Paulo Freire. Diante disso, em nossa pesquisa para escrever esse tópico utilizamos também os estudos que se utilizam da educação popular compreendendo que esta tem como grande referencial a pedagogia de Paulo Freire.

relacionar com os outros e de circular nos diversos ambientes. Reabilitar é fazer com que essas pessoas e a sociedade acreditem que elas podem fazer isso e muito mais, além de, principalmente, gerar condições para que possam construir seu próprio caminho. Diante disso, as autoras defendem que o processo de reabilitação psicossocial precisa ser pautado como um processo educativo popular, em prol da produção de autonomia, com base nos princípios da educação popular em Paulo Freire (VIANA, SOBEL, SANTOS, 2018).

A concepção da prática educativa crítica enquanto processo de construção coletiva dos seres, com horizonte na libertação e humanização, corrobora com o que Saraceno (1996) aponta sobre a reabilitação psicossocial. O mesmo defende que a reabilitação, antes de tudo, é uma necessidade ética, uma exigência ética. Em que todos que constroem a saúde mental (profissionais, usuários, familiares, comunidade) precisam estar envolvidos, porque implica muito mais que simplesmente passar um usuário do estado de desabilidade para o de habilidade. A reabilitação implica uma mudança política dos serviços de saúde mental, de se tomar outra direção que não aquela que reproduza a lógica manicomial, que mantém a lógica da doença e sim de tomar a direção da construção plena da cidadania (SARACENO, 1996).

Além disso, a proposta de Saraceno (2001) coloca luz no coletivo, transcende a noção de um percurso individual e autorreferido do sujeito e evidencia a importância das trocas entre a pessoa com experiência na loucura e a comunidade, com a família, com os serviços e profissionais para que haja transformação no processo de experiência do sofrimento (MORATO, 2019). Na reabilitação psicossocial “o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação” (SARACENO, 2001, p.112). O direito às relações intersecciona com os *seres de relação*, fundante na pedagogia freireana. Como defende Freire (2003, p. 10):

A possibilidade humana de existir – forma acrescida de ser -, mais do que viver, faz da mulher e do homem um ser eminentemente relacional. Estando nele, pode também sair dele. Projetar-se. Discernir. Conhecer. É um ser aberto. Distingue o ontem do hoje. O aqui do ali. Essa transitividade da mulher e do homem faz dela e dele um ser diferente. Um ser histórico. (...) No jogo de suas relações com esses mundos ela e ele se deixa marcar, enquanto marca igualmente.

Dessa forma, a reabilitação psicossocial ao trabalhar com o horizonte que os sujeitos desempenhem seu poder contratual, de contratualizar com outros sujeitos e com o mundo (SARACENO, 2001), corrobora com o pensamento freiriano, que mulheres e homens não vivem autenticamente se não se inserem na sua realidade, são seres da relação, e por isso precisam se inserir criticamente na sua realidade. Mulheres e homens irão viver inautenticamente enquanto se sentirem estrangeiros de sua realidade, dolorosamente desintegrados dela e alienados de sua cultura (FREIRE, 2003).

A proposta de cuidado na saúde mental, a reabilitação psicossocial, busca a superação

da objetificação dos sujeitos com experiência na loucura, visto de forma distante e depositário do saber instituído, para uma posição de diálogo que fomente a participação das/os usuárias/os sobre o adoecimento e o tratamento. Neste ponto, pode-se observar uma proposta semelhante a de Paulo Freire que faz uma crítica a educação bancária de desconsiderar o outro no processo educacional e propõe que no processo educativo todos são sujeitos do conhecimento (GUIMARÃES, VERAS, CARLI, 2018).

É preciso apreendermos a partir da prática educativa libertadora de que ninguém sabe mais que ninguém e de construirmos nosso conhecimento mediatizados pelo mundo, de que as pessoas com experiência na loucura (que precisam passar por um processo ‘reabilitador’) têm saberes, desejos, necessidades e que a construção desse cuidado (conhecimento) precisa ser de ambas as partes envolvidas no processo, considerando o desejo desses sujeitos (SOBEL, 2017). Pitta (1996) reforça a necessidade das/os trabalhadoras/es de saúde mental não pautarem as suas estratégias de reabilitação com base nas suas próprias expectativas e ajustadas às suas profecias e verdades, passando por cima das aspirações das/os usuárias/os.

Desse modo, se faz necessário discutir a relação entre os/as trabalhadores/as da saúde mental e os/as usuários/as, para se refletir sobre a possibilidade de construir outras relações que não as do chão manicomial com suas raízes na tutela. Sobre isso, Paulo Freire (2005; 2019) com suas reflexões à respeito da relação educador(a)/educando(a) pode trazer contribuições para repensarmos as relações construídas com as pessoas com experiência na loucura, seja delas com elas mesmas, com a família, com os/as trabalhadores/as da saúde mental, com os/as gestores/as dos serviços e da política de saúde mental e com a sociedade.

Sabe-se que a figura da pessoa com experiência na loucura desprovida de razão e consequentemente de direitos permeia o imaginário popular e encontra ressonância inclusive dentro dos serviços de saúde. Essa construção vai na direção oposta das propostas da reabilitação psicossocial e da pedagogia freireana (GUIMARÃES, VERAS, CARLI, 2018). Ao substituir o cuidado manicomial, deve-se atentar para não reprodução das práticas de tutela, de normatização e normalização. A utilização do referencial freireano pode contribuir para não reprodução dessas práticas, visto que se contrapõe a tendência dos aparatos educacionais de controlar o pensar e a ação. Freire compreende que tal controle acaba levando mulheres e homens a ajustar-se a realidade instuída, inibindo o poder de criar e de atuar, criando obstáculos na produção de sujeitos que tem o potencial de transformar a realidade (GUIMARÃES, VERAS, CARLI, 2018; FREIRE, 2003; 2018).

A relação antidialógica construída na concepção de educação bancária pode ser relacionada à relação construída nas instituições manicomiais e na lógica de cuidado

manicomial, em que o cuidado às pessoas com experiência na loucura restringia-se ao aprisionamento, a medicalização. “Os doentes, anormais” eram considerados como pessoas sem desejos, sem direitos, sem saberes, sem alma (SOBEL, 2017).

Desse modo, a reforma psiquiátrica antimanicomial nos coloca o desafio de construir outra relação de cuidado e outro tipo de relação que não a da violência, a do olhar preconceituoso, de repulsa e/ou medo com as pessoas com experiência na loucura. Acreditamos ser possível, através de um processo de reflexão/ação, a construção dessas relações com base na relação educador(a)/educando(a) proposta por Paulo Freire.

Sobre a relação terapeuta/paciente, o autor Vieira Filho (2003), inspirado em Freire, aponta que ao partirmos do pressuposto que a relação terapêutica é uma relação dialógica, não há relação terapêutica sem contrato terapêutico, confiança, colaboração, respeito e afetividade compartilhadas. A qualidade dialógica da relação é percebida sobretudo pela discrepância às ações de dominação, manipulação e invasão psicocultural do outro, trata-se de um esforço contínuo de superar as contradições do processo de dominação do outro, historicamente construídos na lógica manicomial.

A reabilitação psicossocial precisa ter no horizonte uma ação terapêutica libertadora. Esta ação deve se construir na prática *com* o outro ser humano da relação, logo deve enfrentar as contradições do cotidiano, abrir espaços para a desconstrução da opressão/exclusão, e ao mesmo tempo, incitar que essas pessoas se assumam enquanto sujeitos pacientes impacientes⁹, impacientes com a conservação de prática de preconceitos e exclusão, com a ausência de acolhimento aos diferentes jeitos de ser e de estar no mundo, impacientes com o mundo e com o sistema de saúde que não corresponde à correlação entre movimento e mudança para reinvenção das verdades, das práticas, dos sentidos comuns, dos afetos (VIEIRA FILHO, 2003; CECCIM, 2005).

Outro ponto a ser colocado em pauta, ao considerarmos a transformação dessas relações de invasão e de opressão com os ditos loucos, é questionar qual a concepção de sujeito para a reabilitação psicossocial? Para a reforma psiquiátrica antimanicomial? São apenas sujeitos com doença mental, são aqueles que os serviços de saúde mental, os trabalhadores precisam dar um suporte apenas à doença, apenas restituir seu poder de

⁹ Pacientes Impacientes, refere a uma expressão utilizada por Paulo Freire que trata-se de viver a relação paciência e impaciência e não perder a crítica, assumir a ingenuidade em si e do outro, recriar, reaprender de novo e, afinal, fazer. Assim é que se teria o poder de fazer com criticidade aquilo que se quer e que precisa ser feito. Ceccim (2005) aponta a necessidade de gestores, trabalhadores do sistema único de saúde estarem disponíveis a *estar com* os usuários e a aceitar as condições dos usuários como capazes de se tornarem *pacientes impacientes*. Para esse trabalho também decidimos ao utilizar a expressão paciente vir acompanhada do impaciente.

contratualidade? O que é um sujeito plenamente reabilitado socialmente? Está atrelado a uma imagem normativa?

Bezerra (1996) reforça a importância de se ter clareza sobre qual o conceito de sujeitos está se utilizando no cuidado reabilitador, a qual clínica esse conceito está atrelado. Faz uma crítica as clínicas que se pautam pelo modelo normativo dos sujeitos, que desejam um sujeito reabilitado socialmente. O autor aponta a necessidade de que a clínica da reabilitação psicossocial faça discussões desse campo, com o intuito de nortear as práticas de cuidado.

O sentido da reabilitação de retornar a um estado anterior não corrobora com a concepção de 'ser mais' freireano. Remete a ideia de que os sujeitos apenas podem retornar a um estado em que estavam antes, estado de opressão, de anormalidade, de diferente, de excluído. A reabilitação psicossocial precisa ter no horizonte a necessidade de práticas que possibilitem aos sujeitos com experiência na loucura um processo permanente de construção de si, que se instaure uma busca permanente de transpor as barreiras que impedem de seres mais, de serem consciente de seu inacabamento e do seu potencial de transformação (SOBEL, 2017).

Kinoshita (1996) defende que reabilitar é o processo de restituição do poder contratual do/a usuário/a, com vistas a ampliar sua autonomia. O autor entende autonomia no contexto da reabilitação como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Reforça que não se trata de confundir autonomia com autossuficiência, nem com independência. Constrói uma análise frente a autonomia e a dependência, de que todos os seres humanos são dependentes, no caso dos/as usuários/as da saúde mental, eles/elas dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa dependência restritiva é o que diminui a autonomia dessas pessoas. Portanto, um processo reabilitador precisa proporcionar mais dependência de mais coisas, isso ampliará as possibilidades de estabelecer normas e novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 1996).

O conceito de autonomia apontado por Kinoshita (1996) corrobora com o pensamento Freiriano, visto que Freire também discute o conceito de autonomia a partir do paradoxo autonomia/dependência. Ao trazer que homens e mulheres são seres de culturas, e por isso são necessariamente dependentes. E, desse modo, ser autônomo é ter a capacidade de assumir essa dependência radical, e a partir disso deixar cair as barreiras do não eu e assumir a radicalidade do eu (MACHADO, 2010; FREIRE, 2019).

As práticas reabilitadoras precisam estar pautadas nessa concepção de autonomia enquanto processo do vir a ser, do se assumir enquanto ser inconcluso em busca de sua libertação. É necessário o cuidado para que o aumento das dependências, como foi

supracitado, não signifique um processo de tutela, ou de não diferenciação dessas pessoas. O acesso a ‘depende’ de mais relações, pessoas, coisas, contextos possibilita as pessoas com transtorno mental circular em diferentes espaços, em construir afetos, em não ser segregado, para que assim, possam se diferenciar enquanto sujeitos, se assumir e não ser um espelho de outrem. Isso requer atitudes concretas que produzam possibilidades reais e não a adoção de medidas tranquilizadoras da boa consciência (SOBEL, 2017).

Vale lembrar que a educação e o cuidado como prática libertadora só é possível através do exercício de construção da autonomia, e se contrapondo a posições autoritárias que retiram do outro a responsabilidade e a capacidade de construir alternativas para si. Tanto educadoras/es, como profissionais da saúde não deixam de ocupar um lugar na organização do processo de ensino e de cuidado, logo, não devem confundir esta posição de produção de autonomia, de possibilidades de decisões responsáveis do outro, com desassistência ou licenciosidade (GUIMARÃES, VERAS, CARLI, 2018).

Portanto, a reabilitação psicossocial precisa ter no horizonte o processo de reestruturação do modo da sociedade enxergar a loucura, trata-se de construir uma outra forma de lidar com a cultura manicomial, para que assim se permita passar de uma atitude de imobilidade, de pouca contratualidade, de pouco espaço na vida social para a produção de sentido, de vida, de inclusão, de dignidade, de direito e de justiça. E, portanto, aponta-se, inspirado em Paulo Freire, a necessidade de reconhecimento das situações-limites, para se instaurar os processos dos inéditos-viáveis (SOBEL, 2017).

No decurso da vida pessoal e social, encontram-se obstáculos, barreiras que precisam ser vencidas: as ‘situações-limite’. As situações-limite são “a fronteira entre o ser e o ser mais”. Diante dela são possíveis várias atitudes: ou percebê-las como um obstáculo que não se pode transpor, ou como algo que não se quer transpor, ou ainda como algo que se sabe que existe e que precisa ser rompido (FREIRE, 2005; FREIRE, 2010). Muitas delas apresentam-se como formas culturais aceitas naturalmente e quem delas participa não percebe nenhuma possibilidade de alterá-las, pois não se sentem condições de produzir mudanças.

Não são as situações-limite, em si mesmas, geradoras de um clima de desesperança, mas a percepção que os homens [e mulheres] tenham delas num dado momento histórico, como um freio a eles, como algo que eles não podem ultrapassar. No momento em que a percepção crítica se instaura, na ação mesma, se desenvolve um clima de esperança e confiança que leva os homens [e mulheres] a se empenharem na superação das situações-limites (FREIRE, 2005, p.105).

Freire propõe a necessidade do desenvolvimento, a partir da educação problematizadora, do pensamento crítico às *situações-limite* que marcam o cotidiano e a realidade dos indivíduos. E assim transcender as situações-limite e a descobrir ou a observar,

para além delas e em relação a elas, o *'inédito viável'* (OSOWSKI, 2010; FREIRE, 2010; FREIRE, 2005).

O *inédito viável* é uma palavra-ação. A partir do desvelamento das situações-limites, se instaura um gosto e o dever de mudar a si mesmo, mudando o mundo e sendo por este mudado. É pensar em ações para a superação das situações-limites, a partir da concretude dos anseios, necessidades e desejos, aos sonhos socialmente pretendidos, engajados. Os inéditos viáveis, além de serem sonhos coletivos, deverão estar sempre a serviço da coletividade, não tem um fim em si mesmo, um sonho com o horizonte da Utopia da humanização, a concretização do 'ser mais' e da autêntica democracia (FREIRE, 2010; FREIRE, 2005).

O reconhecimento das situações-limites no processo educativo libertário corrobora com o que Bertolote (1996) aponta: que a reabilitação psicossocial é o processo de reconhecimento e remoção de barreiras, das barreiras que impedem os/as ditos/as loucos/as se inserirem em sua comunidade e exercer seus direitos, sua cidadania. Reforça-se que esse processo de reconhecimento precisa ser junto **com** o/a usuário/a, e não do/a profissional **para** o/a usuário/a, precisa se caracterizar por uma relação dialógica de reconhecimento e de transformação.

Reabilitar é a restituição plena dos direitos, do ser cidadão, de ser social, de ter um lugar na sociedade (que não seja o lugar de oprimido), logo instaurar um processo reabilitador é a busca e a instalação de inéditos-viáveis. Como afirma Pitta (1996), a reabilitação psicossocial é um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para se alcançar a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos. Portanto, o inédito viável da reabilitação psicossocial implica na reinvenção da sociedade em que vivemos, com a desconstrução de todas as formas de manicômio, e as práticas reabilitadoras precisam estar atreladas a um processo de reconstrução/superação, no compromisso de que essas pessoas sejam sujeitos da própria história (SOBEL, 2017).

Foi a partir desse marco teórico, dessas intersecções, que construímos o chão da nossa pesquisa, são as bases que sustentam para assim podermos construir a pesquisa do campo. Com isso em mãos, fomos em busca de construir um caminho metodológico que estivesse alinhado com o referencial teórico, discutido na próxima seção, a qual iremos apresentar por qual caminho percorremos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“Simplesmente, não posso pensar pelos outros, nem para os outros, nem sem os outros. A investigação do pensar do povo não pode ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito de seu pensar. E se seu pensar é mágico ou ingênuo, será pensado o seu pensar, na ação, que ele mesmo se superará. E a superação não se faz no ato de consumir ideias, mas no de produzi-las e de transformá-las na ação e na comunicação.”
Paulo Freire

Com o sentido de estarmos seguindo na coerência teórico-prática que tanto Paulo Freire nos alerta, questionando a quem servimos com a ciência e do caráter político da atividade científica, pensamos no desejo-ação de realizar uma pesquisa que estivesse ao encontro com os pressupostos da pedagogia freireana. Desse modo, o caminho metodológico desse estudo buscou tanto compreender criticamente junto ao povo, do qual falamos, sobre a reabilitação psicossocial e a construção da autonomia, como encontrar coletivamente possibilidades de superação das situações-limites¹⁰ levantadas, através do desenvolvimento de ações.

Freire (1981) compreende a pesquisa como ato de conhecimento, a qual tem como sujeito cognoscente as/os pesquisadoras/es ‘profissionais’ e os grupos populares e como objeto a ser desvelado: a realidade concreta. Essa realidade que se dá na relação dialética entre objetividade e subjetividade, ou seja, compõe todos os dados e fatos objetivos, mas, também, a percepção da população que esteja envolvida nessa realidade. Nessa forma de pesquisar, os grupos populares vão aprofundando, como sujeitos, o ato de conhecimento de si em suas relações com a realidade, tanto quanto podem superar o conhecimento anterior. Freire assume o pesquisar e o educar como um permanente e dinâmico movimento.

Considerando o exposto acima, esse estudo caracterizou-se pela abordagem qualitativa, baseado na metodologia da Pesquisa Participante. A abordagem qualitativa trata-se do método que se propõe a investigar as representações, crenças, valores, percepções, opiniões que se expressam nas interações sociais. O método qualitativo coaduna com a investigação de grupos, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações, para análises de discursos e documentos. Permite desvelar processos sociais referentes a grupos particulares e possibilitam a construção, revisão e criação de novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014).

¹⁰ As situações-limites são realidades objetivas; dimensões concretas e históricas de uma realidade, são situações que estão na fronteira entre o ser e o ser mais.

4.1 A PESQUISA PARTICIPANTE

A pesquisa participante surge, conceitualmente e metodologicamente, no início da década de 80, quando a realidade de muitas sociedades latino-americanas se caracterizava pela presença de regimes autoritários e modelos de desenvolvimento excludentes e centrados no aspecto econômico. Nesse âmbito, desenvolveram alternativas de trabalho visando o delineamento de estratégias que incorporassem os setores populares aos processos de produção e comunicação de conhecimento. A proposta da pesquisa participante tem como uma de suas inspirações os escritos do educador brasileiro Paulo Freire e do sociólogo colombiano Orlando Fals Borda (GAJARDO, 1999).

Os pressupostos da pesquisa participante baseiam-se: na explicitação de uma intencionalidade política e de uma opção de trabalho junto aos grupos mais relegados da sociedade; na integração de investigação, educação e participação social; na incorporação dos setores populares como atores de um processo de produção de conhecimento; e, na sustentação de atividades de investigação e ação educativa que não culminem apenas em respostas de ordem teórica, mas na geração de transformações em prol de mudanças sociais (GAJARDO, 1999).

Brandão (1999) alerta para o caráter da participação, do participar nessa pesquisa, ao significarem palavras que atentam para a possibilidade de envolvimento do trabalho popular na produção de conhecimento, sobre as condições e contextos de vida do povo. Participar envolve convocar mulheres e homens a serem **sujeitos** das pesquisas e não mais **objeto de estudo**. A relação tradicional de sujeito-objeto, investigador/a-educador/a e os grupos sociais deve ser convertida em uma relação sujeito-sujeito, a partir do pressuposto de que todas as pessoas são fontes originais de saber. A partir da interação entre os diferentes conhecimentos em que a compreensão da realidade pode ser construída, a articulação entre o científico e o popular para construção de um conhecimento novo e transformador (BRANDÃO, BORGES, 2007).

Na pesquisa participante o processo de construção de conhecimento pauta-se na formação da consciência das pessoas populares motivadas a transformar os cenários sociais de suas próprias vidas e destinos, e, conseqüentemente, a transformação do lugar em que vivem (BRANDÃO, BORGES, 2007).

A autora Gajardo (1999) aponta que a maioria das experiências, de pesquisa participante, partem da realidade concreta dos grupos populares e defendem o estabelecimento de relações horizontais e antiautoritárias. Propõem-se a utilizar de

mecanismos democráticos e de processos de aprendizagem coletivo, bem como da mobilização de grupos e organizações para a transformação da realidade social ou para o desenvolvimento de ações que resultem em benefício coletivo.

Entre os principais critérios que caracterizam a pesquisa participante, Boterf (1999) destaca que entre a pesquisa e a ação há uma interação permanente, a ação é a fonte do conhecimento e a pesquisa constitui, ela própria, uma ação transformadora. Portanto, é práxis, ou seja, realiza a unidade dialética entre teoria e prática. Na pesquisa participante, o/a pesquisador/a não é neutro/a, ao se colocar a serviço dos/as oprimidos/as, isso requer um trabalho permanente de reflexão crítica do/a pesquisador/a. Todos os sujeitos, pesquisadores/as e povo, participam da discussão permanente dos resultados obtidos.

A pesquisa participante pode ser construída metodologicamente por diversos caminhos, para esse estudo optamos utilizar o referencial da investigação temática proposto por Freire (2005).

4.2 A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA: UMA INSPIRAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE DADOS JUNTO O/A USUÁRIOS(AS) E TRABALHADORAS DA RAPS

Em sintonia com os princípios da pesquisa participante, essa pesquisa se inspira na metodologia da investigação temática, proposta por Freire (2005) e sistematizada por Saul (2015), com o intuito de construir os dados desse estudo junto ao povo e não, apenas, realizar uma coleta de dados.

A metodologia da investigação temática é tratada em profundidade na obra *Pedagogia do Oprimido* de Paulo Freire. Os diferentes momentos da investigação temática são descritos por Paulo Freire no capítulo 3 da *Pedagogia do Oprimido* que visam a construção do conteúdo programático da educação, a partir das práticas dialógicas. Freire deixa em aberto a possibilidade de que esse caminho possa ser utilizado, modificado e recriado, em diversos campos de saberes, contanto, que preserve os pressupostos, as exigências e objetivos da pedagogia freireana. A investigação temática se apoia na epistemologia dialética, a qual é compreendida como um processo histórico, complexo e contraditório, em permanente devir. O princípio dialético une a realidade concreta ao ato de conhecer, entre objetividade-subjetividade, aspirando à construção de uma nova realidade, através da ação-reflexão na transformação da realidade objetiva em realidade pensada (SAUL, 2015).

A investigação temática é coerente com a proposta da educação problematizadora,

através do diálogo como prática da liberdade, em que o papel do/a educador/a não é falar ao povo sobre sua visão de mundo, ou tentar impor, mas através do diálogo conhecer ambas as visões. A investigação assume esse nome por ter no horizonte a apreensão dos “temas geradores” e a tomada de consciência das pessoas em torno dos mesmos. Os temas partem da relação existencial dos sujeitos com o mundo, são temas existenciais que expressam a realidade e que surgem em torno das situações-limites vivenciadas. Freire (2005, p.114) define: “Investigar o tema gerador é investigar, repitamos, o pensar das mulheres e dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis.”

A investigação temática é feita por sujeitos (tanto pesquisadoras(es)/educadoras(es), quanto povo/educandas(os)), é dialógica, é processo de busca, de conhecimento, de criação em prol de compreender a totalidade, a partir do próprio pensar do povo sobre a realidade. A investigação busca captar dimensões significativas sobre a realidade, e ao realizar uma análise crítica possibilitar a apreensão dessas dimensões em interação, compreender a totalidade, buscando a tomada de consciência crítica (FREIRE, 2005).

Nas palavras de Freire encontramos exigências e objetivos para a investigação temática. O mesmo afirma que a metodologia exige que as/os investigadoras/es e o povo sejam, ambos, sujeitos do processo e não objeto. Dessa forma, objetiva a investigação do próprio pensar do povo, pensar que se dá nas mulheres e homens e entre mulheres e homens, e sempre referido à realidade (FREIRE, 2005).

A investigação temática, que se dá no domínio do humano e não no de coisas, não pode reduzir-se a um ato mecânico. Sendo processo de busca, de conhecimento, por isto tudo, de criação, exige de seus sujeitos que vão descobrindo, no encadeamento dos temas significativos, a interpenetração dos problemas (FREIRE, 2005, p. 116).

Um imperativo é que a metodologia da investigação deve ser conscientizadora, como Freire afirma: “Conscientização, é obvio, que não pára, estoicamente, no reconhecimento puro, de caráter subjetivo, da situação, mas, pelo contrário, que prepara as mulheres e os homens, no plano da ação, para a luta contra os obstáculos à sua humanização” (FREIRE, 2005, p. 132).

A investigação temática contrapõe-se à lógica instrumental, essencialmente o que importa é a produção de conhecimento crítico que auxilie os sujeitos a compreender e superar situações-limites, colocando a reflexão teórica a serviço da ação, e que estes sujeitos (no caso desse estudo aqui: as pessoas com experiência na loucura e as trabalhadoras da RAPS) se comprometam com a luta contra as opressões e a construção da transformação da realidade (SAUL, 2015).

Em um estudo foi analisado a potencialidade de se utilizar o itinerário de pesquisa,

proposto por Freire, na pesquisa em saúde e/ou como método orientador do processo de trabalho e concluíram que essa metodologia contribui para o estudo e trabalho em saúde, visto que agregam um potencial pedagógico transformador e conscientizador aos participantes, sejam, educadoras/es, educandas/os, pesquisadoras/es, profissionais da saúde ou usuárias/os. As autoras também revelam que a investigação temática possibilita espaços de encontro entre pessoas e rompe as barreiras hierárquicas implicadas na lógica biomédica, o que democratiza o saber em saúde, viabilizando a participação ativa de mulheres e homens, sendo o conhecimento construído e ressignificado ao longo da pesquisa, em constante movimento de ação-reflexão-ação, o que possibilita a construção de ‘novas’ formas para promover saúde (HEIDEMANN, *et al.*, 2017).

Vários/as autores/as construíram modos próprios de sistematizar a metodologia, sendo que Saul (2015) aponta que todas têm em comum: tomar a realidade local como ponto de partida, a realização da análise crítica das situações limites, através do trabalho participativo, e a releitura coletiva da realidade, visando o desencadeamento de ações transformadoras.

Nessa pesquisa, utilizamos como caminho a sistematização da investigação temática proposta por Saul (2015) em seu estudo, descrita em três momentos fundamentais:

1. **Leitura da Realidade:** envolve a problematização da prática concreta do grupo com o qual se vai trabalhar, e, a partir do diálogo com esses sujeitos, identificar as ênfases, conflitos, contradições de suas situações-limites. Essa identificação passa pela compreensão do que acontece na realidade concreta, através da pedagogia da pergunta, em que favoreça a comunicação, para pensar perguntas e respostas em torno da realidade. A partir disso, buscar emergir a temática significativa, que expressa a visão de mundo do grupo e as hipóteses explicativas para tais situações (SAUL, 2015).
2. **Análise Crítica da Realidade:** é o momento em que se busca a razão de ser das hipóteses e das situações-limites, com ajuda de novos aportes teórico-práticos que possibilitam confrontar o conhecimento anterior. Busca encontrar elementos para refazer a leitura da realidade, e dessa forma, apreender as situações-limites em sua globalidade e despontar a nova realidade que se quer construir (SAUL, 2015).
3. **Elaboração de Propostas de Ação:** implica na proposição coletiva e dialógica de ações, em diferentes níveis, desde o micro, até o macro, com intenção de superar as contradições sociais evidenciadas nas temáticas significativas na leitura da realidade

(SAUL, 2015).

Na proposta de Paulo Freire (2005; 2011; 2018) os momentos da investigação temática se operacionalizam através dos “círculos de investigação temática”. De acordo com Saul (2015), essas práticas político-pedagógicas são atividades de pesquisa e de formação nas quais os sujeitos se reúnem para construir conhecimento.

Nos círculos de investigação temática o ato de conhecimento implica a existência de dois contextos dialeticamente relacionados, um é o contexto do autêntico diálogo entre pesquisadoras/es e participantes da pesquisa, enquanto sujeitos do conhecimento, este é o contexto teórico. O outro é o contexto concreto em que os fatos acontecem, a realidade social em que o povo está inserido. No contexto teórico, toma-se distância do concreto, para analisar criticamente as situações que acontecem nesse contexto. Para a análise crítica, Freire propõe o exercício de abstração através de representações da realidade concreta, para alcançar a razão de ser dos fatos, essas representações das situações existenciais são denominadas codificações, que serão descodificadas para partir do abstrato ao concreto (FREIRE, 2005; 2011).

Freire (2005; 2011) compreende as codificações, repitamos, como representação das situações existenciais que podem ser materializadas por múltiplos canais de comunicação (texto, imagem, música, teatro e outros). As codificações são mediações entre o contexto concreto e teórico para que os sujeitos da pesquisa façam a leitura, são, portanto, objetos do conhecimento. Freire (2005) define algumas condições para elaboração das codificações: 1. Representar situações conhecidas pelos indivíduos para que nelas se reconheçam; 2. O tema central não pode ser nem tão explícito, nem tão enigmático; 3. Na organização dos elementos que a constituem devem construir possibilidades de temas; 4. Ao refletir uma situação existencial deve constituir objetivamente uma totalidade, em que seus elementos estejam em interação, para que não se perca a percepção das relações dialéticas; 5. Representar contradições tanto quanto possível inclusivas de outras. Ou seja, “na medida em que representam situações existenciais, as codificações devem ser simples na sua complexidade e oferecer possibilidades plurais de análises na sua descodificação” (FREIRE, 2005, p.126).

A descodificação, é mais que descodificar apenas, é mais que ser capaz de traduzir código. É fazer leitura da realidade codificada, apreendendo as causalidades implícitas e explícitas na codificação, “promovendo a percepção da percepção anterior e o conhecimento do conhecimento anterior, a descodificação, desta forma, promove o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento” (FREIRE, 2005, p. 127).

Nesta pesquisa, nos propomos a seguir no caminho metodológico os três momentos proposto por Saul (2015), assim como, utilizar nos encontros a dinâmica de problematização-codificação-descodificação proposto por Freire (2005; 2011). Mais adiante, iremos descrever os três momentos da investigação temática, os recursos utilizados, mas, antes disso, vamos explanar em qual contexto (local, atrizes/atores, período) essa pesquisa se deu.

4.3 A FORMAÇÃO DO SONHAÇÃO: SEMEANDO SONHOS E AÇÃO

“Sonhar não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação da forma histórico-social de estar sendo de mulheres e homens. Faz parte da natureza humana que, dentro da história, se acha em permanente processo de tornar-se. Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter no sonho também um motor da história. Não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança.”
Paulo Freire

Para falar sobre a formação do Sonhação precisamos contar história, Freire nos ajuda nesse sentido ao estar sempre nos (re)lembrando que somos sujeitos históricos, que olhar para nossa história criticamente nos faz (re)pensar nossa prática. E que a história é tempo de possibilidades. “É que, enquanto escrevemos, não nos podemos eximir à condição de seres históricos que somos” (FREIRE, 2013, p.21).

Estávamos com algo em mãos: queríamos refletir sobre a reabilitação psicossocial e a produção de autonomia, tínhamos um pressuposto que a pedagogia Paulo Freire poderia nos ajudar nisso; um desejo que essa construção fosse coletiva, do conhecimento e da ação; e que também estivessem junto conosco pessoas com experiência na loucura. Não temos em Pernambuco, como falado anteriormente, experiências concretas, ditas e materializadas na saúde mental que se utilizem dos pressupostos freirianos, nem a própria Política de Saúde Mental de Pernambuco faz referência a isto.

Enquanto serviço que compõe o eixo reabilitação psicossocial na RAPS (BRASIL, 2011), só existe em Pernambuco uma iniciativa de geração de trabalho e renda. Até a qualificação desse projeto, estávamos com o horizonte de realizar o estudo nesse espaço, entretanto, por questões de ordem pessoal e administrativa não foi possível a realização no projeto geração de renda.

Dito isso, começamos a nos questionar: iríamos propor a algum outro serviço da RAPS a realização dessa pesquisa participante? Entendemos que seria importante para um

serviço vivenciar isto, mas não queríamos impor, queríamos que partisse do desejo, ir para um serviço seria impor? Compreendemos que poderia ser um caminho, construir uma relação de confiança, de diálogo, de humildade e juntas com aquele espaço e as pessoas que o constroem realizarmos uma investigação temática.

Entretanto, isso nos inquietava, pensamos, refletimos, analisamos, até o momento que surgiu a proposta de fazermos um convite aberto, para pessoas que fazem parte da rede de atenção psicossocial, da luta antimanicomial, assim como, do movimento da educação popular em saúde, com intuito de nos encontrarmos e discutirmos sobre a proposta da pesquisa e montarmos um grupo. E assim foi feito, em setembro de 2019, o anúncio da pesquisa com um cartão-convite¹¹ e uma breve descrição foi encaminhado para pessoas e grupos do WhatsApp¹² que discutem pautas relacionadas a saúde mental e educação popular no estado de Pernambuco, solicitamos que as pessoas fizessem a inscrição, caso tivessem o interesse e disponibilidade para participar da pesquisa através do email.

Também participei da reunião do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades, da reunião clínica da Residência Multiprofissional de Saúde Mental da Universidade de Pernambuco (UPE), e conversamos com representantes da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) para informar sobre o convite. Ao convidarmos as pessoas anunciamos algumas questões que trazíamos conosco, mas reforçávamos que gostaríamos de ouvir sobre o assunto e pensarmos juntas/os sobre a pesquisa.

A escolha desses espaços se deu pela nossa proximidade com os três movimentos, os quais, ou já fizemos, ou ainda fazemos parte. Assim como, solicitamos a esses movimentos uma carta de anuência¹³ para realização do estudo, a fim de encaminhar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, para responder aos critérios éticos da pesquisa. As cartas foram gentis e esperançosamente entregues para nós, com o desejo de que a pesquisa acontecesse e trouxesse contribuições importantes para o cuidado em saúde mental.

O Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades foi criado em 2004, no I Encontro Nacional da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA)¹⁴. O núcleo é composto por profissionais, usuários/as e familiares da saúde mental. Atua na defesa

¹¹ Conferir Apêndice 1

¹² WhatsApp é um aplicativo para dispositivos móveis que tem como função possibilitar uma forma de comunicação instantânea, tanto de pessoa para pessoa, como grupo de pessoas.

¹³ Conferir Anexo 1.

¹⁴ A RENILA possui uma carta de princípios, tais dele: “A rede nacional internúcleos da luta antimanicomial tem como empreendimento fundamental a radical transformação das relações entre loucura e sociedade, combatendo todas as figuras de aprisionamento e exclusão dos chamados loucos, para conquistar seu acesso ao pleno exercício da cidadania” (Carta de princípios da RENILA, 2004).

dos direitos das pessoas com transtornos mentais e pela progressiva e irreversível substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede antimanicomial de atenção à saúde mental, como previsto em lei (SOUZA, COUTO, FREITAS, 2010). Atualmente, o Libertando Subjetividades vêm investindo na realização de Escola de Formação Antimanicomial para usuárias e usuários da rede de saúde mental, assim como, na construção do dezoito de maio (dia nacional da luta antimanicomial) e em enfrentamentos aos retrocessos da reforma psiquiátrica brasileira, alinhado com a RENILA.

As residências multiprofissionais representam um âmbito importante para a Reforma Psiquiátrica. Visto que a Reforma representa uma mudança de assistência de um modelo hospitalocêntrico para o modelo de reabilitação psicossocial, dessa forma, faz-se necessário pensar a ressignificação da formação e das práticas profissionais. A cultura manicomial ainda se faz presente nas práticas e nas escolas de formação das/dos profissionais, tal cultura vai de encontro aos referenciais de autonomia e direitos das pessoas que precisam de cuidado em saúde mental. Para tanto, os espaços dos programas de residência multiprofissional vem ganhando espaço em Pernambuco, atualmente, já temos 04 programas no estado, sendo dois na Universidade de Pernambuco, um no campus Recife e outro em Garanhuns, outro organizado pela Prefeitura Municipal da cidade do Recife, através da gerência de saúde mental do município e outro coordenado pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

No caso do programa da residência multiprofissional em saúde mental da UPE, campus Recife, de acordo com seu projeto político pedagógico, o programa tem como objetivo especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar de forma interdisciplinar, crítica e propositiva no âmbito técnico, ético e político na rede de saúde mental, assegurando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Em culminância com a efervescência do movimento da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, também encontramos na mesma época, em meados da década de 70, um diálogo entre a educação popular e a saúde, quando se busca a criação de um terreno para novas abordagens metodológicas nas práticas de educação popular em saúde, especialmente baseados na proposta de Paulo Freire. A participação das profissionais da saúde nas experiências de educação popular trouxe para o setor saúde um rompimento com a tradição autoritária e normatizadora das políticas e ações em saúde. Com o aprofundamento dessa discussão e das articulações dos movimentos de educação popular no país e na área de saúde, é criado, em 2004, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) (SEVERO, CUNHA, ROS, 2007). A ANEPS tem como propósito articular e

apoiar os movimentos e práticas de educação popular em saúde a fim de qualificar suas práticas, desenvolver processos formativos e reflexivos a partir da práxis e construir referências para a formulação de políticas públicas (PEDROSA *et al.*, 2014).

Em Recife/Pernambuco, a educação popular em saúde tem se constituído como um referencial teórico e metodológico para as ações de saúde desde 2001, quando foi elaborada a Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde e a criação dos Núcleos de Cultura e Educação Popular em Saúde (AMORIM, 2010). Em Recife, educadoras/es populares constroem o núcleo da ANEPS Pernambucano e tem como seu guia de trabalho os princípios da PNEPS.

Após lançado o convite, recebemos 11 inscrições pelo e-mail de pessoas que tiveram acesso pelo WhatsApp, algumas outras confirmações por mensagem e nos contatos pessoais que fizemos nas reuniões dos espaços citados acima. No dia 11 de setembro de 2019, tivemos o primeiro encontro desse estudo, no qual, participaram 20 pessoas, entre profissionais, usuárias e usuários da RAPS, residentes de saúde mental e de saúde coletiva, militantes da luta antimanicomial, contando conosco.

Nesse primeiro encontro, inicialmente fizemos uma apresentação individual e após nos conhecermos, apresentamos a proposta da pesquisa, com explicação sobre a investigação temática e a questão que trazíamos conosco: *Como as práticas de reabilitação psicossocial da RAPS produzem autonomia? Como a educação popular de Paulo Freire pode nos ajudar?* Em seguida, questionamos o grupo para saber se essa temática também era de interesse das pessoas que estavam presentes para realizar a investigação. A maioria do grupo respondeu que gostaria de ser sujeito também dessa pesquisa, e deste primeiro encontro percebemos que já se deu início a leitura da realidade, que será explanada em outro momento. Com o interesse do grupo, apresentamos e lemos juntos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), o qual, 17 pessoas assinaram e concordaram com os termos da pesquisa. Uma das participantes trouxe para a roda que não poderia continuar participando devido a questões de saúde.

Acordamos que nos encontraríamos daquele dia à quinze, no mesmo local e mesmo horário. Durante o período até o próximo encontro, três pessoas entraram em contato conosco para informar que não poderiam continuar na pesquisa, devido a impossibilidade de conciliar horário e outras atribuições da vida, uma também comunicou que não conseguiria, porque morava em outro município a mais de 130km de Recife e isso inviabilizaria a sua participação.

No segundo encontro, compareceram 10 pessoas e uma comunicou que não poderia

estar no dia, mas que continuaria na pesquisa. Nesse dia, conversamos sobre termos um nome, ainda que provisório, para o nosso grupo, colocamos isso com o intuito de que o grupo não ficasse apenas em torno dessa pesquisa, ou do nosso nome, mas de criar uma identidade. Entre ideias, arranjos, poesias, músicas, uma das participantes trouxe o nome Sonhação, que vem de uma publicação do Ministério da Saúde, do ano de 2013, que se chama: “*De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz – Roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção do conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular*”. E foi assim que nos identificamos: Sonhação, um grupo de sonho e de ação.

Para essa pesquisa foram realizados dez encontros do Sonhação, entre os meses de setembro de 2019 à janeiro de 2020, tendo como sujeitos da pesquisa 12 pessoas, contando com nós duas¹⁵. Todos os encontros foram gravados em áudio e transcritos na íntegra.

Importante pontuarmos que os encontros do Sonhação aconteceram no Armazém do Campo Recife. O Armazém do Campo é um espaço fundado e organizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) que tem como proposta provocar diálogo com a sociedade a partir da produção e venda de alimentos agroecológicos (não transgênicos e sem veneno). O espaço funciona com uma loja de produtos orgânicos, uma livraria, um café bar e a universidade popular Gregório Bezerra. A universidade popular se destina a formação dos militantes do campo e da cidade, com propostas de oferecer cursos. Conversamos com umas das trabalhadoras do Armazém do Campo sobre a possibilidade de utilizarmos uma das salas para os encontros do Sonhação, ao qual foi gentilmente cedida, entendemos que esse espaço também cedia a materialização de um sonho e que seria um terreno fértil para os nossos sonhos.

O sonhação ainda segue vivo, se encontrando, semeando, construindo e realizando sonhos.

4.4 AS/OS PARTICIPANTES DO SONHAÇÃO: PESQUISADORAS/ES DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

*“Pois os loucos, os grandes sabedores
Dão ao lúcido a loucura do real
Pra mostrar que o bem intencional
Faz morada em lugar bem diferente
Qualquer cor, qualquer dor é sempre gente
Sugerindo a paixão o seu aval*

¹⁵ Escolhi escrever na primeira pessoa do plural, primeiramente, pela relação de construção horizontal, dialógica e amorosa que eu e ‘minha’ orientadora/educadora construímos nesse estudo, por ter estado junto conosco em todos os encontros do Sonhação e construir juntas a certeza que todos nós somos seres do conhecimento, segundo, porque a partir do momento que viramos sonhação, “saímos da desolada pessoa do singular para transformar-se na primeira e profunda pessoa do plural” (Tiago de Mello)

*A tarefa é não ter nenhum caminho
Pra encontrar o caminho do não ter”
(Zeto)*

Descreveremos as/os 12 participantes do Sonhação, contamos com 07 mulheres e 05 homens, tentaremos aqui contar um pouco das suas histórias, do que foi falado em cada encontro, dos seus sonhos, caminhos e descaminhos. Ao longo do texto vai ser possível conhecer um pouco mais de cada um/a.

A fim de equalizar as relações na saúde mental, entre trabalhadoras/es e usuárias/os, tão marcadas pelas dimensões do poder presentes na lógica manicomial, escolhemos por nos compreender, todas/os as/os participantes, enquanto pesquisadoras/es da reabilitação psicossocial, no sentido de favorecer a busca pelo diálogo freiriano e de pôr em prática o que Freire defende que somos sujeitos do conhecimento e, portanto, “Sou gente. Sei que ignoro e sei que sei. Por isso, tanto posso saber o que ainda não sei como posso saber melhor o que já sei. E saberei tão melhor e mais autenticamente quanto mais eficazmente construa minha autonomia em respeito à dos outros” (FREIRE, 2019, p.92).

A descrição das/os participantes foi construída por mim¹⁶ e validada pelo grupo, a partir das transcrições do primeiro e segundo encontro do Sonhação. No primeiro, cada um/a se apresentou da forma que gostaria e nos contou qual o seu sonho. Já no segundo cada um/a contou um pouco da sua ‘individual’ rede de atenção psicossocial, não a que consta na normativa, mas a que cada um/a sente como espaços que transitou/transita como cuidado em saúde mental. A fim de manter o anonimato das/os participantes da pesquisa, os nomes reais foram substituídos por nomes de mulheres e homens importantes para a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica. Bem como a descrição, os nomes foram escolhidos por mim e validados pelo grupo.

4.4.1 **Rosimeire** é educadora popular em economia solidária e tem como sonho trabalhar menos e viver mais. Conheceu a RAPS, enquanto trabalhadora, quando era residente em saúde mental, conheceu alguns CAPS, como CAPS Infantil, CAPS álcool e outras drogas e CAPS II em que se sentia aprisionada, sem muitas vezes conseguir ajudar, questionava-se como construir práticas de cuidado que coloquem a doença entre parenteses. Revela que sentiu-se, mesmo

¹⁶ Em fevereiro de 2020, em uma das reuniões do Sonhação, que segue para além desse estudo aqui, nós participamos e levamos as descrições de cada um/a para eles/as lerem, analisarem e verificarem se refletia o que eles/as são, se queriam que extraísse alguma informação ou acrescentar algo. Portanto, as descrições abaixo estão todas com o aval dos/as participantes.

em serviços substitutivos, dentro de manicômios.

- 4.4.2 **Ana Marta** é militante da educação popular em saúde, já circulou pela RAPS pelo lado da gestão, da usuária e pela residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental. O que sempre a motivou, há mais de 30 anos, foi o ‘tal’ do Paulo Freire, que mostra a forma como é possível as pessoas construírem conhecimento coletivamente. Tem muito orgulho das agentes comunitárias de saúde que estão levando a educação popular em saúde para tudo que é lugar. Diz que tem muitas situações que a gente vivencia na vida que deixa a gente sem sonhar.
- 4.4.3 **Fernanda** é atriz, trabalhadora e educadora popular na área da saúde. Vem se aproximando de movimentos sociais feministas, pela legalização das drogas e do aborto, também pautando a maternidade solo e a cultura da periferia. Está militando na reconstituição do Movimento de Educadores Populares (MEP) e na ANEPS. Tem como sonho continuar trabalhando com grupos e encontrar pessoas, vêm se interessando por participar de projetos que leve a sociedade para outro patamar.
- 4.4.4 **Ana** é mulher, negra, mãe, terapeuta ocupacional, já trabalhou na RAPS por cinco anos e em instituições que não estão na lógica antimanicomial. Tem o sonho de ver a filha viver em uma sociedade mais justa com todo mundo. Começou a construir sua história de envolvimento com a saúde mental enquanto pessoa da sociedade e depois como estudante da graduação, teve uma formação que foi rica no diálogo com a reforma psiquiátrica, depois como trabalhadora do consultório de rua, no CAPS e também no manicômio judiciário. Se deparou com lógicas diferentes de cuidado e sempre se inquietou, de buscar e construir uma outra coisa, de ver possibilidades, de quebrar barreiras, barreiras atitudinais.
- 4.4.5 **Estamira** é assistente social, residente de saúde mental da Universidade de Pernambuco, tem como sonho ver as pessoas felizes e aceitas do jeito que são. Traz consigo as oportunidades da vida que fizeram com que ela conhecesse a RAPS, desde a universidade, que foi um mundo e abriu portas e possibilidades

de repensar seu lugar no mundo e se reconhecer da classe trabalhadora. Se aproximou do CAPS ainda como estagiária e se identificou com a saúde mental. Atualmente, como residente já passou em diversos serviços da RAPS. Defende a liberdade, acredita na possibilidade de ver o potencial das pessoas e tem cuidado para não cair no fatalismo, no caminho só do que tá ruim. Se reconhece e reconhece os outros como sujeitos históricos, como seres de relações e que pra tá nesse mundo é para se colocar como sujeito e construir formar de estar!

- 4.4.6 **Helisleide** fundou o Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades, em 2004, é da luta antimanicomial, trabalha como técnica de enfermagem e se cuida no CAPS. Tem como sonho que Deus dê saúde e equilíbrio para continuar tocando a vida e que as coisas fluam com muito amor e paz. Ama desde criança desenhar a natureza, também tem o sonho de ter seu cavalete, tintas e de explorar as árvores. Em 2003, surtou pela primeira vez e foi para o CAPS, tinha medo de ficar em hospital psiquiátrico. Diz que naquela época o tratamento no CAPS era muito humanizado, que vivia com um caderno para aprender tudo, “aprender a me libertar”, relembra que na alta tinha oportunidade de fazer curso de culinária, cabelereiro, depilação, o quanto foi ressignificante em sua vida as oportunidades do CAPS. Lamenta que hoje mudou muito e que os serviços estão muito sucateados.
- 4.4.7 **Nise** faz mestrado em saúde pública e tenta pensar a construção de outro saber que não seja apenas acadêmico e dentro de 04 paredes. Tem como sonho conhecer Paulo Freire, mas como nessa vida não é mais possível, deseja continuar estudando ele para a sua prática enquanto profissional da saúde. É militante da luta antimanicomial. Conheceu a RAPS enquanto residente de saúde mental. Quando fez estágio no CAPS sentia que era um espaço de muita potencialidade, mas também de muito enclausuramento e de grades. Reconhece como espaço muito importante para a rede as iniciativas de geração de trabalho e renda. Trabalhou em um manicômio e foi quando, mais ainda, compreendeu que esse nunca vai ser um espaço de cuidado. Acredita como caminho para desconstruir os manicômios mentais é o diálogo, a democracia e a construção de outras relações.

- 4.4.8 **David** é militante do núcleo estadual de luta antimanicomial libertando subjetividades, da RENILA, conselheiro do conselho de drogas e faz parte do movimento da população em situação de rua. Como ele mesmo diz: “sou antimanicomial até os ossos”, vive a militância no cotidiano e é por isso que acorda todos os dias, é onde se sente completo, onde se encontrou e se reencontrou. Tem como sonho que todos tenham igualdade. Já passou por manicômio e não gosta de lembrar e foi a partir dessa experiência que passou a dar valor à liberdade. Acredita que a gente nasceu para ver as plantas, ver o rio, tomar banho de riacho. Também acredita no amor. Defende que a RAPS, os movimentos sociais lhe tiraram desse contexto que impõe coisas contra a sua vontade e pede que não tentem lhe fazer uma pessoa normal!
- 4.4.9 **Ernesto** é usuário, filho e defensor da RAPS, passou 19 anos da vida fazendo uso abusivo de drogas e 12 anos nas ruas, que foram fases, mas trouxeram muitas coisas para que hoje consiga viver outras coisas. Diz que já passou por Comunidade Terapêutica, mas que isso é uma longa conversa, e que tentou levar para lá o conhecimento que tinha sobre a RAPS. Defende que graças a RAPS e ao movimento da luta antimanicomial, que libertaram sua subjetividade, ele é tudo o que é hoje, é conselheiro, faz parte da associação de usuários, da luta antimanicomial, movimento da população em situação de rua. Tem como sonho “fazer o bem, sempre o bem”. No CAPS foi onde passou a ser crítico de si mesmo e a se conhecer.
- 4.4.10 **Antônio** é morador de rua, mas, atualmente, está abrigado no Programa Atitude¹⁷ e faz tratamento no CAPSad. Pelo histórico de sua vida, de fazer uso abusivo de drogas, chegou a esquecer dos sonhos e o que lhe incentivou a voltar a sonhar foi participar dos movimentos sociais: do núcleo estadual da luta antimanicomial libertando subjetividades, do movimento da população em situação de rua, ser conselheiro do conselho sobre drogas. Sabe que vivemos em uma sociedade perversa, mas o importante é que se não deu certo ainda, é porque não chegou ao fim. Hoje tem o sonho de reconstruir sua vida. Já passou

¹⁷ O Programa Atitude é de atenção integral aos usuários de drogas e seus familiares. Foi criado, em setembro de 2011, como elemento central da política sobre drogas do estado de Pernambuco. É gerenciado pela Secretaria de Políticas de Prevenção a Violências e as Drogas.

por muitas comunidades terapêuticas e se sentia aprisionado e sem liberdade, tem uma mágoa de comunidades terapêuticas e hoje diz que elas só querem três coisas dele: “uma é meu voto e esse é secreto, outra é meu dinheiro, e esse é quase nada, ou então minha liberdade e isso é inegociável”. Atualmente, espera que consiga ter a sua casa.

4.4.11 **Marcus** é militante do núcleo estadual de luta antimanicomial libertando subjetividades, da RENILA, da associação de usuários e do movimento despatologiza. Tem o sonho de ir pra Disney e outros sonhos também, mas prefere não contar! Luta por uma sociedade sem manicômios! Já passou por manicômios e relembra que passou muitas datas comemorativas lá, inclusive seu aniversário. Tem lembranças afetivas da casa que morou enquanto criança.

4.4.12 **Franco** é usuário do CAPS, militante da luta antimanicomial e gosta muito de puxar o coro: “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais!”. Diz que destruíram seus sonhos, mas não seus objetivos e que tem como objetivo viver a vida intensamente, que precisa de amor e que está disposto a dar a vida pela luta antimanicomial. Acredita em Deus. Mora sozinho em sua casa alugada e recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), sabe que esse dinheiro foi lhe dado a custo de muito sofrimento por tantas histórias de internamento em manicômios. Ao falar dos hospitais, se emociona e revela: “isso aqui é muito forte, mas eu sou mais forte que isso aqui...”.

Em nossas análises as possíveis explicações para a adesão das/os participantes à pesquisa foram: em sua maioria são militantes de movimentos sociais e compreenderam aquele espaço também como lugar de militância; o interesse em conhecer e aprofundar sobre o referencial de Paulo Freire; o vínculo e a relação de confiança que muitas já estabeleciam conosco em espaços anteriores ao da pesquisa; o desejo de construir uma ação, de algo que seja, verdadeiramente, paupável para a rede de atenção psicossocial.

Compreendemos que seria importante contar um pouco sobre a vida e os caminhos percorridos de cada um/a que participou da pesquisa, trazendo a loucura do real e confirmando que somos grandes sabedoras/es. A partir dessas descrições, e dos encontros, nos identificamos, nos reconhecemos e nos firmamos enquanto grupo de sujeitos que desejam

pensar e construir, coletivamente, um saber no cuidado antimanicomial que produza autonomia. Carregamos cada um/a nossa história de vida e partimos para pensar essa realidade que nos liga, que nos une, que faz ponte entre nós. Nos percebemos enquanto pesquisadoras/es da reabilitação psicossocial, trazendo nosso campo de vivência, quebrando a aresta entre saberes e exercendo o diálogo freiriano.

4.5 OS ENCONTROS-CONSTRUÇÃO DO REFLETIR, DO ANALISAR, DO SONHAR E DA AÇÃO

Os encontros do sonhação tiveram como objetivo: buscar compreender as práticas de reabilitação psicossocial, seus principais obstáculos, desafios, limites; entender como essas práticas produzem autonomia; identificar as contribuições da pedagogia de Paulo Freire; fazer uma tentativa de buscar outro nome possível para a reabilitação psicossocial.

As vivências de cada participante foram ponto de partida para o desenvolvimento dos encontros. As suas vivências permeadas de sensações, emoções, obstáculos, possibilidades, frustrações, inquietações e contradições. A partir da troca dessas vivências começamos a delinear novos olhares, a percebermos que compartilhávamos de muitas percepções em comum da realidade e construir possibilidades de superação.

Nos primeiros encontros preparamos roteiros semanais com intuito de não perder de vista os objetivos da pesquisa, o que compreendemos ter sido fundamental, nesse primeiro momento, para distribuição das atividades de acordo com o tempo e nas decisões de recursos e estratégias que facilitassem o diálogo. Os roteiros¹⁸ foram guias, moldáveis e abertos aos improvisos e a construção coletiva, tinham como objetivo facilitar o processo de leitura da realidade, de levantamento das nossas situações-limites com relação à reabilitação psicossocial e a construção de autonomia.

Após o primeiro encontro de apresentação de cada um/a e da proposta, seguimos para o segundo encontro com o grupo formado e com o entendimento: seríamos parceiras/os na construção do conhecimento. Neste encontro, propomos a construção da nossa rede de atenção psicossocial, não a preconizada na normativa da RAPS, mas a que sentimos que é a nossa rede, de pontos, serviços, lugares que já passamos/utilizamos, ou que ainda estamos e como dito, anteriormente, foi nesse dia que construímos o nome do nosso coletivo. Como forma de construir relações mais horizontais de que todas/os se sentissem protagonistas

¹⁸ Um dos roteiros utilizados encontra-se no Apêndice 3, a título de exemplo.

daquele espaço, propomos que a cada encontro uma pessoa nos ajudasse a coordenar e construir o próximo e assim aconteceu.

Do segundo para o terceiro encontro, decidimos encenar uma situação-problema de alguma prática, uma vivência em que trouxesse pontos do que estávamos discutindo: do cuidado em saúde mental, da construção de autonomia. No terceiro, David, participante do Sonhação, trouxe uma situação que ele vivenciou, compartilhou com uma parte do grupo, em que se organizaram, ensaiaram e dramatizaram a situação, a partir dela discutimos várias contradições, conflitos da nossa realidade. Nesse mesmo encontro já surgiu uma proposta de ação, guardamos essa ideia conosco e na necessidade de fazermos a leitura da realidade.¹⁹

A partir desse encontro, pensamos na estratégia de ter uma “encomenda” para casa, no sentido, de que na semana que não nos encontrássemos (já que os encontros aconteceram quinzenalmente) ainda continuássemos refletindo sobre a realidade. Portanto, do terceiro para o quarto encontro ficamos, como encomenda para casa, a leitura do texto Pacientes Impacientes, que encontra-se no Caderno de Educação Popular em Saúde I, é um texto em que Ricardo Ceccim sistematiza uma fala de Paulo Freire para pessoas envolvidas com a educação popular. Pensamos na leitura desse texto como forma de ajudar na reflexão de hipóteses para as situações-limites levantadas na leitura da realidade e começarmos a pensar na construção da análise crítica da realidade. Foram formadas duplas em que ficaram responsáveis pela leitura de uma parte do texto e apresentação das principais ideias para o grupo.

No quarto encontro nos dedicamos a leitura do texto Pacientes Impacientes, nos deparamos com várias palavras desconhecidas por nós e construímos o nosso dicionário²⁰. Foi o encontro de todo o grupo com algumas das ideias de Paulo Freire e os primeiros passos na reflexão de como seu pensamento pode contribuir para a reabilitação psicossocial. Percebemos juntas/os que já havíamos levantado várias situações-limites da reabilitação psicossocial, que foram sistematizadas ao longo dos encontros através da ferramenta do Mosaico (que será descrito abaixo), mas, ainda, sentíamos necessidade de compreender, de fato, o que é a reabilitação psicossocial. Diante disso, ficamos como encomenda para casa pensarmos sobre isso.

No quinto encontro, começamos discutindo um pouco sobre o que é a reabilitação psicossocial e o que é autonomia, estávamos inquietos com isso, também com o nome reabilitação. Entendemos que precisávamos dar início a análise crítica da realidade, encontrar

¹⁹ Sobre isso explanaremos na sessão dos resultados e discussão.

²⁰ Conferir Apêndice 5.

caminhos para as situações-limites que levantamos, nós tínhamos como desejo lermos juntas/os o livro *Pedagogia da Autonomia*, ao entendermos como um referencial teórico-prático que pode subsidiar as práticas de cuidado em saúde mental. Entretanto, não queríamos impor a leitura e que isso não fosse desejo de todas/os, provocadas pela leitura do texto *Pacientes Impacientes*, o grupo trouxe o desejo que nós aprofundássemos nos pressupostos da pedagogia Paulo Freire. Portanto, decidimos ler o *Pedagogia da Autonomia*, como caminho de leitura e discussão, dividimos os capítulos por encontros, e os tópicos de cada capítulo por pessoa. Cada um/a ficava responsável pela leitura do tópico e de apresentar as ideias centrais no encontro.

Seguimos com a leitura do *Pedagogia da Autonomia* no sexto, sétimo e no oitavo encontro. No sexto, discutimos juntas/os um cronograma de atividades do sonhação, visto que estávamos nos aproximando do mês de dezembro, e como trata-se de um mês com muitas festividades, compreendemos que precisaríamos desse planejamento.

Como dito, surgiu ao longo dos encontros propostas de ação, assim como, as situações-limites levantadas também tinham como sujeito os/as próprios/as participantes do Sonhação, entendendo que alguns/algumas vivenciam processos de reabilitação psicossocial em serviços da RAPS. Portanto, nós nos entendemos como pesquisadoras/es da reabilitação psicossocial, querendo compreender o que de fato é esse processo e como promover autonomia, e algumas/alguns participantes viviam, naquele momento, essas contradições elencadas. Analisávamos um processo ‘macro’ de uma realidade que todas/os nós participávamos, protagonizávamos e no ‘micro’ algumas/alguns de nós precisávamos da ação, de superar as contradições²¹.

Diante disso, no nosso 9º encontro decidimos realizar uma oficina de Projeto de Vida e uma avaliação do Sonhação até aquele momento, assim como, elaborarmos, agora sim, uma proposta de ação. No 10º encontro iniciamos a construção da nossa proposição coletiva considerando as análises e os novos saberes construídos na análise crítica da realidade.

Como colocado anteriormente todos os encontros seguiram no ‘formato’ dos círculos de investigação temática, seguindo a dinâmica de problematização-codificação-descodificação. Para tanto, utilizamos de algumas ferramentas para construção do conhecimento e que foram importantes para seguir na dinâmica proposta por Freire (2005; 2011). A seguir apresentaremos as ferramentas:

²¹ Analisaremos com mais profundidade essas questões na sessão dos resultados e discussão.

- **Mosaico**²²: é uma ferramenta para o trabalho educativo que ajuda a sistematizar as ideias levantadas durante os encontros através do uso de tarjetas (Viana, Santos, Sobel, 2018). Fixamos os temas geradores da pesquisa: Reabilitação Psicossocial; Autonomia e Educação Popular. A cada vez que debatíamos eram coladas tarjetas nas quais anotávamos o novo saber referente a essas palavras.
- **Tarjetas com falas significativas**²³: a cada encontro a partir da transcrição dos áudios, nós selecionávamos as principais falas que apresentavam as contradições referentes a realidade que analisávamos e apresentávamos ao grupo, a partir dessas falas também discutíamos as palavras para colocar nas tarjetas e no mosaico.
- **Produções artísticas**²⁴: vivenciamos uma situação-problema através do uso da dramatização, assim como utilizamos de desenhos para construção da nossa rede de atenção psicossocial.
- **Dicionário Sonhação**²⁵: como realizamos leitura de textos e livros sentimos a necessidade de construir o nosso próprio dicionário para acessarmos a qualquer momento durante os encontros. Anotávamos as palavras e a partir das transcrições, colocamos os significados através das próprias falas que surgiam na discussão sobre as palavras.
- **Trama Conceitual**: proposto pela Cátedra Paulo Freire da PUC-SP. Consiste em uma explicação esquemática das articulações possíveis entre um conceito central como ponto de partida para a reflexão, relacionando outros conceitos a esse central (SAUL; SAUL, 2013)²⁶.

Para facilitar a apreensão dos encontros, do que foi realizado em cada um e das ferramentas utilizadas, construímos uma sistematização apresentada no Quadro 1:

²² A imagem pode ser conferida na sessão de resultados e discussão.

²³ Ver apêndice 4.

²⁴ A imagem pode ser conferida na sessão de resultados e discussão.

²⁵ Ver apêndice 5.

²⁶ Explanaremos mais sobre a trama conceitual quando formos apresentá-la na sessão dos resultados e discussão.

Quadro 1 – Sequência Metodológica da Investigação Temática do Sonhação

Momento	Objetivo	Encontro	Quantidade de participantes	Atividade	Ferramentas para construção do conhecimento
Leitura da Realidade	- Problematizar a prática da reabilitação psicossocial e a construção de autonomia, identificando contradições, situações-limites -Emergir temática significativa	1º	20	- Recorte da realidade que vamos analisar	- Tarjetas com descrição dos momentos da investigação temática
		2º	10	- Construção da rede de atenção psicossocial do Sonhação	-Mosaico -Tarjetas com falas significativas - Desenhos da rede
		3º	10	- Discussão de situação-problema vivida por uma participante	- Dramatização -Mosaico -Tarjetas com falas significativas
		4º	11	- Leitura do Texto Pacientes Impacientes	-Mosaico -Tarjetas com falas significativas - Dicionário Sonhação
		5º	9	- Sistematização Leitura da Realidade - Emergir temática significativa	- Mosaico - Dicionário Sonhação
Análise Crítica da Realidade	- Analisar a razão de ser das situações-limites com ajuda de novos aportes teóricos-práticos que possibilitem superar o conhecimento	6º	8	-Leitura Capítulo 1 do livro Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire	- Dicionário Sonhação - Tarjetas com falas significativas - Trama Conceitual
		7º	8	-Leitura Capítulo 2 do livro Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire	
		8º	7	-Leitura Capítulo 3 do livro Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire	
Elaboração de Proposta de Ação	- Proposição coletiva e dialógica de ações com perspectiva de superar as contradições	9º	10	- Oficina de Projeto de Vida - Avali(ação) - Plano de Ação	- Instrumentais do projeto de vida e da avaliação - Cronograma de Ação
		10º	8	- Construção de proposta de ação	

Fonte: a autora (2020)

Os passos da investigação temática, caracterizados no item 4.2., serviram de norte para a construção dos encontros, entretanto, compreendemos que muitas vezes em vez de

seguirmos um caminho reto entre as três estações metodológicas, estávamos em círculos em cada encontro, as estações tinham pontes que íamos e voltávamos a qualquer momento, a qualquer encontro. A fim de organizar os dados e facilitar a compreensão e análise, fizemos uma divisão dos três momentos da investigação, fomos alocando o que analisamos que seria de cada um e a partir disso construímos os resultados dessa pesquisa.

Vale ressaltar que ao pensarmos na proposta da formação do grupo não decidimos, a priori, a quantidade de encontros, assim como, a quantidade para cada momento da investigação temática. Nos propusemos a construir coletivamente com o grupo e sentir a medida que fôssemos caminhando para cada momento. Sabíamos que em algum momento os dados para esse estudo já estariam possíveis de construir uma análise e de responder a pergunta-problema ao qual nos propusemos, mas não tínhamos intenção de que o Sonhação parasse no momento em que ‘terminasse’ a pesquisa do mestrado. Essa nossa intenção foi sendo construída ao longo dos encontros e a partir do vínculo com as/os participantes, parte também do desejo de que todas/os fossem, de fato, sujeitos da pesquisa, e que o Sonhação pudesse ser um grupo que faz essa ponte entre o cuidado em saúde mental e a pedagogia freireana.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS CONSTRUÍDOS

A produção dos dados para essa pesquisa aconteceu através da gravação de áudio de todos os 10 encontros do Sonhação, os áudios foram transcritos na íntegra. Além disso, foi utilizado o recurso do diário de campo para registro de impressões durante a participação dos encontros.

Os dados construídos durante os 10 encontros do sonhação foram analisados conjuntamente com as/os participantes durante os próprios encontros, na dinâmica de problematização-codificação-descodificação. Acreditamos que o uso das ferramentas de construção do conhecimento foi importante para a sistematização dos dados. Dessa forma, o procedimento de análise de dados produzidos teve como referência os momentos da metodologia da investigação temática.

No momento de aprofundamento da análise e escrita da dissertação sentimos a necessidade de uma abordagem que nos ajudasse a categorizar os resultados e fazer articulação com o referencial teórico. Destarte, nos baseamos na abordagem da hermenêutica-dialética proposta por Minayo (2014). A autora parte da necessidade de compreender o sentido das falas dos sujeitos, considerando as contradições, ante ao contexto histórico onde e

pelo qual foi produzida. Portanto, considera os aspectos extradiscursivos que constituem o espaço sociopolítico-econômico, cultura e relacional onde o discurso circula (MINAYO, 2014).

A técnica de análise hermenêutico-dialética preserva da hermenêutica a possibilidade de compreensão dos sentidos em que os sujeitos elaboram em seus discursos, esta compreensão combinada às contradições que os constituem, e ao seu contexto social e histórico, por meio da lógica dialética (MINAYO, 2014).

Para realização da análise, a autora aponta dois níveis de interpretação que precisam ser realizados. O primeiro aponta para consideração do contexto sócio-histórico do grupo em questão, também ressalta que todo elemento do objeto de estudo apresenta relação com esse contexto, seja de forma objetiva, direta, complementar ou institucionalizada (MINAYO, 2014).

O segundo nível de interpretação baseia-se no encontro que realizamos com os fatos surgidos, com os dados empíricos, da investigação, através da identificação de sentidos, de lógica interna, projeções e interpretações. É importante contemplar as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, falas sobre as instituições, a observação de cerimônias e rituais (MINAYO, 2014).

Para a interpretação, é importante que sejam criadas *categorias analíticas*, criadas desde o início da investigação; anteriormente à coleta de dados, e *categorias empíricas e operacionais*, criadas a partir do material colhido no campo. A partir dos dados colhidos, considera-se o retorno aos fundamentos teóricos utilizados previamente, para construção de uma nova aproximação com o objeto, levantando novas dúvidas, ideias e questionamentos e se obter uma nova perspectiva sobre o tema (MINAYO, 2014).

Para a operacionalização da proposta, Minayo (2014), apresenta três passos:

1. Ordenação dos Dados: mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, constituir o corpus da pesquisa;
2. Classificação dos Dados: importante destacar que o dado não existe por si só, ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica. Através de leitura exaustiva e repetitiva dos materiais obtidos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante, com base no que é relevante, estabelece as categorias empíricas. Bem como, leitura transversal de cada subconjunto;
3. Análise Final: esta etapa ocorre a partir de um fluxo circular, ao estabelecer articulações entre os dados (categorias empíricas) e os referenciais teóricos (categorias teóricas) da pesquisa. Assim, promove-se articulação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Dessa forma, dividimos os resultados com base nos três momentos da investigação temática (leitura da realidade, análise crítica da realidade e elaboração de proposta de ação) e em cada momento levantamos categorias empíricas, a partir também das construções feitas nos encontros do Sonhação, essas categorias serão descritas na próxima sessão, e dialogadas com as categorias teóricas já apresentadas no referencial teórico desse trabalho.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para realização deste estudo seguimos as normas da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência. Portanto, por tratar-se de uma pesquisa que envolveu seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, sendo aprovado e dispendo de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº: 17398619.5.0000.5190. Todas/os as/os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dando ciência sobre o objetivo da pesquisa, o método a ser utilizado, os riscos e benefícios em participar deste estudo, bem como a garantia de sigilo e anonimato de sua identidade. Ademais, foram informados/as sobre a possibilidade de desistência de participar da pesquisa a qualquer momento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: A PRÁTICA DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

“Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular.

Escutar é complicado e sutil (...)

É chegado o momento, não temos mais o que esperar. Ouçamos o humano que habita em cada um de nós e clama pela nossa humanidade, pela nossa solidariedade, que teima em nos falar e nos fazer ver o outro que dá sentido e é a razão do nosso existir, sem o qual não somos e jamais seremos humanos na expressão da palavra”.

Rubem Alves

Como já mencionado anteriormente os resultados dessa pesquisa serão apresentados a partir dos três momentos que caracterizam a investigação temática, refletindo o seu movimento dialético de ação-reflexão-ação que norteará a análise dos resultados produzidos. Para descrição e análise dos dados levantados em cada momento, procuramos desvelar os entraves suscitados pelas/os pesquisadoras/es do Sonhação sobre o processo de reabilitação psicossocial com vista à construção de autonomia, bem como, as possibilidades de superação desses entraves.

Vale destacar que a seleção dos dados incluídas em cada momento da investigação temática derivou da sequência de encontros do Sonhação, mas que não trata-se de algo estático, ou rígido, estabelecemos as aproximações de acordo com as particularidades de cada momento. Na sequência dos encontros encontramos os momentos, às vezes, seguindo uma linha reta, entre a leitura da realidade, a análise crítica e a elaboração de proposta de ação, assim como, em outros encontros podemos caminhar pelos três momentos da investigação temática.

Apresentada a investigação temática, sem demarcação de quantos encontros para cada momento, seguimos o fluxo do tempo do coletivo e de cada um/a, compreendendo que tínhamos algo em mãos, não poderíamos apenas ficar no verbalismo, ou só no ativismo, precisávamos dialeticamente pensar e agir sobre essa realidade em que nos propomos a imergir - para emergir e se inserir.

5.1 LEITURA DA REALIDADE

O momento da leitura da realidade teve como objetivo problematizar a prática da reabilitação psicossocial, problematizar essa realidade: as práticas vêm produzindo autonomia? Qual autonomia? E dessa forma compreender os principais obstáculos que se

interpõem a construção de autonomia na reabilitação psicossocial com vista a sua superação.

Os cinco primeiros encontros do Sonhação entendemos como característicos da leitura da realidade. Foram utilizadas algumas das ferramentas de construção do conhecimento para atingirmos o objetivo proposto para esse momento, como o moisaco, a dramatização, tarjetas com falas significativas, desenhos da rede.

Os encontros eram sempre iniciados com um momento de acolhida, com objetivo de saber como foi a semana de cada um/a, como estavam se sentindo, compartilhar o que fosse significativo. Assim como, era um momento da leitura de uma poesia, de um texto, de cantar música, de aquecer o corpo para a chegada naquele espaço. Os encontros sempre aconteciam em roda, cadeiras dispostas em círculo, seguindo a tradição do trabalho educativo em círculo, desenvolvido nas práticas educativas de Paulo Freire.

Como ritual para começo e fim do círculo era a preparação da nossa mandala (Figura 3) no centro da roda, onde deixávamos sempre a mostra a nossa pergunta problema, os livros como nossa fonte de inspiração, óleos essenciais para acolher e/ou concentrar a disposição, hidrocores, papéis e tarjetas (tanto para construção do nosso mosaico, como para quando precisássemos escrever algo).

Figura 3 – Mandala do Sonhação



Fonte: a autora

Toda essa forma de chegada, de início, de um ritual não combinado ou programado, ensejava a liberdade de expressão e de aquecimento para o diálogo, mas, principalmente, a

criação de vínculos afetivos e de confiança, para nos reconhecermos enquanto pares, pesquisadoras/es, transformadoras da realidade. Acreditamos que toda essa ‘rotina’ foi importante para a constituição do sonhação enquanto coletivo.

5.1.1 Desvelando nossa rede de atenção psicossocial e o chão do qual partimos e caminhamos

Nos primeiros encontros nos preocupamos em conhecer as expectativas e os desejos para a pesquisa, assim como, compreendermos o que nos unia, de qual chão partíamos para analisar a realidade. Ao colocarmos o que nos inquietava, nos preocupamos em saber se inquietava o coletivo também, partíamos das seguintes perguntas-problemas como as práticas de reabilitação psicossocial produzem autonomia? Que autonomia? A educação popular de Paulo Freire pode ajudar? Como apresentamos no primeiro encontro:

A gente parte de uma ideia que há dificuldades em se gerar uma reabilitação psicossocial com autonomia na RAPS, e a gente parte de uma ideia que a educação popular usada trabalhada, conhecida, incorporada poderia potencializar a reabilitação psicossocial (...) a reabilitação psicossocial que ocorre na RAPS, se essa reabilitação consegue gerar autonomia, você ter sua casa, ter seu próprio emprego, e se a chamada, que falamos aqui na apresentação, se a educação popular pode ajudar, tem ajudado. A gente quer chegar, assim, num estudo propriamente dito de uma construção que vai ser de todos, que responda a essa pergunta: como fazer reabilitação psicossocial na RAPS. E na verdade não só responder o como fazer, mas fazer uma que consiga buscar autonomia (Ana Marta).²⁷

As/os participantes presentes no primeiro encontro se sentiam inquietadas/os por essas perguntas, algumas/alguns vivenciam na pele as situações-limites diante desse tema²⁸, em seus processos de reabilitação psicossocial. Como Antônio trás a sua angústia e esperança ao falarmos sobre a construção de autonomia:

É a primeira vez que eu venho pra uma reunião e eu sinto angústia sabe? Mas hoje assim a temática sobre autonomia do usuário, que é isso que eu tô vivendo agora, a palavra foi direcionada pra mim, eu passei por comunidade terapêutica, é mais ou menos isso que tô vivendo lá no Atitude. Eu vim hoje no ônibus decidido a não pensar no amanhã, porque eu tô lá no programa, e o programa são 06 meses e eu já bati esses 06 meses já, porque pensar no amanhã onde vou estar, se vou voltar pras ruas, se vou arrumar a renda pra conseguir esse bendito aluguel social²⁹, que é tão necessário, então é complicado, isso me desorganiza, então eu vim decidido, eu vim pensando isso no ônibus hoje: ‘não, eu não vou pensar, eu vou parar de tá pensando, vou viver o momento que aqui estou’ (...) já foi me dito lá que se eu não conseguir essa renda, não se sabe onde eu vou parar, eu sei, eu vou parar na rua novamente e inclusive foi me dito lá também (...) eu tô passando essa dificuldade, o

²⁷ Os trechos utilizados para ilustrar os resultados foram revisados no sentido de eliminar expressões linguísticas desnecessárias para a compreensão do sentido.

²⁸ Sobre isso ao longo da seção de resultados e discussão iremos discutir e apontar as situações-limites vividas pelos próprios participantes do Sonhação.

²⁹ O aluguel social faz parte de uma das estratégias do Programa Atitude e trata-se de um mecanismo de reinserção social de moradia com uma ou mais pessoas (república), vinculado a trabalho e/ou estudo, e que possui acompanhamento de uma equipe que faz visitas sistemáticas à residência (PERNAMBUCO, 2016).

tema como eu falei, caiu bem, eu me senti incomodado com o tema, assim eu não tenho realmente uma solução, tô disposto a participar, que massa, talvez eu possa construir junto uma solução para essa problemática (Antônio).

Com essa fala de Antônio, identificamos, logo, uma situação-limite existente no nosso grupo, um dos participantes trouxe vivenciar na pele as contradições dos processos de reabilitação psicossocial, não podíamos perder isso de vista, ao longo do texto vamos retomar para essa situação.

Após a constatação que iríamos formar esse grupo para discutir sobre a temática exposta acima, partimos para fazer a leitura crítica dessa realidade, como defendido por Freire (2005, p.121): “a percepção crítica da realidade, que implica um método correto de aproximação do concreto para desvelá-lo. E isto não se impõe.” Para tanto, a partir das problematizações com o uso de codificações (FREIRE, 2005; 2011) fomos identificando a percepção crítica dessa realidade e levantando os principais obstáculos à reabilitação psicossocial. As codificações foram advindas de diversas fontes: dos desenhos para formação da nossa rede de atenção psicossocial, das falas levantadas durante os diálogos, de situações-existenciais vividas pelas/os próprias/os pesquisadoras/es do Sonhação e por dramatização.

Para levantar os obstáculos entendemos que seria importante montarmos qual a rede de atenção psicossocial, qual o chão, que partimos, que vivemos, de qual realidade, para pensar esses obstáculos. A proposta foi a partir dos desenhos levados, e se houvesse desejo de fazer outros desenhos era possível, montarmos a nossa rede do Sonhação, a partir dos serviços que já passamos, vivenciamos seja como usuário/a ou trabalhador/a, e não apenas serviços estruturados, mas espaços, pessoas, objetos, que cada uma acreditava como fazendo parte de uma rede para promover a reabilitação psicossocial.

A Figura 4 representa a rede do Sonhação, a partir da vivência de cada um/a, e, portanto, composta por: casa, manicômio, comunidade terapêutica, território, a rua, a luta antimanicomial, CAPS, universidade, ambulância, o carro dos serviços, projeto de geração de renda.

Figura 4 – Rede do Sonhação



Fonte: a autora

A RAPS preconizada pela normativa da Portaria nº 3.088, de 2011, em sua composição possui sete componentes e cada componente formado por pontos de atenção. Sendo estes: I - Atenção Básica em Saúde (formado por unidade básica de saúde, equipe de atenção básica para populações específicas e centros de convivência); II - Atenção Psicossocial Especializada (formado pelos CAPS nas suas diferentes modalidades); III - Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA 24 horas, sala de estabilização, entre outros); IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório (unidade de acolhimento, serviços de atenção em regime residencial, entre os quais comunidade terapêutica); V - Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); VI - Estratégias de Desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos) e VII - Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas) (BRASIL, 2011). São esses serviços garantidos na portaria e essa rede que foi construída por muitas mãos da luta antimanicomial

que serão espaços de disseminação, de construção da reabilitação psicossocial, preconizando os princípios da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, através do cuidado em liberdade, com o horizonte na humanização e autonomia das pessoas com experiência na loucura.

A rede do Sonhação é composta por alguns serviços preconizados pela normativa e outros que tem significado, importância para os processos de reabilitação psicossocial, de acordo com a vivência de cada um/a dos/as pesquisadoras. Ao nos depararmos com a rede do sonhação, nos questionamos de como os serviços compostos da normativa olham para esses outros espaços, pessoas, objetos como parte do processo de cuidado?

A **casa** foi um espaço que apareceu em muitos dos discursos como componente de sua rede. Na proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno (2001), o autor defende que a reabilitação tem muito a ver com a ideia de casa e de morar, morar no sentido de habitar. As funções da reabilitação indicam tanto a conquista concreta (a casa), quanto a ativação de desejos e habilidades ligados ao habitar. Acreditamos no que defende o filósofo Gaston Bachelard (1993, p. 201) ao referir “se nos perguntassem qual o benefício mais precioso da casa, diríamos: a casa abriga o devaneio, a casa protege o sonhador, a casa nos permite sonhar em paz.”

Logo, como olhamos para a casa nos serviços preconizados pela RAPS? Nos processos de reabilitação psicossocial? Os serviços são casas? Como pensamos a relação entre a autonomia e a casa? As discussões sobre a casa, na política de saúde mental, se restringem ao eixo da desinstitucionalização, para serviços residenciais terapêuticos³⁰.

Ao falarmos sobre casa, na rede do Sonhação, apareceu tanto como esse espaço de habitar, de abrigar os sonhos e os desejos, entretanto, também foi apontado o ter uma casa para morar como situação-limite de um dos participantes, em seu processo de reabilitação psicossocial, como podemos ver na seguinte fala:

Hoje me preocupa é o fato da moradia, eu pego essa casinha, é uma casa inacabada, assim eu não sei como vai ser daqui pra frente, eu pego esse caminho que tem esse retão e eu não sei se de fato eu vou voltar para a comunidade terapêutica, ou vou encontrar de fato essa casa aqui, ou o que me vai acontecer (Antônio).

Apesar da luta histórica para que os hospitais psiquiátricos não façam parte da RAPS e pelo movimento da luta antimaniomial ter garantido isso por alguns anos na história do nosso país, o **manicômio** esteve presente na rede do Sonhação. Acreditamos que deve-se ao campo de ambiguidades que esse lugar carrega na vida das/os participantes, tanto por alguns/algumas

³⁰ Serviço residencial terapêutico são serviços que tem como finalidade oferecer suporte de moradia para pessoas que devido a longas internações perderam as referências familiares/comunitárias e necessitam de apoio para constituir nova moradia.

terem ido para esse espaço como única proposta de ‘cuidado’, como algumas que trabalharam.

Ao lembrar do manicômio algumas se emocionaram:

É muito forte, isso aqui é muito forte, mas eu sou mais forte que isso aqui. Essas grades aqui, elas pareciam centenários sabe (...) Mas isso aqui é muito forte, há começar por essa porta de entrada, as janelas era como se fosse o HPP também (Franco).

Eu tinha tanto medo de hospital psiquiátrico, a primeira vez que minha tia me levou pra aquele da Boa Vista, que medo, fingir pra poder não ficar ali internada (...) foi me mostrar o hospital, ô que medo, que local assombroso, misericórdia (Helisleide).

Precisamos novamente lembrar aqui sobre os últimos retrocessos na política de saúde mental brasileira, ao trazer para a RAPS os hospitais psiquiátricos. No ano de 2018 foi realizado uma inspeção nacional em 40 hospitais psiquiátricos, localizados em dezessete estados do país. A inspeção revela a situação alarmante referente a desassistência de atenção à saúde nesses serviços, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O documento aponta que é insustentável afirmar que essas instituições se caracterizam como instituições de saúde, visto que são exclusivamente instituições de privação de liberdade (CFP, 2019).

Dessa forma, não podemos falar em reabilitação psicossocial, sem nos lembrarmos, ou falarmos dos manicômios. Olhar para a nossa história, para refazê-la, como bem alerta Paulo Freire, pensar as práticas de cuidado dentro desse espaço nos faz olhar, refletir e agir nas práticas que queremos construir. Como dois dos participantes do Sonhação afirmam sobre isso e sobre a importância da construção de outra lógica que se pautem no amor, na empatia, no respeito, no diálogo, na democracia (pilares que também fundamentam a pedagogia freireana):

Acredito que será levado, será passado de geração para geração, porque eu não tô vendo esse momento do hoje, já tô vendo o amanhã, ou seja, por um amanhã melhor que hoje, ou seja, é possível a gente mudar aquele sujeito que passou algemado, acorrentado, 20, 30, 40 anos no manicômio, que come com as mãos, que não sabe falar, que parece ter um corpo de homem, mas que tem uma cabeça de 10 anos, 6 anos, que não sabe se vestir, que veste 3 camisas uma dentro da outra, eu já passei e não tenho vergonha de mencionar o meu passado, mas o que eu quero deixar claro aqui nesse momento, é a importância de vocês para com o sujeito, ou seja, o amor que vocês tem, ou seja, era como se vocês estivessem ali naquele papel, naquele quadro, ou porque não daquele teatro, que não tem nada de teatro, mas só quem passou por um manicômio é que sabe na pele como foi, que foi o meu caso, já pensou você passar um natal, um ano novo dentro do manicômio, é horrível, mas estamos aí, vencemos a batalha, estamos de pé e amanhã é um novo dia, dificuldades existem sim, para que possamos superar (Franco).

Por fim, enquanto trabalhadora, eu fui pra um manicômio, que é belíssimo por fora, mas é um terror por dentro, e foi quando eu passei mais ainda a entender que esse nunca vai ser um local para pessoas, ou para pessoas trabalharem, é lugar para nada (...) entendi o manicômio enquanto espaço físico, que é bonito por fora, mas horrível por dentro, e no CAPS consegui compreender esses manicômios mentais. E aí entender que o caminho talvez pra gente desconstruir isso, é o caminho que a gente falou antes: do diálogo, da democracia, de outra

construção de relação (Nise).

Dentro das lembranças do manicômio, a **ambulância** de transporte desse serviço, aparece na memória ‘afetiva’ de um dos participantes, na lembrança de saída desse serviço e o retorno para casa. Esse transporte carrega um significado, trás uma memória que retoma a um lugar que, fundamentalmente, se pauta por práticas de exclusão, de sofrimento, de castigo. Ambulância remete a barulho, a adrenalina, o entre a vida e a morte, e, para quem teve essa vivência, ao manicômio. Como, no cuidado em saúde mental, percebemos o uso de ambulâncias? Como esse veículo pode ser preparado para o cuidado às pessoas com experiência na loucura, que em seus processos de reabilitação psicossocial podem precisar fazer uso dele?

Quando eu vejo essa ambulância, eu me lembro da caravana Chevrolet do HPP, eu cheguei a sair de alta e fui escoltado até em casa, por essa caravana, e eu sou apaixonado por carro (Franco).

Seguindo a linha de instituições de privação de liberdade significadas pelo grupo, as **comunidades terapêuticas** aparecem na rede do sonhação, assim como, na portaria da RAPS (BRASIL, 2011). As autoras Passos e Pereira (2017) apontam a inclusão das comunidades terapêuticas (CT) da RAPS como sério retrocesso para a reforma psiquiátrica brasileira, esses espaços, geralmente, vinculados à gestão religiosa, caminham na contramão dos avanços no campo do cuidado (da reabilitação psicossocial) voltada para as demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas no Brasil. São instituições que tem como principal estratégia de assistência o asilamento e, em muitos casos, a abstinência como condição para o tratamento, sem considerar as reais condições, demandas e particularidades de cada pessoa. Os retrocessos desse direcionamento da RAPS apresentam consequências diretas na vida das pessoas atendidas e no fortalecimento de espaços asilares, os quais, reproduzem relações de opressão.

Dois participantes do sonhação trouxeram sua passagem por CT, como um serviço que precisaram recorrer, mas reconhecem que esses espaços não estão condicentes com o preconizado pelo cuidado antimanicomial. Assim como, um deles traz a tentativa de incorporar o que aprendeu nos serviços substitutivos na CT, mas que a lógica desse serviço não é a mesma preconizada pelos serviços da RAPS: a lógica do cuidado em liberdade.

Eu lembro da CT, caminho que percorria, era tendência que a comunidade terapêutica fugisse do centro urbano e ir pra zona rural, esse caminho me lembra o aprisionamento em CT que não me fez tão bem, morei, eu não tinha o feeling das ruas, eu me refugiava em CT, e eu não pude me adaptar a CT, lá eu não sentia essa liberdade (Antônio).

Aqui é a CT que eu fui fazer, na realidade, um reconhecimento, eu fui só pra conhecer, só que eu tinha opção de ficar e não ficar, mas meu altruísmo não deixou que eu fosse embora, porque eu vi tanto sofrimento, tanta coisa e como eu já tinha esse conhecimento do CAPS eu tentei usar aqui, e consegui, não usei muito, porque

a forma de manipulação deles é muito forte, nas pessoas, mas dei uma contribuição massa (Ernesto).

A partir das experiências dessas instituições, algumas/alguns participantes trouxeram a **luta antimanicomial** como ‘espaço’ importante para a rede de cuidados, de se sentir sujeito, de construir resistência. Pereira (2003), militante da luta antimanicomial, defende, a partir de sua própria história de vida de internações em manicômios, que a luta antimanicomial como movimento social organizado surpreendeu e até salvou vidas. Através de uma construção conjunta, aberta, dinâmica e criativa, entre usuárias/os, familiares e trabalhadoras/es, de permanente invenção e reinvenção da existência, de uma sociedade que seja capaz de lidar melhor com sua própria loucura.

E foi depois do manicômio, do meu reencontro com a liberdade que eu achei esse caminho, um caminho que me trouxe aqui hoje, da luta antimanicomial, da qual eu me completo totalmente, porque me encontrei e me reencontrei (David).

O caminho que encontrei para não surtar foi o movimento social, de conseguir construir um caminho mesmo enquanto trabalhadora, acho que não tem sentido ser trabalhadora da RAPS, e não ser militante da luta antimanicomial (Nise).

A luta é uma categoria história, a luta dos oprimidos se faz para superar as contradições em que se acham. As opressões existem quando se constituem de ato proibitivos do *ser mais* de mulheres e homens (FREIRE, 2005). Diferentemente dos animais, Freire (2015) defende que nós, mulheres e homens, enquanto seres capazes de transformar a vida em existência, nos fazemos aptos a nos engajarmos na luta em busca e em defesa da igualdade de possibilidades pelo fato de nós sermos radicalmente diferentes umas das outras. As pessoas com experiência na loucura sofrem opressões cotidianas que as impedem de *ser mais*, sendo que o engajamento na luta antimanicomial constitui-se como importante caminho para libertar-se das opressões.

Não posso entender os homens as mulheres, a não ser mais do que simplesmente vivendo, histórica, cultural e socialmente existindo, como seres fazedores do seu “caminho” que, ao fazê-lo, se expõem ou se entregam ao “caminho” que estão fazendo e que assim os refaz também (FREIRE, 2015, p.135).

Compreendendo que a rede de cuidados proposta pela luta antimanicomial traz a marca do **território** como princípio, uma participante trouxe a dificuldade quanto ao olhar para o território na proposta de cuidado, de como incluí-lo.

Olhasse para esse espaço que é o território, que é a liberdade das pessoas e eu não conseguia fazer isso em equipe e sentia muito falta de circular junto com as pessoas que a gente se propõe a cuidar no espaço, no território, as famílias (Rosimeire).

Yasui (2010) defende que o cuidado em saúde mental se faz com as pessoas no território, respalda-se, a partir das ideias de Milton Santos, no conceito de território como relacional, “relação que surge dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos, culturais ali produzidos. Modos múltiplos, contíguos, contraditórios” (YASUI, 2010, p. 127). Portanto, o território é espaço em potencial para a

reabilitação psicossocial, no sentido de produção de subjetividades, de criação de novos territórios existenciais e de afirmação de singularidades autônomas. De rompimento com o manicômio, lugar de zero trocas sociais, para o território, lugar de trocas, no qual, a loucura ocupa a cidade.

Os serviços responsáveis pelo cuidado em saúde mental, por promover a reabilitação psicossocial, podem olhar para o território como fonte de recursos existentes e potenciais, tanto humanos, quanto materiais. O território é tudo aquilo que o serviço não é, e com o qual pode entrar em relação através de processos de negação, de paranóia, de busca e, principalmente, de interação/integração (SARACENO, 2001).

Essa perspectiva do território relacional corrobora com que Freire defende da perspectiva dos sujeitos, de seres de relação entre sujeitos e com o mundo, e da pluralidade dessas relações.

A sua pluralidade não é só em face dos diferentes desafios que partem do contexto, mas em face de um mesmo desafio. No jogo constante de suas respostas, altera-se no próprio ato de responder. Organiza-se. Escolhe a melhor resposta. Testa-se. Age. Faz tudo isso com a certeza de quem usa uma ferramenta, com a consciência de quem está diante de algo que o desafia. Nas relações que o homem - e a mulher - estabelece com o mundo há, por isso mesmo, uma pluralidade na própria singularidade. E há também uma nota presente de criticidade (FREIRE, 2018, p.56).

Compreendemos o território como ponto de/para atenção (aqui referindo-se a um espaço, assim como, de estar no horizonte das práticas de cuidados da RAPS) nos processos de reabilitação psicossocial, ratificando o defendido pelos autores citados acima, o território é espaço em potencial para integração dos sujeitos ao contexto, de enraizar nesse território, estar com ele, e a partir disso, ir se libertando, construindo sua autonomia e humanizando esse espaço.

Um participante trouxe a sua vivência em **situação de rua**, como importante para a construção de quem ele é hoje.

E ai eu passei 12 anos nas ruas, foram fases, mas também me trouxeram muitas coisas, muito gabarito, para que hoje eu consiga viver outras coisas aqui (Ernesto).

O CAPS e suas diferentes modalidades apareceram como serviço da rede do Sonhção, citado por algumas/alguns participantes, ele representa um lugar de ambiguidades, tanto de ser um espaço em potencial para a reabilitação psicossocial, como ser também um espaço de reprodução da lógica manicomial, de um cuidado imposto, aprisionador, de tutela.

O CAPS ocupa lugar de referência na transformação do modelo assistencial, de romper com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão de uma rede de cuidados. Trata-se de uma estratégia de produção de cuidados, regidos pela alegria, pela beleza e pelos bons encontros. Cuidado que se pauta no acolhimento, no tecer uma rede que se apropria do território e na produção de sentidos que

potencializam e transformam a vida (YASUI, 2010). Um exemplo dessa potência é o discurso de Ernesto:

Aqui é o CAPS, onde eu comecei a me reencontrar, onde eu trouxe a alegria, comecei a me conhecer, comecei a ser crítico de mim mesmo (Ernesto).

Por outro lado, o CAPS como estratégico para construção dessa rede de cuidados precisa aprender a olhar para o território, se não, ao tentar assumir isoladamente a responsabilidade de dar conta de toda a demanda e complexidade das pessoas com experiência na loucura, pode assumir posturas pretenciosas e autoritárias semelhantes ao hospital psiquiátrico, transformando-se em mais uma *instituição total*. O CAPS não trata-se apenas de um serviço, mas é um espaço para produção de atos de cuidado em rede, com diversidade de estratégias executadas para além da fronteira do serviço, integradas e em associação a outras instituições. Para isso, pressupõe-se um olhar para além da doença, um olhar para as necessidades das pessoas (YASUI, 2010).

Sobre isso do cuidado para o CAPS não reproduzir a mesma lógica de dominação e exclusão, algumas participantes, que tiveram experiência de trabalharem nesse serviço, relataram sentimento de angústia, de sentir aprisionada dentro do CAPS. Esse sentimento denota uma percepção da reprodução de uma lógica manicomial dentro do CAPS, de dominação, de enclausuramento e de limites da própria clínica do cuidado.

A partir disso, veio o CAPS, veio também a angústia e a inquietação, por mais que seja um espaço de cuidado, mas era um espaço que tem muitas barreiras atitudinais, das pessoas reconhecerem esse espaço enquanto espaço de cuidado e que as vezes só enxerga nessa rede, só esse espaço mesmo, como momento, como saúde mental, parece que não pode contar com outros serviços (Ana).

Estágio nos CAPS, apesar de ser um espaço com muita potencialidade, eu vivia enclausurada junto com os usuários ali dentro, de ser um espaço de grade de horário, grade de profissional que é TR, grade disso, grade daquilo (Nise).

Eu fui para o CAPS adulto transtorno, também tinha primeiro andar, já tinha mais portas e janelas, mas, no entanto, eu ainda me sentia aprisionada e tentar realizar algumas ações ou, sobretudo, de fazer trabalho em equipe, pensando que outros profissionais, ou que os outros profissionais junto comigo vissem os usuários como nós, como pessoas, antes de qualquer coisa e colocar a doença entre parênteses, eu não consegui fazer isso em equipe, quando conseguia ou era sozinha, ou com meus colegas residentes (...) Todo empecilho era o carro, não tinha carro para ir pro território, não tinha carro para cuidar das pessoas, não tinha carro, então eu tinha trauma de pensar em trabalhar no CAPS, por conta desse carro que aprisiona as atividades e que me traumatizou. E tudo isso me fez sentir dentro do manicômio, presa, com todas essas grades (Rosimeire).

Por outro lado, a participante Helisleide, que utilizou do CAPS como serviço de cuidado, descrever do quanto este foi um espaço importante para si, para “*aprender a se libertar*”, o que demonstra o potencial do serviços substitutivos de proporcionarem que os sujeitos se engajem em seus processos de busca em direção a sua humanização.

Quando olho aquela casinha, me lembro do CAPS, de 2003 na minha vida, quando

eu surtei a primeira vez, tinha medo de ficar em um hospital (...) Naquela época era muito humano, muito humanizado o tratamento, e eu tinha um problema muito sério, que quando eu tava apresentando muita crise, tinha Kombi que ia me buscar onde eu tava, minha mãe ia me levava pra lá pro CAPS (...) depois eu fiquei no CAPS, eu vivia com um caderno, pra poder aprender tudo, aprender a me libertar, o que eu achei maravilhoso é que na alta a gente tinha oportunidade de fazer curso, curso de culinária, cabelereiro, depilação, eu amei ali as oportunidades, foi muito resignificante na minha vida, que coisa maravilhosa. Mudou muito e tá muito sucateado (Helisleide)

Rosimeire levanta a dificuldade das atividades no território, devido a ausência do carro, **o transporte do serviço**. Já Helisleide ao falar do CAPS relembra que estes ofereciam curso após a alta, o que indica a produção de cuidado através do uso do território, possibilitando encontros e circulação na rede e o uso de recursos existentes. Entretanto, revela o sucateamento que os serviços vêm passando atualmente, o que corrobora com a ausência do carro citado por Rosimeire, e nos indica da fragilidade do cuidado na reabilitação psicossocial devido ao desinvestimento do governo à frente da política de saúde mental, o que agravou e irá agravar ainda mais diante dos retrocessos de mudanças na portaria, com financiamento de hospitais psiquiátricos já citado anteriormente.

Sobre o sucateamento dos serviços da RAPS, as autoras Guimarães e Rosa (2019) levantam que existe uma disputa por modelos e recursos públicos, entre a lógica universal do SUS, pautada no direito e outra privatizante, que vem ganhando força e busca redirecionar os recursos do SUS, remercantilizando os serviços e a atenção em saúde, com tendência de transformar a saúde em mercadoria. Há dificuldades em fazer valer a lógica do cuidado territorial, pois são desafiadas por uma conjuntura política e econômica de desinvestimento no SUS. Portanto, diante do sucateamento de uma política pública de direitos, pautada em uma rede de serviços abertos, comunitárias, territorializados, de valorização de subjetividade e diversidade e de reconhecimento da cidadania de um segmento até então silenciado, as autoras propõem a necessidade da luta por ampliação e garantia do cuidado em liberdade.

Outro serviço que aparece na rede do Sonhação e que também está preconizado na RAPS, no eixo de reabilitação psicossocial, é o **Projeto Geração de Renda**:

Um espaço bem importante que eu passei enquanto residente foi o projeto geração de renda, que apesar dele não gerar renda para as pessoas que estão ali, é um espaço muito potente, de construir outras relações e das pessoas se reconhecerem enquanto sujeito, uma coisa que eu não via no CAPS (...) infelizmente em Pernambuco só temos ele, enquanto serviço de geração de renda da RAPS (Nise).

Em Pernambuco, existe apenas esse projeto dentro das iniciativas de geração de trabalho e renda preconizado pela RAPS. Amarante e Nunes (2018) destacam que as atividades de cultura e as iniciativas de geração de trabalho e renda, mesmo sendo instituídas pela portaria da RAPS, não foram definidos recursos orçamentários para estas, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor

utilizadas, tendo em mente a regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho. Dessa forma, por não ter financiamento para tais iniciativas, em muitos estados não são contempladas, e ainda mais com a publicação da nova portaria da RAPS, Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017, o componente da reabilitação psicossocial sequer é mencionado, já fazendo supor a sua extinção, visto que mesmo antes sendo preconizado pela portaria não havia incentivo financeiro. Como construir processos de reabilitação psicossocial sem pensar na inserção no trabalho?

Ressaltamos que o eixo do trabalho é estruturante para a reabilitação psicossocial proposta por Saraceno (2001), cuja função é a produção de sentido na vida, seja de ordem social, econômica ou afetiva. Destarte, “a garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2007, p. 48). Retomaremos a esse ponto mais à frente nas situações-limites levantadas pelo Sonhação.

Por fim, outro ponto que compõe a rede do Sonhação é a **universidade**, duas participantes trouxeram que foi a partir da formação na universidade que adentraram nos serviços de saúde mental e passaram a refletir sobre a lógica de cuidado pautado pela reforma psiquiátrica.

(...) a universidade, que foi um mundo, a universidade foi um mundo, que me abriu muitas portas e muitas possibilidades de repensar meu lugar nesse mundo (...) e aqui eu me aproximei de um CAPS, como estagiária, bem por acaso mesmo, minhas aproximações com saúde mental, e quis tentar descobrir mais disso, porque me identifiquei e identifico (Estamira).

(...) acho que esse olhar acabou sendo alimentando na própria universidade, com as experiências que a gente, acho que esse estímulo foi o que me levou, da minha graduação, já para essa rede, pra trabalhar com saúde mental (...) tá no CAPS, minha visão de CAPS, da graduação era muito rica de um diálogo que vinha da reforma psiquiátrica (Ana).

Vista a rede do Sonhação, o chão do qual partimos, percebemos que alguns serviços aparecem na RAPS da normativa e outros não. A partir disso, levantamos a reflexão para que os serviços propostos pela RAPS possam olhar também para esses outros espaços levantados pelo Sonhação. No sentido de construir as práticas em reabilitação psicossocial que considerem a gama de relações que cada sujeito constrói e reconstrói, inseridos em uma realidade que está em constante vir a ser.

Acreditamos que para que se consiga olhar para esses outros espaços (do território, da casa, da luta antimanicomial, dos carros do serviço, da universidade) como campos férteis na construção da prática da reabilitação psicossocial, a RAPS precisa estar atenta às práticas assistencialistas. Nesse ponto, buscamos em Freire (2003) que faz uma crítica ao

assistencialismo, a partir dos processos educativos (o que podemos transpor para os processos de reabilitação psicossocial), que não favorecem a experiência democrática na sociedade brasileira.

O assistencialismo praticado pelo antidiálogo, o qual deforma, domestica mulheres e homens, impõe mutismo e passividade, não oferece condições para o desenvolvimento da consciência, que na democracia deverá ser cada vez mais crítica (FREIRE, 2003). O educador defende que o importante é ajudar mulheres e homens a ajudarem-se, a promoverem-se, a assumirem postura conscientemente crítica diante de seus problemas e dos problemas da comunidade. Ao contrário disso, o assistencialismo rouba das mulheres e homens a realização de umas das necessidades fundamentais da alma humana que é a responsabilidade (FREIRE, 2003). Nas palavras do autor: “No assistencialismo não há responsabilidade. Não há decisão. Só há gestos que revelam passividade e “domesticação” do homem e da mulher. Gestos e atitudes” (FREIRE, 2003, p. 16).

Freire vai além ao falar das instituições assistenciais (refere-se às instituições da assistência social, o que podemos estender para as instituições de saúde e dentre estas os serviços da RAPS) que prestam um desserviço à democratização, ao assumirem práticas assistencialistas, tentando resolver os problemas das pessoas que atendem, muitas vezes, sem a sua colaboração, sem consultá-las, a escolher seus espaços de lazer, de trabalho, de trocas sociais, interferem constantemente na vida das pessoas, de cima para baixo, antidemocraticamente (FREIRE, 2003).

Na contramão do assistencialismo, da domesticação, Freire (2003) defende a constituição da escola (analogamente, das instituições assistenciais, dos serviços da RAPS) centrada na comunidade e com o clima da dialogação. Uma escola para Freire (2003, p.92), para nós o CAPS (por exemplo), que seja centrado nas relações, “não se satisfaz em ser ilha”, que seja aberto, dinâmico, flexível, plástico e, por tudo isso, democrático.

Sobre o ser ilha, Saraceno (2019) utiliza o exemplo da história de Robinson Crusóé que ao chegar à Ilha, inicialmente pensou que não havia nada, estava vazia e ao marchar, atravessar a ilha, descobriu que havia água, frutas, pássaros, mulheres e homens. Saraceno transpõe esse exemplo para o CAPS, que o CAPS que está fechado, que não vê, tem uma mirada seca, já o CAPS que está aberto descobre recursos, alianças. O CAPS tem o paradigma da reabilitação psicossocial, como paradigma de referência. A reabilitação é uma visão, um horizonte, não é entretenimento de ‘pacientes’ que pintam, bailam, cantam, fazem esculturas, a reabilitação é a reconstrução da contratualidade social do cidadão, nos três eixos da vida: a casa, habitação, o habitat; a vida social, o intercâmbio, o aprendizado; o eixo do trabalho

(SARACENO, 2019).

E, portanto, para promover a reabilitação psicossocial, Yasui (2010) ratificando o que Freire (2003) defende do cuidado que deve ter os serviços da RAPS (serviços assistenciais) para não correr o risco de tornarem-se assistencialistas, praticar o assistencialismo. Yasui (2010) define as práticas assistencialistas como gestos de caridade que transformam o sujeito em uma pessoa incapaz de suprir suas necessidades mais básicas, em objeto de exercício de ações benfeitoras de seres pretensamente superiores.

Ao buscarmos em Freire (2003) que as práticas assistencialistas não têm em seu cerne o exercício da responsabilidade, da decisão, levantamos a importância do cuidado para que os serviços da RAPS não reproduzam essa lógica, visto que vai de encontro as práticas de produção de autonomia que requer o exercício da tomada de decisão, da responsabilidade e da liberdade e, conseqüentemente, não constroem a reabilitação psicossocial.

Após a construção da rede do sonhação seguimos na dinâmica da problematização-codificação-descodificação proposta por Freire, lançamos mão da ferramenta da dramatização, na qual, foi codificada uma situação existencial, vivida por David, participante do Sonhação, em um serviço em que ele encontrava-se abrigado. A situação segue descrita a seguir:

- Primeira Cena: A situação acontece no Programa Atitude, David encontrava-se abrigado nesse programa. Ao chegar de viagem de Brasília, em que foi junto com o movimento da população em situação de rua, outro usuário do programa o recebe, pergunta como foi a viagem e depois diz pra ele ir descansar. David esqueceu de deixar o celular com o amigo (no programa Atitude é proibido o uso de celular pelas/os usuárias/os) e esquece de deixar um dinheiro também, ele guarda dentro da bolsa e depois vai dormir. Enquanto ele está dormindo, o usuário, que o recebeu, vai em sua bolsa e pega o celular e o dinheiro.

- Segunda Cena: A equipe do Programa Atitude estava reunida, o usuário, que pegou o celular e o dinheiro de David, chega para equipe agradece pelo acolhimento, mas solicita desligamento do programa. A equipe pergunta logo se ele vem tomando remédio e o usuário pede que apressem o desligamento dele, diz que seus vínculos familiares já foram rompidos e que ele pode decidir por ele mesmo. A equipe fica problematizando, questionando se ele quer mesmo sair, e ele assina um termo de responsabilidade por estar saindo do programa e a equipe resume o processo em: “é o jeito né, fazer o quê?!”.

- Terceira Cena: David acorda e vai conferir suas coisas na bolsa, não encontra o celular e vai direto na coordenação conversar com a equipe. Conta o que aconteceu, que estava em Brasília e que esqueceu de deixar o celular e o dinheiro na casa do amigo e foi roubado. A equipe já coloca que ele sabe que não pode entrar com celular ali, David tenta se justificar que chegou bastante cansado e esqueceu, a equipe coloca que ele não está bem e que ele não pode sair, tava com celular dentro da casa, sabia que estava infringindo uma regra, afirma que ele precisa ter mais cuidado e que, por isso, irá passar uma semana dentro da casa, sem poder sair. David traz do outro usuário que pediu desligamento, que ele sabia onde estavam as coisas, que ele tem acesso ao quarto, mas equipe coloca que ele não tem nada a ver, que pediu desligamento.

- Quarta cena: Usuário que pediu desligamento retorna para o Atitude e pede pra equipe rever e dar outra oportunidade pra ele de voltar para o programa. Equipe coloca que a “chefe” que decide e questiona se ali é casa da mãe Joana, que ele sai e entra a hora que quer. Usuário pede novamente oportunidade e que isso nunca mais vai se repetir. Equipe decide que ele pode ficar e pode ser acolhido. Ele diz que está voltando, que saiu só por três dias, e que gostaria de saber se as saídas dele permanecem e a equipe diz que sim.

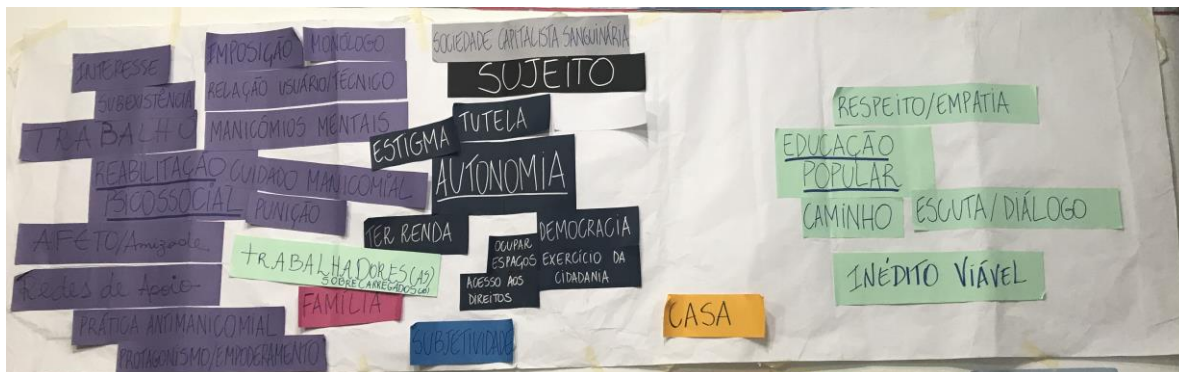
David expressou seu sentimento quanto a vivência dessa situação:

Fiquei na casa trancado durante uma semana, e ele continuou com o cotidiano dele normal, e eu por ter trazido um celular fiquei preso por uma semana na casa, quando chegou no final da semana, eu não vim pra reunião do movimento, não vi meu filho, não vi minha companheira, não vi minha mãe, não fui pro CAPS, nem pro curso que tô fazendo na UNICAP e alegaram que isso é uma forma de cuidado, foi dessa forma de cuidado que eu tive uma recaída (...) pra mim foi uma situação que não me proporcionou nem empoderamento, nem autonomia, esse fato ocorrido dentro da programa (...) uma prática manicomial, porque passar uma semana em Brasília e você vem e passar uma semana trancado, não é coisa boa não (...) eu continuei preso dentro da casa, isso pra mim foi uma situação limite que passei, não sei se vou aguentar não (David).

A partir dessa situação existencial podemos identificar contradições dos serviços responsáveis por favorecer os processos de reabilitação psicossocial que serão abordadas no próximo tópico.

Para sistematização das codificações e descodificações utilizamos da ferramenta do MoisaCo, no qual separamos três temas principais (reabilitação psicossocial, autonomia, educação popular), durante os diálogos codificadores-descodificadores tudo que se referia a cada um desses temas colocávamos, através de tarjetas, neles. Como podemos visualizar na Figura 5:

Figura 5 – Moisaco construído nos encontros do Sonhação



Fonte: Sonhação (2019)

O Moisaco nos acompanhou durante todos os encontros e foi uma importante estratégia para sistematização da leitura da realidade. No próximo item serão apresentadas as contradições, as situações-limites levantadas com base na problematização das codificações e descodificações.

5.1.2 Situações-limites problematizadas da realidade

5.1.2.1 Desvelando a Reabilitação Psicossocial

A reabilitação psicossocial proposta por Saraceno (1996; 2001) apresenta os três cenários da vida (habitat, rede social e trabalho) como eixos estruturantes. De acordo com o autor, são os principais conceitos que ao serem compreendidos dão materialidade de como proceder com a reabilitação no cotidiano profissional. São estes cenários devidamente trabalhados que possibilitam a experiência do “Reabilitar”. Como afirma Saraceno (1996, p. 17):

A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra, ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social. Tudo que está contra isso, está contra a reabilitação. Tudo que está a favor disso é uma variável que coopera para reabilitação.

Dessa forma, Morato (2019) argumenta que esses três eixos/cenários são úteis na medida em que informam quais âmbitos da vida das pessoas com experiência na loucura importam ser olhados, compreendidos e amparados nas práticas no campo da saúde mental que visem processos de mudança. No entanto, ressalta que a compreensão sobre esses três cenários precisa ser ampla e contextualizada e que abranja toda a complexidade implicada na

experiência da loucura, bem como na singularidade com que cada sujeito às vivenciam.

No sonhação ao problematizarmos as práticas da reabilitação psicossocial, os três cenários apareceram em nossas reflexões. Importante lembrar que algumas/alguns das/dos pesquisadoras/es vivenciam processos de reabilitação psicossocial, as situações-limites levantadas referem tanto ao processo macro (vamos dizer assim) da proposta da reabilitação no cuidado em saúde mental, quanto dos processos micro, das/dos participantes que estavam ali.

Quanto ao eixo do **habitat**, já foi levantado acima na caracterização da rede do Sonhação que a casa aparece como espaço que faz parte dos processos de reabilitação psicossocial, inclusive um dos participantes tem como situação-limite de sua vida, de encontrar uma casa para morar, ou de retornar para as ruas. Essa situação trazida pelo participante Antônio relaciona-se ao eixo trabalho que iremos explorar a frente.

A pessoa dita louca é o sujeito social condenado à perda de contratualidade, seja social, afetiva, econômica ou civil. A reabilitação psicossocial deve buscar justamente a reconstrução dos vínculos sociais, da contratualidade e do acesso às trocas (SARACENO, 2001). No sonhação, a **rede social** aparece como um eixo importante nos processos de reabilitação psicossocial, da importância de se construir rede de afeto, de ter amigos. Essa rede se solidifica principalmente através do movimento da luta antimanicomial, como David argumenta:

(...) as pessoas aguentarem isso sem ter o núcleo, sem ter algo dessa natureza, sem ter uma oportunidade dessa, viver a alegria da luta antimanicomial, acho que deveria ter mais, ser mais ativo, da luta antimanicomial, ocupar os espaços, as praças, os eventos, é preciso que isso seja muito mais (...) Eu abracei essa ideia, me encontrei na luta antimanicomial e é por isso que eu aqui estou e é o que me move (David).

A luta antimanicomial tem em seu cerne a luta para que as pessoas sejam consideradas sujeitos, não se trata apenas de um movimento de humanização de pacientes ou da assistência, é um movimento de construção de cidadania. As pessoas tornaram-se sujeito a partir da luta e do engajamento político. É uma luta cotidiana, das relações, em que foram e vêm sendo construídas novas relações sociais, novos sujeitos, novas práticas, novas relações da cidade e das políticas públicas com as pessoas que chamamos de “com diagnóstico psiquiátrico” (AMARANTE, 2019, p.158).

Compreendemos a luta antimanicomial como campo fértil tanto para a construção de uma rede de afeto, de possibilidades de relações, do ser sujeito, quanto a necessidade de estar na transversalidade dos serviços e estar no horizonte dos processos da reabilitação psicossocial. Visto que, apesar de toda a conquista histórica do movimento, da reforma

psiquiátrica, o leque de relações dessas pessoas, o exercício da contratualidade, ainda se restringe ao campo da saúde mental.

Em um dos relatos de Franco, nos encontros, percebemos que a rede de afeto dele está em volta da luta antimanicomial, tanto quanto, o próprio Sonhação. O mesmo faz um desabafo quanto à dificuldade nas relações familiares. Bem como, Ernesto que também relata a falta de compreensão de sua família:

(...) minha família e amigos são vocês, eu tenho família, mas a família tá 'ô te ferra', não sabe nem chegar assim: 'Franco, vem cá, olha, tu pega teu remédio aonde, tá precisando de alguma coisa? Franco, como é o CAPS? Como é o movimento da luta antimanicomial?' Procuram nem saber, mas isso eu tô ciente, quando usuário adocece, família também adocece e tem uma forma de cuidado, mas minha família não tá nem aí, não perguntam, eu sofro com isso, levo um carga negativa muito grande (Franco).

(...) por conta da ausência da minha família, por conta que eles não me entendiam, e eu sempre queria gritar pra eles, pra que eles me entendessem, mas eles não conseguiram me entender, porque viviam focados no mundo deles (Ernesto).

Saraceno (2001) aponta que a desabilitação é também o empobrecimento da rede social, seja perda quantitativa e qualitativa, e que isso se dá a partir da primeira rede social disponível que é o núcleo familiar. Defende que é fundamental que as intervenções de cuidado em saúde mental abordem as questões familiares, e que, geralmente, intervenções que melhoram o 'ambiente' familiar geram também expansões na rede social.

As dificuldades nas relações familiares sugerem uma situação-limite na reabilitação psicossocial das pessoas com experiência na loucura e aqui, corroboramos, com Saraceno (2001) que trata-se de um lugar importante para se estar investindo e trabalhando. No sentido de construção de relações que estejam próximas do que é construído na luta antimanicomial, dessas pessoas estarem para além do diagnóstico psiquiátrico.

O eixo do **trabalho** revela-se como umas das principais situações-limite e que interfere diretamente na construção de autonomia. A dificuldade ou o não acesso ao trabalho apresenta-se como uma problemática do campo macro da reabilitação psicossocial, como dos próprios participantes do Sonhação. Como podemos perceber nos trechos a seguir:

(...) só que eu digo: gente, eu tenho que trabalhar, se não trabalhar como é que eu vou viver? (Ernesto).

Reinserção, a gente tá falando de reinserção e tô nos fins da minha estadia no programa lá. Passei mais que o tempo previsto pelo programa, mas sou muito grato por isso. E aí cria uma certa frustração em mim porque eu não consegui atingir o objetivo que era pleitear um aluguel social, aí ele me pede uma renda pra isso. Em contraponto eles me indicaram pra fazer um curso de educador social, eu tô fazendo com muito gosto, também tem uma lei que diz que se aproveita 2% dos usuários que passam pelo programa atitude e coloca eles pra trabalhar numa terceirizada, e eu criei até uma certa expectativa, uma esperança com relação a isso. Porém, essa semana eu tive uma conversa com a minha técnica de referência e ela estipulou uma data pra mim (...) Depois do dia 22 veja o que você vai fazer da sua vida. Aí me

bateu esse sentimento mesmo de frustração porque eu não consegui, passei pelo período todo e, mais do que o tempo previsto, e não consegui nada. Aí eu fico pensando, me deu vontade de ligar o botão do dane-se, sabe? Eu estava precisando desabafar. Aí eles me falaram muito em utopia, que movimento social é utopia e que você tem que priorizar a sua vida, e que tá nos movimentos sociais é utópico, você não vai alcançar nada palpável. Aí me bateu o pensamento de que Movimento social é utopia, o programa Atitude é utopia, CAPS é utopia e o curso que eu estou fazendo é Utopia. E a minha realidade é que, às vezes eu ficava julgando por que o cara que passa pelo Atitude depois retorna, passa e depois retorna. E eu comecei a entender que é por conta dessa oportunidade que ele não têm, saca? Então a minha realidade é voltar para as ruas, penso eu. Vou tentar fazer de outra forma, mas eu acho que o que está mais visível no momento é você voltar pra as ruas, é você passar o tempo que é previsto pra você poder retornar ao programa, que aí tem um prazo pra isso. Vou pleitear novamente um apoio, pra pleitear ser diarista, pernoite, e aí tentar ir para o intensivo de novo e eu vou ficar nesse ciclo vicioso que eu vejo acontecer direto lá. Porque eu não consegui atingir o que queria. E eu me peguei a pensar também que eu não queria voltar mais para as ruas não (...) Mas assim eu pensei em comunidade terapêutica de novo, em procurar CT de novo, quer dizer, eu sentar, pra não dar uma palavra mais chula, sentar em cima dos meus conceitos e aceitar uma comunidade terapêutica. É isso aí que eu tinha que falar (Antônio).

(...) ninguém fala nada, ninguém faz nada e o quantitativo de usuários que tá necessitado de emprego é muito grande, porque não fomentar isso e buscar e correr atrás, junto com os usuários também, porque acredito assim o modelo ele é apropriado, porém como ele proporciona para ti um aluguel social se ele não te insere no mercado de trabalho, para entrar no aluguel social tu tem que ter uma renda, aí pede algo, tem que tá empregado, como é que fica essa situação do usuário? (...) porque como a pessoa entra no programa que precisa do aluguel social, e pra ter tem que ter uma renda, mas não faz nada pelo usuário, aí volta aquele círculo vicioso, aí volta pras ruas, depois volta pro programa, isso gera, a gente tá cansado de ver esse modus operandi (...) não tem um grupo que se una, não sei, to tentando tirar uma ideia de algo que seja factível para os usuários, porque é muito triste, ver esse modelo, essa coisa, de tá fazendo ao contrário da proposta, a gente vive isso, entendeu? (David)

David traz que essa ausência do acesso ao trabalho, leva a um “*circuito do aprisionamento*”, em que deixa os sujeitos a mercê dos serviços, sem conseguir construir outras relações, de ter acesso ao trabalho e isso não promove a reabilitação psicossocial, sequer a autonomia. Com a restrição do leque de relações, dentro de um circuito de aprisionamento, quais as possibilidades de escolha, de decisão e de responsabilidade que as pessoas com experiência na loucura podem assumir?

Uma das participantes também levanta a questão que o trabalho está para além do, apenas, garantir uma renda, mas trata-se de um campo importante para se constituir relações. Bem como alerta da necessidade de construção de relações que não sejam adoecedoras.

(...) o direito ao trabalho, a realizar um ofício (...) pensar um caminho de bem estar que caiba o trabalho, no sentido de me pensar enquanto ser humano, do que eu quero me realizar na vida, muito mais do que ter a subexistência, ou a renda, mas que seja um espaço em que eu possa me relacionar, onde eu possa me sentir bem, onde eu possa gerar e promover saúde para mim e para as pessoas, onde eu possa gerar bem estar, gerar bem viver, e aí é pensar espaço e pessoas para construir isso, e acredito muito que é isso que pode me reabilitar, independente de ter ou não transtorno mental, até porque acomete né, acho que muitas pessoas acabam afetadas e tem transtorno mental, justamente por conta dessas imposições que o sistema capitalista trás pra gente (Rosimeire).

Nesse sentido, Franco traz da sua experiência no trabalho que desempenha, das relações que estabelece nesse espaço e do se sentir reconhecido.

Eu já tava com um projeto de não voltar a trabalhar para o ano, e aí me veio o pensamento se eu sair daqui no meu pequeno trabalho, no meu pequeno papel que executo lá, se eu sair daqui como é que vai ser isso aqui? Porque tem muita gente, muito ou pouco conta comigo lá. Gente de bem, gente trabalhador do apoio a logística, tem a lanchonete, tem a conta na lanchonete que consumo, sou mais conhecido de que tudo lá (Franco).

Rosimeire também levanta a questão do reconhecimento proporcionado pelo trabalho e da importância disso quando falamos sobre pessoas com experiência na loucura.

Eu estou aqui refletindo essa questão do trabalho para usuários. Uns estudos que eu tenho feito a respeito disso eu compreendo cada vez mais que a grande questão de pensar o papel do trabalho é para além da renda, que é necessária e urgente para os usuários, é a questão do reconhecimento. A questão de um olhar da própria sociedade e dos seus pares também, no sentido do ser capaz ou não. E da construção da confiança que faz parte do reconhecimento. Você estar apto pra fazer qualquer que seja o trabalho ou não. Como se constrói isso? Então são questões que eu venho trazendo pra mim, porque eu tenho cada vez mais percebido que essa é a grande questão na saúde mental. O trabalho na saúde mental, seja ele formal ou informal. Pra mim são questões profundas porque diz respeito a um olhar, diz respeito a uma subjetividade que já está implantada nas pessoas há séculos. Como é que a gente desconstrói isso? Na ação. No sonho e na ação, porque isso castra o sonho dos usuários, de ser o que quer que seja ou de alcançar a meta que for. Por toda essa desproteção, essa insegurança e instabilidade mesmo de, principalmente os usuários AD, de CAPS AD, de Atitude, porque aí é uma complexidade social ainda maior para a construção desse reconhecimento (Rosimeire).

Compreendemos que o direito ao trabalho traz a possibilidade de reconhecimento, de autonomia e de remuneração e, conseqüentemente, que as/os usuárias/os sejam tratados como sujeitos de direitos. O autor Zambroni de Souza (2006) levanta que o problema é a necessidade de reconhecimento do trabalho de pessoas que historicamente foram ditas incapazes de trabalhar e para as quais o trabalho se coloca frequentemente, apenas, como terapia.

Começamos a nos questionar porque as comunidades terapêuticas conseguem incluir o trabalho e a RAPS ainda não consegue oferecer, apesar de preconizado na portaria, as iniciativas de geração de trabalho e renda. Compreendemos que as comunidades terapêuticas, assim como, as colônias, os manicômios se utilizavam de trabalho de forma terapêutica, e que, portanto, não é desse trabalho que estamos afirmando a necessidade, mas sim um trabalho que seja promotor de autonomia, que amplie o leque das relações, que dê as possibilidades do reconhecimento e que sim gere renda.

Acho que tem uma coisa que ele colocou que é importante, que nem pensaram nisso ainda, como as comunidades terapêuticas incluem trabalho, como a RAPS não consegue oferecer esse trabalho (Ana Marta).

As comunidades terapêuticas se inspiraram nas colônias, nos manicômios, que já utilizavam o trabalho de forma terapêutica. E aí é esse o grande contraponto que a RAPS deveria fazer em relação a promover o trabalho que não fosse terapêutico, que fosse um trabalho autônomo. E fosse um trabalho produtivo, protegido,

qualquer outro, menos o terapêutico. E aí essa é uma questão do ponto de vista político mesmo, do papel do trabalho para os usuários e as usuárias de saúde mental (Rosimeire).

Diante disso, retornamos aos questionamentos levantados por Perrusi (2017), quando o mesmo defende que a reabilitação passa, fundamentalmente, por habilitar e capacitar o/a usuário/a ao trabalho. Desviat (1999) argumenta que existem crônicos da reforma, os serviços substitutivos apresentam portas giratórias, ou seja, visto a escassez de outros espaços para ocupar, como o trabalho, a própria cidade, os usuários/as acabam ficando permanentemente dependentes da RAPS.

As portas giratórias levantadas por Desviat (1999) ratifica o “circuito de aprisionamento” do qual falamos no Sonhação. Esse fenômeno se deve ao fato das/os usuárias/os dos serviços de saúde mental sofrerem, além do adoecimento, intensos processos de precarização social, vivenciando situações de vulnerabilidade social, de dificuldades de acesso a emprego, moradia, salários, sociabilidades (PERRUSI, 2017).

O circuito tá tão aprisionador, o que Antônio tá falando já está refletindo. Isso é verdade, e a gente tem que fazer algo pra parar esse circuito de aprisionamento. A gente quer se reabilitar, a gente não quer ‘re’, voltar, revogar ao processo desse ciclo (David).

O cuidado em saúde mental encontra aí o seu impasse, como modificar essa situação de portas giratórias e de circuitos de aprisionamento? No Sonhação entendemos que uma das vias é o trabalho, a inserção no trabalho, entretanto, as/os usuárias/os da RAPS, como dito, também vivenciam processos de intensa precarização social, como inserí-las no mercado de trabalho? É inserção no mercado de trabalho o caminho? Esse mercado de trabalho que muitas vezes é ou foi o responsável pelo adoecimento psíquico? Se a política de saúde mental não parar pra pensar sobre essas questões não conseguiremos promover a reabilitação psicossocial e estaremos criando, de fato, crônicos da reforma psiquiátrica.

De todos os eixos da reabilitação psicossocial, o trabalho se revela como um dos pontos frágeis e difíceis de ser operacionalizado. Principalmente o trabalho formal, que requer a inserção no mercado de trabalho extremamente competitivo. Alternativas que possam dar conta do vácuo de trabalho na vida das pessoas com experiência na loucura precisam ser estudadas e operacionalizadas. Um caminho alternativo pode ser a parceria com setores empresariais mais comprometidos com a questão social (HIRDES, 2009).

Para Babinski e Hirdes (2004) a inserção no trabalho é uma alternativa importante no processo de reabilitação psicossocial, desde que o desejo da/o usuária/o seja trabalhar ou voltar a trabalhar. Nesse contexto, ressalta-se a função da/o profissional de construir coletivamente com a/o usuária/o um plano terapêutico, no qual o trabalho possa estar incluso

ou não. Os planos terapêuticos precisam se construir com base no respeito e que valorize as escolhas e decisões das/os usuárias/os, possibilitando, assim, a construção de autonomia dos/as usuários/as. As autoras alertam para que se o trabalho for entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas, pode se caracterizar como uma forma de norma e contenção, de restrição do campo existencial. O trabalho, ao invés disso, pode ser entendido como motor para promoção da articulação do campo dos interesses, das necessidades, das habilidades e dos desejos (BABINSKI E HIRDES, 2004).

A partir desse entendimento do trabalho como alargamento da situação existencial dos sujeitos, suscita-se uma discussão fundamental na reabilitação psicossocial que é o investimento para que seja possível, de fato, gerar trabalho e renda para as pessoas com experiência na loucura. É preciso pensar no trabalho enquanto direito e, portanto, cindido do ideário por muito tempo difundido sobre sua função terapêutica, de norma e de controle (MORATO, 2019).

Podemos buscar contribuições para o campo do trabalho em Freire (2011) que compreende o trabalho como fonte de atuação e transformação da realidade por parte dos seres humanos. Para o autor, homens e mulheres existem no mundo, podem transformar, produzir, decidir, criar, recriar, comunicar. Dessa forma, o domínio do existir, é o domínio do trabalho. O trabalho é o que há consciência de transformação, consciência do esforço, da possibilidade de programar ações, de criar instrumentos, de ter finalidades, de antecipar resultados. “Para os seres humanos, como seres da práxis, transformar o mundo, processo em que se transformam também, significa impregná-lo de sua presença criadora, deixando nele as marcas do seu trabalho” (FREIRE, 2011, p. 112).

Portanto, o trabalho, no campo da saúde mental, pode-se respaldar no conceito freireano de trabalho, de compreender o trabalho enquanto espaço em que se exercite a consciência do existir no mundo e da possibilidade de transformar a si e ao mundo.

Sobre o investimento em iniciativas de geração de trabalho e renda na RAPS, observando a construção da RAPS de Pernambuco, constatamos que existem atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, cento e trinta sete CAPS cadastrados; noventa e cinco Residências Terapêuticas (concentradas em número maior em Recife com cinquenta duas e em Camaragibe com quatorze); onze Consultórios na Rua; cinco Unidades de Acolhimento – Albergues Terapêuticos; na rede hospitalar tem duzentos e sessenta sete leitos em Hospitais Gerais; e, cinco Hospitais Psiquiátricos com 475 leitos, sendo 360 leitos em quatro Hospitais Psiquiátricos com porta de entrada fechada, onde cem por cento da população internada é de longa permanência.

Santos (2019) indaga se Pernambuco passou por um processo de desospitalização ou desinstitucionalização, considerando que no ano de 2010, existiam 2.727 leitos psiquiátricos para pacientes de longa permanência no estado e, hoje existem 360 leitos, entretanto, questiona esse processo devido ao escasso debate acerca da reabilitação psicossocial, bem como, o pouco investimento, de modo especial em nível estadual, para a implantação de serviços que garantam o componente de Reabilitação Psicossocial da RAPS, como Cooperativas Sociais, Centros de Convivência ou Projetos de Geração de Renda.

Na publicação da Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco, produzida pela Secretaria Estadual de Saúde, em 2018, consta como uma das diretrizes: “Promover a reabilitação psicossocial e a reinserção das pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, por meio do acesso ao trabalho, geração de renda e moradia assistida (PERNAMBUCO, 2018, p. 10)”. Entretanto, não encontramos na própria Política como o estado de Pernambuco realizará essa promoção, ou se fará investimentos e incentivos estaduais para que os municípios implementem essa diretriz, considerando, o já exposto anteriormente, que nacionalmente não foi instituído recursos orçamentários para as iniciativas de geração de trabalho e renda (AMARANTE, NUNES, 2018).

Na política estadual aparece como um dos eixos na “Gestão do Cuidado em Saúde Mental”, a desinstitucionalização, lugar oportuno para nortear a reabilitação psicossocial no estado, entretanto, no documento não existe nenhuma referência ao acesso ao trabalho e geração de renda, percebe-se a preocupação em torno dos eixos da moradia e da rede social. Ainda neste item, o que aparece em torno da reabilitação psicossocial é a compreensão dos processos de desinstitucionalização, como podemos observar:

Compreender a desinstitucionalização como um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização das pessoas dos hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social (PERNAMBUCO, 2018, p. 34).

Portanto, identificamos que faltam diretrizes, ações e incentivos financeiros para garantir as iniciativas de geração de trabalho e renda na RAPS de Pernambuco. Logo, nos deparamos com uma das grandes situações-limites, a partir da nossa leitura da realidade, assim como, trata-se da situação-limite também de alguns participantes do Sonhação: o acesso ao eixo do trabalho nos processos de reabilitação psicossocial. Mas como não tínhamos como horizonte parar por aí, começamos a nos inquietar de como refletir e agir diante dessa situação, o trecho a seguir retrata o impasse em que estávamos e a esperança na possibilidade de construir outra proposta:

Eu acho que só o fato da gente tá aqui sentado, na proposta de pensar o que

é reabilitação psicossocial e no grupo Sonhação, é de uma ousadia tamanha, pensando no sentido do que é a Rede, a RAPS, em Pernambuco. Que faz tudo menos reabilitação psicossocial, que se quer conhece o conceito disso, a começar pelos profissionais. E gestores nem se fala porque há investimento pra tudo, menos pra reabilitação psicossocial, não existe financiamento pra nada em relação a reabilitação psicossocial. Nem pra fazer pequenas oficinas de trabalho produtivo dentro de CAPS. Então, a reabilitação psicossocial é morta e enterrada nesse estado, nesse município e nos outros. Tendo Camaragibe uma experiência, uma semente há muitos anos do que mesmo uma planta ou uma árvore, nem se fala. É realmente indignante isso. Se a gente for olhar pra a situação e a realidade, e aos incentivos que existem em outros estados, Brasil a fora. É tão relevante isso que agora o próprio governo faz questão de tirar da RAPS o componente da reabilitação psicossocial, não existe mais e volta ao hospital psiquiátrico, e volta o hospital e coloca lá ambulatório, qualquer outra coisa pra cuidar dos usuários do que a reabilitação psicossocial. Sabendo que na saúde mental existe um recorte fortíssimo de pobreza mesmo. De questões sociais. Parece que adoece, que são adoecedoras na nossa população. Então não é só questão de saúde mental, mas é questão também social que acontece exatamente desse jeito (...) Não tem perspectiva nesse meu território que é Pernambuco, que é Recife, que é região metropolitana, não tem. Aí de onde vai nascer sementes de esperança para essa população, pensando o trabalho produtivo? (Rosimeire)

David responde: “Daqui”- referindo-se ao Sonhação

A partir dessas problematizações começamos a ver no horizonte algumas possibilidades de propostas de ação. Até aqui trouxemos as problemáticas levantadas pensando nos três eixos da reabilitação psicossocial proposto por Saraceno (1996; 2001). Entretanto, também, foram levantadas questões quanto às próprias práticas de cuidado da reabilitação psicossocial, a partir das codificações surgiram questões que dizem respeito acerca de qual lógica a reabilitação psicossocial tem respondido: a manicomial ou à da desintitucionalização e reforma psiquiátrica?

Acerca disso, as críticas ao termo reabilitação perpassaram todos os nossos encontros e o desejo de pensar outro nome possível que não significasse um retorno, uma reversão, uma volta às condições já vividas anteriormente. Compreendemos que esse termo vai de contramão ao que queremos com os processos de reabilitação psicossocial.

Reabilitação psicossocial é esse nomeção que a gente dá para o processo de cuidado antimanicomial, talvez a gente possa pensar em outro nome para reabilitação, porque o nome reabilitação tem o prefixo “re” (Nise).

(...) o prefixo “re” significa voltar, voltar para alguma coisa, a gente não volta, a gente se transforma (David – complementa a fala de Nise).

Eu não gosto dessa palavra Reabilitação, eu já falei que odeio essa palavra. Por que? Porque ela não reabilita nada, principalmente as pessoas (Ernesto).

É a partir dessas problematizações que precisamos trazer a luz para discussão sobre o próprio conceito de reabilitação psicossocial, já levantada as críticas anteriormente tanto pelo Sonhação, quanto por diversas autoras/es, entendendo que os conceitos norteiam a prática (PITTA, 1996; BENETTON, 1996; VENTURINI, 2016). É necessário compreender os

obstáculos e que pensemos o que, o porquê e como estamos fazendo as ações de cuidado, olhar para isso pode impulsionar um movimento de revisitar os conceitos e, logo, olharmos para qual lógica a prática da reabilitação psicossocial vem respondendo.

Pinto *et al.* (2013) percebem que o conceito de reabilitação psicossocial ainda está associado ao modelo psiquiátrico tradicional, ou seja, atrelado à lógica de normalidade social e consideram esse um dos principais desafios a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção. Os autores ainda referem que as ações reabilitatórias desenvolvidas no serviço não podem reforçar o caráter regulador e que desconstruam o paradigma psiquiátrico de tutela, controle e exclusão, dessa forma, os serviços precisam estar comprometidos com a transformação das condições de vida das/os usuárias/os.

Sobre as práticas de cuidado que visam a reabilitação psicossocial foram levantadas algumas contradições que dizem respeito a um cuidado com resquícios da lógica manicomial. Esta perspectiva se sustenta na percepção do estabelecimento de relações entre profissional e usuárias/os a partir da imposição, da tutela, do não diálogo e não escuta, a partir de uma lógica de que o profissional é o que sabe e as pessoas com experiência na loucura não sabem (a respeito de suas próprias vidas). Como podemos observar nos trechos a seguir:

Mas é notório que tem crescido nesses espaços de cuidado da saúde mental essas pessoas perversas que usam do artifício de dizer que vai cuidar de nós e tira proveito de nós, sem nos consultar, sem nos ouvir, sem se quer entender de fato o que é a nossa tecnologia, a nossa ciência da afetividade, do acolhimento, de união. Porque lá é feito de forma impositiva (David).

Mas a pessoa força você a fazer o que ela quer. É muito disso também, desestímulo dos profissionais da RAPS de querer que você seja o que ele deseja, não quer saber o que você deseja ser. Não pergunta a você: o que você quer ser? Como é que a gente pode achar uma forma de encontrar o que você quer ser? Você se encontrar novamente. Eles não conseguem fazer isso. Eles conseguem é impor a você, ou seja, a imposição de que você seja o que eles acham que é legal, mas o que você acha que é legal às vezes não é legal pra mim, eu tenho outra visão. Meu problema é que eu não vejo reabilitação psicossocial (Ernesto).

(...) é fazer outras coisas e às vezes a gente tá no CAPS e tá condicionado por uma questão de imposição, de uma questão de cobrança social, tudo isso, e o que é que a gente avalia da fala da pessoa que tá ali com a gente, que não impõe, que não considera também essa questão do interesse do sujeito, de que aquilo é significativo para o sujeito, que às vezes a gente acha que socialmente temos que impor mesmo, que talvez que atividade produtiva é essa que tá só associada a renda, que talvez aquilo não seja tão significativo para aquela pessoa no momento (Ana).

Na verdade assim até escutei de próprio profissional do CAPS, de dizer assim: 'vocês vão empoderar os usuários pra criar cobras pra morder a gente', já escutei isso, entendesse? Como é que vem de uma pessoa que tá na rede de atenção psicossocial, que a gente acredita que as pessoas são antimanicomias, são antiproibicionistas, são pessoas ali do bem, que tão afim mesmo de ajudar o ser humano e a gente escuta um indireta assim de uma pessoa que tá lá, eu fiquei perturbado com essa pessoa (Ernesto).

Sobre a reprodução da lógica manicomial, Perrusi (2007) afirma que a reforma

da assistência psiquiátrica brasileira não eliminou completamente as antigas lógicas de tutela e de exclusão, apesar dos inegáveis avanços, principalmente no campo institucional e legislativo, ainda assenta-se em práticas que não eliminaram e não eliminam as desigualdades e assimetrias de poder. A lógica asilar ainda se reproduz nas práticas profissionais de cuidado em saúde mental, através da tutela e do controle. Sobre isso, Lancetti (2012) ratifica anunciando que enquanto os manicômios estão em redução progressiva, o controle é cada vez menos produzido por essas instituições disciplinares e mais praticado ao ar livre, ou seja, nos serviços substitutivos que tem como propósito promover a reabilitação psicossocial.

No caminho de novos conceitos e novas propostas de práticas ainda se fazem presentes antigas formas de psiquiatrização sob um novo rótulo, as práticas de reabilitação psicossocial não estão apenas apresentando as velhas formas de poder psiquiátrico, mas trazendo novas formas de controle. Como os dispositivos de saúde mental que durante séculos mantiveram um caráter excludente, enclausurando indivíduos podem favorecer a inclusão, operando agora em um espaço aberto? (PINTO, FERREIRA, 2010).

São inegáveis os avanços da desinstitucionalização, da luta antimanicomial e consequentemente da reabilitação psicossocial de trazer outros lugares para a loucura e de transformar a vida das pessoas, entretanto é importante elucidar as contradições para que a reabilitação psicossocial não seja um encarceramento do lado de fora dos muros do manicômio.

De acordo com reflexões apontadas pelas/os pesquisadoras do Sonhação percebemos a vivência de práticas que aprisionam os indivíduos, que se pautam pelo controle e vigilância e reforçam um caráter excludente do tratamento. Pinto e Ferreira (2010) vão além ao defenderem que não trata-se de reabilitar, mas sim da necessidade de engajar as pessoas com experiência na loucura na cidade, produzir espaços existenciais para a loucura e que não seja apenas de avaliá-la pela noção de cidadania.

Sobre isso, Yasui (2010) afirma que a reforma psiquiátrica não pode ser confundida apenas com uma mudança na organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho, é muito mais ampla e complexa:

Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isso implica transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASUI, 2010, p. 172).

No estudo realizado por Morato (2019) com trabalhadores/as da saúde mental levanta-se que as mudanças nas relações de poder e a implementação de uma nova forma de cuidar

não estão sendo incorporadas e operacionalizadas. Muitas das ações de cuidado são feitas por e para, e não com as/os usuárias/os, dessa forma anula-se um componente importante da reabilitação psicossocial que é o processo de (re)constituição do poder contratual, ou seja, privando as/os usuárias/os de pensar sobre o que desejam, conseqüentemente, de fazer escolhas; de avaliar as condições e decidir sobre a melhor forma de fazer; de negociar condições para fazer valer a escolha; de encontrar sentido naquilo que se faz e em como se faz. Como resultado disso, observam-se ações de cuidado que não tem no horizonte a construção de autonomia, e sim, a manutenção do controle, da tutela, da dependência.

Nas discussões do Sonhação denunciemos práticas que não visam a (re)constituição do poder contratual e apontam para a existência de resquícios das relações de poder entre usuárias/os e profissionais, uma relação que se pauta pela opressão, através do depósito, da imposição, é antidialógica. A não escuta dos desejos e escolhas alertadas pela fala dos/as participantes do Sonhação, nos indica a existência de práticas alicerçadas em princípios e pressupostos asilares, que tem como sustentação o estabelecimento das relações de poder. Portanto, levanta-se o alerta para essas práticas, como destaca Lima (2006, p.121): “Trata-se enfim de observar quando as práticas que desenvolvemos estão a serviço do controle sobre a vida ou o quanto essas práticas se associam às forças de resistência a esse poder que se exerce sobre a vida, investindo na potência da vida de variar e de se re-inventar continuamente.”

Babinski e Hirdes (2004) compreendem que fortalecer o poder contratual das usuárias seja uma das maiores e mais difíceis tarefas das/os profissionais da saúde mental e sustentam que se os serviços não conseguem criar possibilidades para efetuação de trocas sociais, estará fadado ao insucesso ou a reprodução das lógicas manicomiais. Ou seja, institucionalizando a pessoa, cronificando-a e mantendo-a dentro, pois a lógica dos serviços substitutivos, de serem portas abertas, é sinônimo de liberdade, autonomia e participação comunitária.

No estabelecimento, do que acreditamos que deva ser uma parceria, da relação entre trabalhadoras/es e usuárias/os, existe o potencial para trabalhar a (re)construção da contratualidade do sujeito. Kinoshita (1996) sugere que a reabilitação psicossocial pode ser pensada enquanto processo de resgate da contratualidade social do sujeito, vislumbrando o aumento da autonomia. Adicionalmente, reforça que:

A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se (KINOSHITA, 1996, p. 56).

Sobre essa relação entre profissionais da saúde mental e usuárias/os podemos

relacionar que essas relações quando se pautam pelo poder correspondem a relação educador(a)/educando(a) na educação bancária que Freire (2005) discute. Para o autor, a educação bancária mantém e estimula a contradição opressor/oprimido, bem como a ‘cultura do silêncio’³¹. A relação construída na educação bancária ocorre de modo que o/a educador/a é o/a que: educa; sabe; pensa; diz a palavra; disciplina; opta e prescreve a sua opção; identifica-se como autoridade do saber negando a liberdade; são os sujeitos do processo. Já os/as educandos/as são os/as que: não sabem; que escutam docilmente; disciplinados/as; seguem a prescrição; adaptam-se às determinações do/a educador/a; enfim, são meros objetos (FREIRE, 2005).

Na educação libertadora, a relação educador(a)/educando(a) só pode acontecer através do diálogo:

Desta maneira, o/a educador/a já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado/a, em diálogo com o/a educando/a que, ao ser educado/a, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de *estar sendo com* as liberdades e não *contra* elas (FREIRE, 2005, p.79).

Para Freire (2019) a relação de educador/a e educando/a acontece na medida em que o/a educador/a exerça a sua função de autoridade coerentemente democrática, ou seja, a que acontece em respeito à liberdade do/a educando/a, proporcionando que ao assumir sua liberdade, vai construindo a responsabilidade e por isso a autonomia.

Diante disso, compreendemos que ao Kinoshita (1996) problematizar que os/as trabalhadores/as usem de seu poder, para dar poder aos usuários/as, essa percepção dialoga com a concepção da relação educador/a e educando/a que Freire (2005; 2019) preconiza na educação libertadora, de exercitar uma função de autoridade democrática. Essas relações precisam se estabelecer em experiências de respeito à liberdade do/da usuário/a, e que assim eles e elas vão construindo seus processos de autonomia.

Outra reflexão importante levantada por Freire (2011) que pode contribuir para a relação entre trabalhador/a e usuário/a nos processos de reabilitação psicossocial trata-se da discussão sobre o papel do trabalhador/a social no processo de mudança. Freire (2011) problematiza que o trabalhador social não pode ser um técnico neutro, ou seja, silenciar sua opção, escondê-la no emaranhado de suas técnicas, proclamar uma neutralidade, o que na verdade não é ser neutro e sim trabalhar pela manutenção do *status quo*.

Daí a necessidade que tem de clarificar sua opção, que é política, através de sua prática, também política. Sua opção determina seu *papel*, como seus métodos de ação. É uma ingenuidade pensar num papel abstrato, num conjunto de métodos e de

³¹ “Na cultura do silêncio existir é apenas viver. O corpo segue ordens de cima. Pensar é difícil; dizer a palavra, proibido” (FREIRE, 2011, p.100). O modelo manicomial tem como base a cultura do silêncio.

técnicas neutros para uma ação que se dá em uma realidade que também não é neutra (FREIRE, 2011, p. 58).

Freire (2011) vai além ao trazer que se a opção do trabalhador social é reacionária, suas ações e métodos não serão direcionados à transformação. Ou seja, se o/a trabalhador de saúde mental assume uma posição reacionária, não verá nas situações-problemas que enfrentam, junto com os/as usuários/as, desafios para transformar, mas a tendência é assumir soluções de caráter assistencialista que corroboram com as práticas de cuidado que atendem a lógica manicomial. O que move ao assumir essa postura são ações e reações que ajudam na ‘normalização’ da ‘ordem estabelecida’, bem como, o medo em face das consequências da mudança, o receio ao novo, o medo de perder o “status social”. Por isso, em suas práticas de cuidado não há espaço para o diálogo, para a reflexão crítica, para a colaboração (FREIRE, 2011).

Já o trabalhador social – trabalhadoras/es da saúde mental - que optam pela mudança se empenham em desvelar a realidade:

Trabalha com, jamais sobre, os indivíduos, a quem considera sujeitos e não objetos, incidências de sua ação (...) O trabalhador social que opta pela mudança não teme a liberdade, não prescreve, não manipula. Mas rejeitando a prescrição e a manipulação, rejeita igualmente o espontaneísmo (FREIRE, 2011, p.61).

Dessa forma, compreendemos que o trabalho dos/as profissionais da saúde mental na reabilitação psicossocial não trata-se de um conjunto de métodos e de técnicas neutros, mas sim trata-se de um trabalho político. A reconstrução do poder contratual dos/as usuários/as só acontecerá se os/as trabalhadores/as compreendem que o/a louco/a são sujeitos, ocupam um lugar social, que podem se transformar e transformar o mundo.

Uma problemática levantada no Sonhação foi a precarização da classe trabalhadora, compreendemos que essa reprodução da lógica asilar nos processos de cuidado pode ser ainda mais potencializada por essa precarização, ou seja, trabalhadoras/es que vivenciam difíceis condições de trabalho, são mal remuneradas/os e estão sobrecarregadas/os. Como podemos identificar nos trechos a seguir:

Mas a gente fica pensando como os técnicos também eles estão sem tempo nenhum até pra olhar para o outro. Porque eles estão cuidando tanto da vida deles, tem uns que têm dois empregos, como é que a pessoa tem dois empregos, tem uma família, que tem sua vida pra cuidar, vai cuidar do outro? Eu fico me perguntado. Na realidade, pra ser psicólogo, pra ser um técnico do CAPS, no meu ponto de vista, é mais um ato de cuidado mesmo, de amor ao ser humano, ao outro que tá precisando muito de ajuda. E aí quando você não tem esse espaço na sua vida de cuidar mesmo do outro, de tentar encontrar soluções com ele pra vida dele ou dela, como é que você vai conseguir se você não tá conseguindo nem a sua? (...) Então, é porque às vezes a gente fica olhando, né? Porque a gente vê. ‘Eu trabalho na prefeitura e trabalho no Estado’, ele já tem outros bicos em outros cantos, privados. E assim eu fico, como é que uma pessoa dessa vai cuidar de um ser humano que tá precisando muito ser ajudado? Porque na realidade quem tá precisando mais de ajuda é ele do que eu. Às vezes eu me sinto assim. Porque na realidade, a gente tem no CAPS, tem um déficit enorme. A gente chega de oito e meia, espera até dez sem atividade

nenhuma. A gente é que faz atividade de ficar conversando com o outro, de tá perguntando como é que tá a vida do outro (Ernesto).

A rede de atenção psicossocial ela tá perdendo espaço, muito espaço por conta dos profissionais que estão super carregados, estão trabalhando em muitos lugares, se o cara trabalhasse e ganhasse o que desse para sustentar a vida dele social naquele emprego cuidando do ser humano da forma como deve ser cuidado, mas tem que se dividir em três empregos para poder dar conta da sua vida, e aí? Como é que vai conseguir cuidar de alguém está precisando de cuidado? De alguém que tá precisando de um olhar, de carinho de atenção, de amor, né? (Ernesto).

Vasconcelos (2017) em seu estudo levanta que o atual contexto brasileiro de políticas neoliberais de ajuste, crise fiscal e sucateamento das políticas sociais geram péssimas condições de trabalho e precarização dos contratos e direitos trabalhistas nas políticas sociais. Além de um contexto de serviços deteriorados e superlotados, o autor aponta que nesse cenário a tendência é dos trabalhadores reduzirem suas atribuições e responsabilidades, desestimulando a adoção de práticas que, verdadeiramente, visem a produção de autonomia e que requerem a produção de novos conhecimentos, formas de participação e mediação de poder.

Sem minimizar o contexto de forte precarização e sucateamento que vivem os serviços de saúde mental, acreditamos que isso não pode ser pretexto para o não exercício do cuidado. Saraceno (2011) faz uma discussão acerca dos recursos disponíveis no âmbito do trabalho na saúde mental e do recorrente argumento sobre a falta destes pelos sujeitos implicados no cuidado. Para o autor, uma crítica ao modelo dos serviços substitutivos se baseia, algumas vezes, no argumento da falta de recursos, que, sem dúvida, é um argumento real e sério e que deve ser levado em conta, contudo, é um argumento que oculta à falta de capacidade de mudança e inovação dos profissionais. Volta-se ao argumento dos serviços não serem ilhas desertas, de ver como recurso apenas o que é dado, Saraceno (2011) argumenta que recurso é também aquilo que existe, mas que não se consegue ver, por exemplo:

A comunidade é, em si, um recurso, os organismos públicos (os outros serviços sanitários, as escolas, as entidades assistenciais) e aqueles privados (as paróquias, os partidos políticos, os sindicatos, as associações esportivas, etc) são todos recursos. Os usuários e suas famílias são, também eles, recursos (SARACENO, 2011, p. 100).

Dessa forma, a discussão acerca da precarização dos serviços e da sobrecarga das/os trabalhadoras/es, pode encontrar fôlego e força para pensar os recursos possíveis e disponíveis, não aqueles que nos são previamente dados, mas àqueles que podem ser descobertos no contexto das faltas e das necessidades. Por isso, afirmamos que a reabilitação psicossocial é concebida através das relações humanas, é pela, na relação que vai se construindo os processos de reabilitação, é esse recurso da relação que reside em cada pessoa que faz a diferença no cuidado, como escreve Yasui (2010, p.118): “Mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no

encontro”. Sobre isso, uma das participantes do Sonhação afirma:

Porque todos nós vivemos nessa sociedade capitalista sanguinária. De uma forma ou de outra temos formas de sobreviver a ela. As pessoas que conseguem acessar a universidade, se formar, ter um trabalho e ir trabalhar no CAPS, vivem também numa lógica de produção, de ter que tá ali, de um salário muito baixo, de uma precarização do serviço, né? E aí eu acho que o CAPS, a unidade básica de saúde, o Atitude é um espaço em potencial pra essas pessoas estarem juntas, todos nós, sabendo ouvir, fazendo dialética, pra transformar realidades. Senão nos entendermos enquanto seres que estamos juntos pra transformá-la vão existir essas relações ou de impor algo, ou de eu estar muito cansada e não conseguir me preocupar com o outro. Também entra algo de que o amor é bem importante em tudo que a gente faz, mas pra a gente ter o cuidado pra não cair nesse amor assistencialista. Nós não estamos, tô me colocando nessa lugar de trabalhadora. Eu não estou ali só porque eu amo você, né? É também. Mas eu tenho um compromisso com essa sociedade e quero transformá-la, e por isso que eu tô ali. Acho que é esse o caminho também, de quando a gente passa a entender desses espaços que nós ocupamos, enquanto espaço em potencial, pra que em coletivo a gente possa transformar a realidade, a gente consegue fazer outras coisas. Mas se a gente não consegue fazer essa leitura da realidade mesmo, desse sistema que a gente tá, a gente vai acabar tomando posturas fatalistas do Deus quis assim (Nise).

Ainda sobre esse contexto de sucateamento e a partir dessa fala de Nise, podemos encontrar em Freire (2019) subsídios também para refletir sobre isso, ao trazer sobre o descaso com a educação, o educador defende que não se pode cair na indeferença e no fatalismo que leva ao cruzamento dos braços e que a resposta às ofensas à educação (e podemos trazer para a política de saúde mental) é a luta política, consciente, crítica e organizada contra os ofensores. Bem como, uma das formas de luta contra esse desrespeito é: por um lado a recusa a transformar a atividade docente – ou a atividade do cuidado em prol da reabilitação psicossocial – em puro bico, em passa tempo; e de outro lado, a rejeição a entender e exercer a atividade como prática afetiva de “tias e tios”, ou seja, que não faz por opção, mas por amor incondicional, o que leva ao assistencialismo.

Bem como, Freire (2019) aponta a discussão do inacabamento dos sujeitos, que somos seres condicionados, mas não determinados. Por isso a necessidade dos profissionais se reconhecerem enquanto seres inacabados, que vivenciam situações que podem os condicionar, mas que não os determinam. Reconhecer que vivenciam situações condicionantes que podem interferir no seu exercício profissional, de sucateamento dos serviços, de difíceis condições de trabalho, mas que essas condições não se eternizam e, por isso, a necessidade de engajamento na luta política.

Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam (FREIRE, 2019, p. 53).

Ao desvelarmos a reabilitação psicossocial encontramos, principalmente, como situações-limite a construção do eixo trabalho, assim como, práticas de cuidado que respondem a uma lógica manicomial. Dessa forma compreendemos a dificuldade na

construção de autonomia a partir dessas situações, visto que identificamos que as pessoas com experiência na loucura apresentam um leque restrito de relações e nos lugares os quais ocupam (principalmente nos serviços de saúde mental) não conseguem exercer sua liberdade, tomar decisões e assumir responsabilidades. No próximo item iremos apresentar o que desvelamos diretamente sobre a categoria autonomia.

5.1.2.2 Desvelando a construção de autonomia (mas qual autonomia?)

Diante das contradições expostas da reabilitação psicossocial, sempre voltávamos curiosas/os para o horizonte desse cuidado: a construção de autonomia. Entretanto, nos questionávamos: O que é autonomia? Como promover autonomia? Como podemos ver nos trechos abaixo:

Mas o que é autonomia pra gente da rede de atenção psicossocial? (David).

Porque autonomia é essa palavra que circula o tempo todo, mas que a gente não pára pra pensar o que é (Nise).

As situações-limites levantadas da reabilitação psicossocial apontam que mesmo que a instituição física do manicômio esteja em processo de redução gradativa, vivenciamos os ‘manicômios mentais’³² nas práticas de cuidado em saúde mental. Como produzir autonomia com recursos do cuidado que se pautam pelo enclausuramento, pelo controle, pela imposição?

De fato que autonomia é essa que a gente vem produzindo, eu já passei por alguns serviços da rede acho que tem algo que é para além da instituição física que é o manicômio, que é o manicômio mental (...) como a gente produz autonomia com vários manicômios mentais que a gente tem dentro da gente? (Nise)

Na tentativa de encontrar respostas ou caminhos conseguimos compreender o que não é autonomia; e levantamos algumas perspectivas de um processo macro que pode levar a autonomia ou não. Ainda no primeiro encontro do Sonhação, duas pessoas³³ que não puderam ficar no restante dos encontros, levantaram que a autonomia está relacionada a ter dinheiro, consequentemente relacionamos a necessidade de implementação das iniciativas de geração de trabalho e renda. Outra perspectiva levantada foi que ao falarmos de autonomia necessariamente precisamos falar de democracia e de acesso a direitos básicos.

A relação de saúde e autonomia tá muito relacionado a ter grana, a possibilidade de estar em espaços, a possibilidade de ter algum curso, de pegar ônibus e ter lazer, explorar a cidade, ir ao teatro, há várias coisas que tem um custo de vida, porque a gente tá dentro de uma sociedade que é assim (...) porque pensar autonomia hoje para usuário, para usuários do SUS, usuário da RAPS, qualquer

³² Quando falamos dos ‘manicômios mentais’ não nos referimos à instituição objetiva, mas aos manicômios subjetivos que cada um de nós carregamos e internalizamos devido a todo estigma, preconceito e exclusão diante da loucura, da desrazão.

³³ Apesar delas não terem conseguido participar do restante dos encontros, consideramos que essa contribuição inicial foi importante para nós, de estar no horizonte de olhar para isso ao pensarmos em autonomia, por isso, resolvemos colocar as suas falas, utilizamos dois codinomes, de forma a garantir o anonimato.

que seja ele, passa pelo viés da autonomia de ter renda, da geração de renda, possibilidade das pessoas viverem né, ou minimamente sobreviver (Edjane).

E aí de como a gente fazer essa reflexão que é impreterivelmente a gente tá falando aqui em defesa da democracia, defesa do exercício da cidade, de acesso a direitos civis, talvez isso se aproxime um pouco do que a gente pensa de autonomia, para além de o indivíduo ter seu horário de comer, de ter suas vontades e seus desejos, porque é muito como Edjane falou, hoje em dia, na sociedade que vivemos: pensa em autonomia, pensa em inserção no mercado de trabalho, de forma pragmática, aí a gente pensa nos projetos geração de renda, mas a gente pensa não é tudo na vida da pessoa o trabalho, mas é uma dimensão muito grande, importante, onde é que essas pessoas que estão no CAPS estão sendo inseridas, onde é que a sociedade deixa elas se inserirem, não é em todo lugar, principalmente a gente bota aí, recorte de raça, de algumas coisas, que inviabiliza ainda mais (Silvia).

Ao levantar a questão da autonomia estar relacionado ao ter renda, o participante Antônio refere à sua situação-limite de como conseguir caminhar em seus processos de reabilitação psicossocial se não tem acesso à renda. Como podemos ver em sua fala:

Eu fico pensando em como fugir desse imediatismo dessa renda, dessa sociedade capitalista sanguinária (...) seria massa se eu pudesse viver na floresta, seria massa se eu só pudesse tá me preparando, mas eu tenho uma pessoa que me diz que eu tenho que correr atrás de uma renda, eu faço parte de movimento social, e a turma fala pra mim que eu tenho que correr atrás de algo mais palpável, que movimento social é utopia, e aí é complicado, porque eu queria esse mapa pra poder fugir dessa sociedade, dessa realidade (Antônio).

De acordo com as reflexões suscitadas na leitura da realidade no Sonhão, a autonomia aparece imbricada com eixo trabalho na reabilitação psicossocial, tanto no sentido do trabalho enquanto caminho para obter uma renda, quanto do trabalho enquanto meio para o reconhecimento, para participação na vida social.

Nesse âmbito, Hirdes (2009) desenvolveu um estudo cujo objetivo foi abordar as concepções de autonomia e cidadania no processo de reabilitação psicossocial. Tratou-se de uma revisão bibliográfica na qual abordou conceitos de desinstitucionalização e reabilitação a partir de autores de tradição basagliana, autores ingleses e americanos, estes discutem a relação entre reabilitação, trabalho e saúde mental. A autora identificou que na perspectiva basagliana adota-se um estilo de trabalho mais flexível, em que o sentido de produção da vida supera a vida produtiva. Por outro lado, os autores ingleses e americanos apresentam modelos em que o objeto é a normalização dos ‘pacientes’ através do enfrentamento ao mercado de trabalho. Observou-se que ambos os modelos trazem consigo variáveis determinantes, como o estigma, as expectativas e a intolerância que denunciam formas de exclusão social do trabalho.

Pelo estudo de Hirdes (2009) percebemos uma correlação de autonomia com inserção no mercado de trabalho, uma vez que a autora levanta a necessidade de conceder créditos às pessoas com experiência na loucura, a fim de que sua autonomia e sua capacidade possam encontrar ocasião para se expressar e crescer. O conceder créditos parte da aposta nessas

peças de acreditar em suas potencialidades para a mudança de padrões, de comportamentos e a aquisição de habilidades que lhes permitam viver e interagir em sociedade. Este viver pode se dar através da inserção real no mercado de trabalho, como também pelo gerenciamento do cuidado consigo mesmo, do seu tratamento, do ambiente, das relações, do que for capaz.

A autonomia está só relacionada a ter acesso à renda? Compreendemos que, na sociedade capitalista, a qual vivemos o ter renda constitui-se como uma parte importante e que pode contribuir – ou não – para habitar os espaços da cidade, construir outras relações. Contudo, corroboramos com a perspectiva levantada acima de que autonomia também passa, necessariamente, pelo acesso a direitos básicos, como ter direito a moradia, a transporte, a alimentação, a saúde, a educação, a cultura. Visto que, ter acesso a essas políticas sociais pode aumentar o leque de possibilidades/de relações das pessoas, e dessa forma propiciar a construção de autonomia, de exercer a liberdade, de poder fazer escolhas e assumir essas escolhas.

Outro ponto de discussão do Sonhação foi a diferenciação entre tutela e autonomia. Surgiu a reflexão de como as práticas de reabilitação psicossocial podem promover autonomia, ao invés de tutelar (que tem a ver com o histórico do cuidado nos manicômios).

Penso muito que a saúde mental historicamente vem construindo, veio construindo e tá tentando uma reconstrução que não seja a partir da tutela, então muitas vezes a gente ainda tem dificuldade ao invés de tutelar, facilitar a promoção de autonomia e acredito que isso só seja possível coletivamente (...) tem espaços que a gente sabe que mesmo sendo CAPS, sendo criado pra aquilo, acaba tutelando (Fernanda).

Dos usuários se sentem tão bem naquele espaço. Que é um espaço de acolhimento, que é um espaço de reconhecimento de algumas coisas, mas que ao mesmo tempo diante de algumas questões a gente institucionaliza. E aí eu me questioneei: a questão do trabalho. O que está sendo feito dessa construção? O usuário está pra tá aqui ou para estar lá fora, aí eu acho que é uma das coisas porque às vezes o trabalho não é realizado né? No CAPS nesse processo do usuário ele tá ali mesmo e a gente pára pra questionar o que a gente faz pra essa inserção, mas que pede pra tá no território de fato, onde ele deveria estar e ali ser algo temporário, eu acho que um dos meus maiores questionamentos era esse o de estar fora e o de estar dentro (Ana).

Eu acho que ela traz uma coisa que é tutela ou não tutela, tutela versus autonomia, porque assim eu acho que um grande indicador aí, né? É consegui levar sua vida do jeito que escolheu, da forma que, o projeto de vida esteja colocando, alguma coisa por aí, e aí eu acho que tem toda razão (...) quer dizer o CAPS por ser tão acolhedor, né? às vezes ele precisa está jogando o cidadão para a vida assim, né? (...) E até quando é tutela e até quando é autonomia, onde começa a ser a autonomia, né? (Ana Marta).

As falas acima levantam a discussão da autonomia x tutela, a partir das problematizações de como as práticas de cuidado dentro dos CAPS se utilizam do território. As participantes percebem que as práticas acabam deixando cada vez mais as/os usuárias/os

‘dentro da ilha’ dos CAPS, ou seja, tutelando ali dentro, e não promove a autonomia para explorar a ilha, olhar o que tem fora, de construir a sua própria vida.

Para Perrusi (2017) as práticas de cuidado, na perspectiva da reforma psiquiátrica, impõem tutela e controle diferentes daqueles que caracterizam a lógica asilar. O autor levanta a perspectiva que estamos diante de uma tutela (e de um controle) democrática. Não é mais tutela sobre o paciente, mas sim sobre o/a usuário/a, que é igualmente um cidadão/cidadã. É a tutela que tem como objetivo político a reconstituição da autonomia, através da reabilitação psicossocial e inserção social, para além da cura e da eliminação de sintomas de sofrimento ou delírio.

O pensamento de Perrusi (2017) nos leva a reforçar a necessidade de compreensão sobre a autonomia, a tutela é, dita, democrática, porque não se tem no horizonte o que é a construção de autonomia. O que permeia uma pessoa ter autonomia ou não? É possível tutelar e facilitar a construção de autonomia ao mesmo tempo?

No estudo de Morato (2019) ao analisar a noção de autonomia refere que há momentos em esta apareceu como uma habilidade/condição que é concedida pela/o profissional à/ao usuária/o, através de uma relação verticalizada. Em outros, apareceu a partir de uma relação horizontal, em que o/a profissional facilita a autonomia ou ainda como elemento que possibilita o exercício da vida real, comum e de direito de toda e qualquer cidadã/cidadão. Também apareceu a autonomia analisada à luz de uma compreensão moralizante e normativa. Por um lado, uma autonomia que beira a idealização, que se apresenta como algo dado de ser alcançado (a normalização) caso se proceda com a reabilitação, por outro, autonomia pautada numa lógica moralizante.

Diante disso, Morato (2019) questiona quais os efeitos, na prática do cuidado em saúde mental, dessa imprecisão tanto teórica, quanto prática em torno do conceito de autonomia. Ainda argumenta que a discussão acerca da autonomia no campo da saúde mental é precária e que a depender da forma como é compreendida e de quais estratégias são adotadas para trabalhá-la com as pessoas, pode-se produzir exclusão, tutela, normatização. O que corrobora com o que levantamos no Sonhação e aponta a necessidade de se pensar e construir caminhos.

Ainda sobre a autonomia, Saraceno (2001) faz uma análise sobre as possíveis armadilhas que vêm ocultadas em discursos que tomam como objetivo primário da reabilitação a autonomia do sujeito. Esse mito da autonomia, de acordo com o autor, é o maior responsável pela hiperselação das/os pacientes nos programas de reabilitação e do complementar abandono das/os pacientes não selecionados. De fato, e uma vez mais, a

psiquiatria é um microcosmo onde se auto-reproduz a cultura dominante: “os mais bem dotados consegue, e então se selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem dotados a fim de que consigam”; por outro lado, “os menos dotados não conseguem, então é anti-econômico selecioná-los” (SARACENO, 2001, p.113).

A questão de fundo tem a ver com o modelo social que se persegue (o modelo de “mercado” que se persegue): o modelo da autonomia é aquele darwiniano, onde é perseguida a capacidade do singular de participar de forma vitoriosa (autonomia) na batalha da sobrevivência; a reabilitação seria o melhoramento dos atributos danificados (desabilidade), a fim de que o sujeito possa estar a par com os outros (SARACENO, 2001a, p. 113).

No modelo da reabilitação psicossocial, de reconstituição do poder contratual, não é essa autonomia que fica no centro, o objetivo não é fazer com que os fracos deixem de serem fracos para poder estar em jogo com os fortes, e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competência e interesses (SARACENO, 2001).

Dessa forma, enxergamos que o mito da autonomia que Saraceno (2001) refere aproxima-se da tutela democrática para construção de autonomia de Perrusi (2017). Nas práticas de reabilitação ao selecionar as pessoas que tem mais possibilidade de entrar no jogo dos fortes (ou seja, de construir sua autonomia) e as mais fracas não são ‘selecionadas’, perpetua-se dentro da ilha dos serviços as práticas de tutela, transvestidas da reconstrução de autonomia, na qual, alguns – poucos – conseguirão sair da ilha. Essas reflexões nos inquietam no sentido de pensar qual a concepção de sujeitos que permeiam essas práticas? Apenas alguns sujeitos conseguem ter autonomia e outros não?

Compreendemos que essas eram questões importantes que precisávamos nos debruçar no sentido de romper com a lógica manicomial dentro das práticas de reabilitação psicossocial e construir, verdadeiramente, a autonomia e não uma tutela democrática. Um dos caminhos para responder a esses questionamentos, que começou a se desenhar na leitura da realidade, foi da educação popular de Paulo Freire como veremos no tópico a seguir.

5.1.2.3 Educação Popular: a autonomia do agir

Ao imergimos nas reflexões sobre as práticas de reabilitação psicossocial e a construção de autonomia, retomamos que um dos motes iniciais na construção desse estudo foram as possíveis contribuições de Paulo Freire pra esse processo, para pensar essas situações-limites. Portanto, partimos desse pressuposto que indica para a possibilidade da educação popular ser um caminho de aposta para construção de práticas antimanicomiais. Nas falas abaixo encontramos alguns direcionamentos desse caminho:

Um ponto que a gente trás, é que a gente acredita, que as ideias da educação popular podem contribuir muito com a reabilitação psicossocial. Como pensar isso na prática de fato? Como é que a gente pode pensar um projeto prático (Nise).

Acho também que há uma necessidade da educação popular nesse processo, porque muitas vezes vai pro excesso de academicismo, a gente quer se comunicar com o usuário, quer se comunicar com a população e a gente tá falando termos técnicos, lendo textos extremamente rebuscados, falando de termos que a gente ainda não conversou, e aí a gente acaba muito pra teoria e na pratica a gente não faz nada disso, a gente não pensa educação popular junto com movimento social, fiquei muito feliz mesmo, da gente tá pensando isso, tanto pra luta antimanicomial (Fernanda).

A gente pára pra quebrar algumas barreiras e acho que o meu olhar hoje, não é o de antes, de ter uma fundamentação voltada para a educação popular, das questões de Paulo Freire, talvez meu olhar não fosse esse, e sim de impor (...) como a gente consegue considerar a falar do sujeito e considerar aquele sujeito quanto protagonista do processo, a gente veio como um mediador e nessa articulação de trocas e tudo mais, mas não vai ser nossa imposição (Ana).

Na heterogeneidade do grupo do Sonhação importa destacar que haviam participantes que tinham mais profundidade sobre o conhecimento da pedagogia freireana, e outras/os que tinham o interesse, a curiosidade de conhecer mais. Como caminho para iniciarmos a pensar hipóteses para as situações-limites levantadas e pensar se Freire seria, de fato, um referencial para nos aprofundarmos, fizemos a leitura do texto ‘Pacientes Impacientes’. O texto foi uma importante ferramenta para a dinâmica da problematização codificação-descodificação, bem como, um ensaio para a realização da análise crítica da realidade.

O texto ‘Pacientes Impacientes’ foi organizado por Ricardo Ceccim a partir da transcrição de uma conversa que Paulo Freire teve, em 1982, na cidade de São Paulo, com pessoas que, direta ou indiretamente, estavam envolvidas com o trabalho de educação popular. De acordo com Ceccim (2007) a gravação dessa conversa foi organizada em um documento que foi e segue sendo usado como referência por diversos movimentos da sociedade, com o objetivo de orientar as ações de intervenção social nas diferentes formas de luta coletiva por democracia, cidadania e reinvenção da vida. A partir desse documento, Ceccim (2007) organizou o texto.

Freire inicia a conversa chamando a atenção para a necessidade de unir teoria e prática, pois somente ao refletir sobre as ações, pode-se dar validade a elas, se reconhecer nela e agir como sujeito histórico, sendo autores e não reféns da história. Afirma que não está ali dando uma palestra sobre o método de se realizar educação popular, mas de que iria colocar alguns princípios que são validos para quem está enfrentando relações entre movimento e mudança, inclusive os que estão na área da saúde. Foi explanado sobre cinco princípios: o saber ouvir; o desmontar a visão mágica; aprender/estar com o outro; assumir a ingenuidade dos educandos e viver pacientemente impaciente (CECCIM; FREIRE, 2007).

Nos debruçamos na compreensão de cada princípio apresentado por Freire no texto, decodificando cada um a partir das nossas próprias vivências e conhecimentos. Mas um ponto que foi primordial para a leitura foi a construção do Dicionário do Sonhação³⁴ (mencionado anteriormente nas ferramentas de construção do conhecimento) e dentre as palavras do dicionário, a discussão sobre o significado de Dialética, o que foi importante também para compreensão do nosso papel enquanto grupo Sonhação.

No texto, Freire (2007, p.37) define dialética como “o processo de conhecimento pelo qual se acerta o caminho certo por meio de um processo de reflexão em cima da realidade ou prática”. Nas nossas discussões compreendemos dialética como:

Dialética é uma palavra que nos remete a contradição, que nos remete a refletir pra poder construir conhecimento junto com quem vive a realidade na prática e não simplesmente ficar só teorizando, pensando palavras abstratas. (...) E aí entra a dialética, que é a construção do conhecimento junto com as massas populares (Rosimeire).

A grande questão da dialética é perguntar, é um método do questionamento (Ana Marta).

Na realidade é porque atrás de outro porque (Ernesto).

A gente tá aqui fazendo dialética, tá refletindo sobre algo e gerando conhecimento, todos nós (Nise).

A possibilidade da construção coletiva do conhecimento facilitada pela leitura do texto proporcionou a compreensão de que o que estávamos fazendo ali, no Sonhação, era dialética, estávamos refletindo sobre a realidade da reabilitação psicossocial e em busca da construção de outro caminho.

Além do que, a leitura proporcionou nos reconhecermos enquanto sujeitos curiosos e com possibilidade de construir conhecimento, afirmando o que Freire (2019) defende que uma das bonitezas de estar no mundo e com o mundo é a capacidade que temos de conhecer e intervir no mundo, de forma que: “Ao ser produzido, o conhecimento novo supera outro que antes foi novo e se fez velho e se “dispõe” a ser ultrapassado por outro amanhã” (FREIRE, 2019, p.30).

Portanto, após o levantamento das situações-limites já problematizadas acima e desse contato com a pedagogia de Paulo Freire, compreendemos que o Sonhação iniciava outra etapa em seu processo, para criar novos conhecimentos, pensando na aliança entre a teoria e a ação. A fala de Nise abaixo retrata a mudança do momento da investigação temática que começava a se anunciar no Sonhação:

Existem algumas práticas de reabilitação psicossocial que são punitivas, que são manicomiais, que não dialogam, que não nos consideram como sujeito, então vários

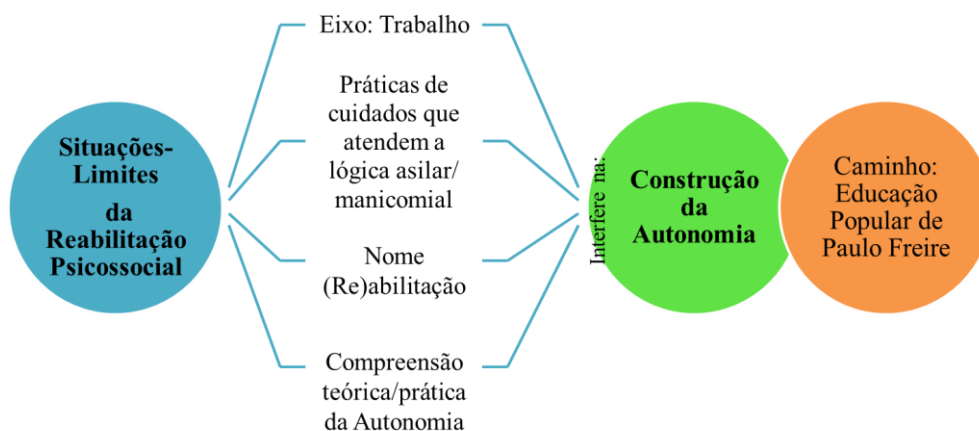
³⁴ Conferir Apêndice 5.

limites, que tutelam, e estamos entendendo que a gente não quer isso. E aí como a gente constrói outra coisa, que eu acho que é a proposta daqui do grupo, claro que tem coisas do campo concreto mesmo que a gente vem levantando não tenho renda, quando penso autonomia fico angustiada, porque preciso ter casa pra morar, porque eu preciso de um trabalho, o povo diz que militância não é trabalho, tô sendo massa de manobra, como a gente consegue pensar um processo de reabilitação que responda a esses nossos interesses de tá militando e que responda as demandas concretas dessa vida (Nise).

5.1.3 Sistematizando a Leitura da Realidade

Desvelada a realidade, precisávamos pensar como iríamos seguir, compreendemos que nosso *tema gerador* é a construção de autonomia, ao qual iríamos nos debruçar para analisar criticamente essa realidade e pensar uma proposta de ação. Abaixo segue um esquema (Figura 6) em que sistematizamos as situações-limites levantadas na leitura da realidade. Importante lembrar que essas situações-limite dizem respeito tanto a uma análise ‘macro’ da reabilitação psicossocial, quanto nos microprocessos de reabilitação de alguns pesquisadores. Portanto, tínhamos em mãos obstáculos importantes, não podíamos deixar de pensar na situação existencial real, bem como, tínhamos o desejo de pensar um processo para a reabilitação psicossocial que fosse, de fato, promotor de autonomia.

Figura 6 – Sistematização da Leitura da Realidade



Fonte: Produzido pela autora a partir dos dados da pesquisa empírica (2020)

Compreendemos que as problemáticas da reabilitação psicossocial: a ausência de iniciativas de geração de trabalho e renda, o próprio nome reabilitação que não condiz com o horizonte da reabilitação psicossocial, as práticas de cuidado que atendem a lógica asilar e manicomial não confluem e a dificuldade na compreensão teórico/prática do conceito de autonomia, interferem na construção de autonomia, das pessoas com experiência na loucura, em seus processos de reabilitação psicossocial. Dessa forma, precisávamos compreender o que é autonomia e como promovê-la, é apenas na inserção no trabalho e ao gerar renda? A mudança do nome reabilitação irá favorecer práticas antimanicomiais produtoras de sujeitos autônomos? Foi a partir desses questionamentos que seguimos para a análise crítica da realidade.

5.2 ANÁLISE CRÍTICA DA REALIDADE

“Se não há conscientização sem desvelamento da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo, tal desvelamento, mesmo que dele decorra uma nova percepção da realidade desnudando-se, não basta ainda para autenticar a conscientização. Assim como o ciclo gnosiológico não termina na etapa da aquisição do conhecimento existente, pois que se prolonga até a fase da criação do novo conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa do desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade”.
Paulo Freire

A análise crítica da realidade tem como objetivo encontrar as razões de ser das situações-limites e com ajuda de novos aportes teóricos-práticos possibilitar confrontar e superar o conhecimento anterior, em busca de pensar uma nova realidade que queremos construir (SAUL, 2015). Na fala de Nise abaixo podemos perceber o questionamento de quais lentes iríamos usar para realizar a análise crítica da realidade.

É que diante disso tudo que a gente levantou, da reabilitação, todas essas questões de imposição, de não saber ouvir, do monólogo, né? Dessa sociedade que requer a produção, a produção das práticas manicomiais, enfim, a gente levantou isso tudo sobre esse processo que a gente tá discutindo que é da reabilitação psicossocial. Mas se não é isso o que é? E aí a gente tentar formar juntos, a gente tá dizendo que não é isso, refletirmos aqui, mas um ponto da dialética é a reflexão e a ação, então a gente precisa pensar o que é pra a gente poder agir. Se não é essas coisas, o que é? É o nosso mote pra a gente pensar (Nise).

Não podemos deixar de elucidar novamente que durante os encontros do Sonhação tínhamos pesquisadores que vivenciavam situações-limites concretas em sua vida, da necessidade de ter uma renda para não retornar a morar nas ruas e construir seu processo de autonomia, essa situação diz respeito a todas as reflexões da realidade em que estávamos

levantando. Precisávamos pensar um inédito viável para ambas e, portanto, nos encontrávamos num impasse entre realizar a análise crítica da realidade, fomentando com novos conhecimentos as nossas reflexões ou já ir para a ação. Como dialeticamente construir isso? Não poderíamos ficar só na paciência, ou só na impaciência, nem só na denúncia das práticas de reabilitação psicossocial, mas no anúncio de uma nova realidade.

Freire (2005) nos alerta que a ação humana transformadora não é apenas um puro fazer, não pode se dissociar da reflexão e da ação, precisa ser um quefazer:

Quanto mais as massas populares desvelam a realidade objetiva e desafiadora sobre a qual elas devem incidir sua ação transformadora, tanto mais se “inserirem” nela criticamente (...) Num pensar dialético, ação e mundo, mundo e ação, estão intimamente solidários. Mas a ação só é humana quando mais que um puro fazer, é um quefazer, isto é, quando também não se dicotomiza da reflexão (FREIRE, 2005, p.44).

5.2.1 Entre a paciência impaciente da leitura da realidade e a elaboração de uma proposta de ação, um caminho: a Pedagogia da Autonomia como referencial para a reabilitação psicossocial

Compreender a dialética da paciência impaciente nos fez olhar para o Sonhação. “Os problemas sempre virão, e sempre serão solucionados ou não. Dependendo do nosso entendimento e das nossas ações. O grande aprendizado, entretanto, sobrevém justamente de vivermos pacientemente impacientes” (CECCIM, FREIRE, 2007, p.44).

Precisávamos pensar quais os passos iríamos caminhar daqui pra frente, um dos participantes trouxe a proposta de ação coletiva de realizar uma escola de formação antimanicomial para trabalhadores, na qual, as/os educadoras/es seriam as/os usuárias/os da RAPS. A proposta de ação seria, nós do Sonhação, organizarmos essa escola a partir das reflexões suscitadas sobre a reabilitação psicossocial e a autonomia.

Eu acho que tá em tempo da gente, tava conversando com o pessoal (...) da gente fazer um grupo de formação dos usuários para formar os profissionais da rede para lidar com a gente, tá ligado? (...) uma escola de formação (David).

Chegou-se a pensar numa escola antimanicomial para os trabalhadores, ou para trabalhadores e estudantes. Poderia ser uma coisa que de certa forma poderia ser emergencial também, ela poderia ter renda imediata (Ana Marta).

A geração de trabalho e renda era uma situação-limite nossa enquanto Sonhação, tanto nos processos micro, quanto macro, o que surgia da nossa relação dialética era propor uma iniciativa de geração de trabalho e renda. A proposta que surgiu foi da realização da escola de formação antimanicomial para trabalhadores/as, compreendíamos que para isso precisávamos, ainda, continuar nos nossos processos formativos para poder montar toda a metodologia dessa escola de formação.

Entretanto, havia uma situação-limite emergencial de Antônio, precisava de um trabalho, que gerasse renda, para poder ter uma casa para morar e não retornar as ruas. Começou a surgir propostas de confecção de produtos para venda que tivessem como ilustrações desenhos ou frases relacionados a luta antimanicomial. Inclusive, duas participantes conversaram com um artista plástico sobre o Sonhação e o mesmo fez uma ilustração³⁵ para o nosso coletivo, surgiu como proposta de utilizar essa ilustração nos produtos para venda nos serviços da RAPS.

Essa proposta da iniciativa de geração de trabalho e renda já era algo que estava sendo pensando por alguns dos participantes que fazem parte de uma associação de usuários e usuárias da RAPS de Pernambuco. Entretanto, as ações dessa associação estavam paradas no momento e os usuários que fazem parte da associação estavam no Sonhação.

Nós estávamos pensando em iniciar o processo de emprego e renda na associação com camisas, que alguns colegas tinham falado. E algo que seja rendável tanto para profissionais quanto para os usuários. E dentro de um período sazonal de cada período festivo, a gente lançar uma frase relacionada a luta dentro do contexto do natal, por exemplo. Agora já no natal a gente ter esse material em mãos, voltado pra o natal. Natal e réveillon. Isso na associação, que a gente possa gerar renda e dar sustentabilidade para os usuários (David).

Nesse gancho das camisas, eu pensei em camisas que fossem relacionados temas, que fossem frases impactantes, que incomodassem (Antônio).

Por isso que a gente também pensou numa espécie de quadro, numa espécie de coisa que fosse mais permanente, que ficasse em cada CAPS representando vínculo com aquele CAPS com o processo de inclusão, autonomia psicossocial e como se fosse a associação, se fosse com o Sonhação, com alguma coisa que representasse esse compromisso. Pra que a gente também pudesse ir colocando a ideia pra dentro do CAPS. Tipo aqueles negócios que têm na maternidade, eu valorizo o aleitamento materno. Eu estou aqui na luta pela reabilitação psicossocial, pela autonomia ou pelo desenvolvimento de ações. Ou eu apoio o projeto Sonhação. Coisa que fosse bem concreta, os CAPS também pudessem visualizar (Ana Marta).

Como conciliar a execução dessas ações, iríamos fazer uma escola, o que é necessário para fazer uma escola? Como sistematizar o conhecimento que estávamos produzindo sobre reabilitação psicossocial para organizar as aulas? Precisávamos ainda aprofundar na reabilitação psicossocial e no conceito de autonomia e/ou iríamos realizar a confecção de produtos para a venda e tentar empreender nesse sentido para garantir uma renda, nos encontrávamos em um impasse, como construir dialeticamente a paciência e a impaciência. A fala abaixo de Rosimeire contribuiu para a definição dos nossos próximos passos:

Quando penso no nosso grupo Sonhação, eu acho que a gente precisa ir pra ação, eu só não sei quando, não sei se agora. Se fosse pra ir agora pra ação, eu queria uma ação pra resolver a situação de Antônio nesse grupo. Pra mim essa seria a ação, se fosse pra sair desse grupo, eu sendo membra desse grupo. Uma ação pra médio e longo prazo. Pra mim, o nosso estudo que a gente se colocou a fazer no início do grupo está inacabado ainda. Eu não me sinto ainda satisfeita de ter

³⁵ Conferir no Apêndice 6.

pensado em reabilitação psicossocial e autonomia, eu preciso estudar isso. Eu simpatizo a mudança do nome autonomia psicossocial, mas eu ainda não sei exatamente o que danado é essa autonomia que todos falam, por mais que eu já tenha lido Pedagogia da Autonomia há um tempo atrás, que eu não lembro mais as coisas que estão lá nesse livro (...) Desde o primeiro dia desse grupo foi colocado a situação de Antônio, pra mim essa foi a leitura de realidade mais concreta possível. Eu acho que a coisa mais emergencial seria esse suporte que a gente poderia estar dando de alguma forma, não sei como. De certa forma, concluir mais essas questões que foram postas, com as práticas de reabilitação, entender o próprio sentido de autonomia que a gente tanto fala. Porque, querendo ou não, cada vez mais a tendência é redimensionar a rendimentos, que não é só isso (Rosimeire).

Nós tínhamos conosco o desejo de realizar a leitura do livro Pedagogia da Autonomia coletivamente, mas não queríamos impor esse desejo e/ou a leitura. No entanto, com a fala de Rosimeire, construímos coletivamente o desejo de ir buscar na base, no referencial de Freire, o conhecimento para pensarmos quais contribuições poderia trazer para a teoria e a prática da reabilitação psicossocial. Compreendemos que realizar a leitura anteriormente do texto ‘Pacientes Impacientes’ foi fundamental para nos compreendermos enquanto sujeitos do conhecimento e aguçar o desejo de ir mais a fundo na pedagogia freireana. E assim seguimos, cada uma com seu livro Pedagogia da Autonomia, a metodologia de leitura seguiu pela divisão dos tópicos de cada capítulo, cada pessoa ficava responsável pela leitura de um tópico, fazer anotações dos pontos que chamava a atenção e trazer para discutir coletivamente. Tentamos como exercício fazer uma troca: ao invés de pensarmos o ensinar, ou as relações educador/a e educando/a, que Freire trás no livro, pensarmos como sendo a reabilitação psicossocial ou a relação profissional da saúde mental com usuárias/os. Dessa forma, a partir da leitura identificar as contribuições de Freire para o processo de reabilitação psicossocial, assim como, buscar o referencial para o conceito de autonomia.

Após pactuarmos a leitura do livro, seguimos em cada encontro discutindo um capítulo e pensamos na proposta da Escola de Formação ser organizada a partir dos capítulos do livro Pedagogia da Autonomia, ao transformar os nomes dos tópicos organizaríamos as aulas seguindo esse mote.

Quanto à confecção de produtos para venda, inicialmente, pensamos em paralelo aos encontros de estudo do livro, irmos nos organizando no sentido de divisão de tarefas e reponsabilidades para confecção e venda dos produtos, entretanto, não conseguimos nos organizar para isso. Devido às situações-limites elencadas, tanto micro, quanto macro, decidimos por ao final da leitura do livro realizar uma oficina de Projeto de Vida³⁶, a partir disso poderíamos vislumbrar se era, de fato, desejo ou não do grupo se engajar na confecção desses produtos, ou se iríamos apenas focar na realização da escola, ou construir outras

³⁶ Sobre isso iremos explicar no tópico de elaboração de proposta de ação.

propostas de ação.

Em vista disso, prosseguimos com a leitura da Pedagogia da Autonomia, suscitando as reflexões e posteriormente realizaríamos a organização da Escola, como proposta de ação do Sonhação.

5.2.2 A codificação da análise crítica da realidade: uma situação do cotidiano que nos acompanhou

A compreensão da leitura do texto também seguiu a dinâmica do uso de codificações e descodificações, a partir da vivência de cada uma/um e no sentido de nos ajudarmos a compreender a pedagogia de Paulo Freire. Uma codificação, uma situação do cotidiano, levantada pela participante Estamira nos acompanhou durante os encontros da leitura, a partir dos saberes levantados por Freire (2019) fomos descodificando essa situação. Segue abaixo:

É um exemplo que me veio a partir disso. A gente enquanto pessoas que procuram fazer uma sociedade antimanicomial, construir e construindo esse processo, chega um usuário para a gente fala: 'ô, de fato, aqui no CAPS não tá rolando não, eu quero ir para uma comunidade terapêutica. Até isso tem a ver com pensar certo, né? Risos (Estamira).

Primeiramente, precisamos problematizar o contexto das comunidades terapêuticas (CTs). Como mencionado anteriormente as CTs aparecem como um ponto de atenção na portaria da RAPS, apesar de ser duramente criticado por movimentos sociais e entidades ligadas à reforma psiquiátrica brasileira. Pereira e Passos (2017) referem que o principal desafio no campo do cuidado em saúde mental, atualmente, é a formalização e financiamento público de serviços asilares que caminham na contramão, de uma série de experiências nacionais e internacionais, da redução de danos e políticas intersetoriais, entre eles, as comunidades terapêuticas: espaços privados e (na maioria das vezes) religiosos que tem se voltado para pessoas com demandas de álcool e drogas. As autoras indicam que acompanham o crescimento de denúncias direcionadas para as comunidades terapêuticas, principalmente no que diz respeito às violações de direitos humanos e maus-tratos.

Em paralelo, ao fechamento de mais de 80 mil leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, nos últimos 30 anos, houve o crescimento alarmante das comunidades terapêuticas. A força das CTs pode ser atestada pela mudança nas diretrizes das políticas públicas de saúde sobre drogas, com o lançamento do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas”, em 2010. Além de também ter sido aprovado pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 131 de 2010, que institui o incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao distrito federal para o apoio das CTs (FERRAZA, et. al, 2017; PEREIRA, PASSOS, 2017).

Os princípios definidos como base para o tratamento nas CTs são: o isolamento do dependente químico e total segregação de seu meio social e familiar; abstinência completa pautada, principalmente, no modelo de tratamento dos Alcoólicos e Narcóticos Anônimos (AA; NA); a participação obrigatória em cultos e reuniões de caráter religioso; a disciplinarização e moralização por meio do trabalho compulsório, ou seja, a “laborterapia” (FERRAZA, et. al, 2017).

Destaca-se que as CTs tratam-se de uma estrutura manicomial que reproduz a compulsoriedade, o asilamento e as opressões de gênero, classe e raça, contrariando os avanços da reforma psiquiátrica brasileira, fundamentada na redução de danos e nas políticas e práticas intersetoriais. O direcionamento de financiamento para serviços asilares precariza a rede de serviços de saúde, assistência social, educação, cultura, lazer e aponta para uma lógica de individualização das demandas de álcool e outras drogas que desconsidera toda a realidade familiar, social e territorial das pessoas envolvidas, assim como, impede a construção de novos laços e possibilidades de vida, trabalho, moradia, entre outras (PEREIRA, PASSOS, 2017).

No caso de Pernambuco, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, no eixo gestão do cuidado no contexto de uso prejudicial de drogas, preconiza-se que o cuidado deve ser orientado pelo paradigma da redução de danos enquanto política pública que atende plenamente aos princípios do SUS, a saber: a universalidade, a equidade e a integralidade, bem como, preconiza que o cuidado deve ser em liberdade (PERNAMBUCO, 2018). Compreendemos que a orientação de cuidado, para pessoas com demandas quanto ao uso de álcool e outras drogas, da política do estado de Pernambuco não corrobora com os princípios do cuidado das CTs. Além disso, o estado de Pernambuco, no ano de 2011, também aprovou a Lei nº 14.561/2011 que institui a Política Estadual sobre Drogas, esta lei reconhece como um dos seus eixos as comunidades terapêuticas como entidades da sociedade civil organizada na condição de rede complementar, ou seja, não fazem parte da RAPS de Pernambuco. Ademais, Pernambuco também conta com uma resolução nº 747, aprovada em 2018, do Conselho Estadual de Saúde, que contém a modelagem da RAPS nas 12 regionais de saúde e que não reconhece as CTs como parte integrante da rede.

Contudo, no ano de 2019, o deputado estadual Pastor Cleiton Collins desarquivou o Projeto de Lei 1940/2018 que visa regulamentar as CTs no estado, no sentido de fazerem parte da RAPS. O que vai de encontro ao preconizado pela legislação citada acima do cuidado para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, que prevê que o acolhimento integral de abrigamento deve ser realizado em Unidades de Acolhimento e no Programa

Atitude, do Governo do Estado e não em CTs. Atualmente, as CTs em Pernambuco recebem dinheiro federal via Ministério da Cidadania (EBRAHIM, 2019).

Os movimentos em defesa da RAPS, da luta antimanicomial e da redução de danos se reuniram junto à deputados estaduais para propor a mudança do artigo, no projeto de Lei, que incluía as CTs na RAPS. Considerando que o financiamento público, por parte do estado de Pernambuco, de CTs, vai na contramão das políticas públicas de saúde mental abertas e de base comunitária, e no atual contexto de congelamento dos investimentos em saúde e educação³⁷, essa inclusão poderia comprometer a ampliação da rede que atua a partir da redução de danos, do acesso e da promoção de direitos das pessoas. Através de um acordo em audiência pública na Assembléia Legislativa, o texto do projeto de lei deixou de contar com o artigo que incluía as CTs na RAPS (EBRAHIM, 2019a).

Essa tentativa de fazer com que as CTs sejam financiadas por recursos públicos estaduais indica da necessidade do movimento da luta antimanicomial estar atento a essas questões. Visto que no contexto nacional já existe esse garantia, e como vimos anteriormente, nos estudos citados, muitas dessas CTs reproduzem um cuidado manicomial, de segregação, de violação de direitos humanos, o que não reconhecemos como cuidado que visa a reabilitação psicossocial dessas pessoas.

Nesse sentido, ao analisarmos a situação existencial levantada não podemos deixar de trazer à tona essas questões. A possibilidade de escolher ir para comunidade terapêutica vem sendo respaldada pelas políticas públicas nacionais. Compreendemos, que as/os usuárias/os ao escolherem ir pra esse serviço, que responde a uma lógica asilar, deve-se à uma falha no cuidado na RAPS, o que também diz respeito às situações-limites que levantamos nos processos de reabilitação psicossocial. Não podemos deixar de olhar para isso, e para que se instaure a necessidade de busca pelos inéditos viáveis, mesmo diante de um cenário em que insiste em perpetuar o cuidado manicomial.

Compreender também o que Freire (2019) defende por ‘pensar certo’ nos ajudou a pensar na descodificação dessa situação existencial:

A grande tarefa do sujeito que pensa certo não é *transferir, depositar, oferecer, doar* ao outro, tomado como paciente do seu pensar, a inteligibilidade das coisas, dos fatos, dos conceitos. A tarefa coerente do educador que pensa certo é, exercendo como ser humano a irrecusável prática de inteligir, desafiar o educando com quem se comunica, a quem comunica, a produzir sua compreensão do que vem sendo comunicado. Não há inteligibilidade que não seja comunicação e intercomunicação e que não se funde na dialogicidade. O pensar certo, por isso, é dialógico e não polêmico (FREIRE, 2019, p. 38).

³⁷ Refere-se à Emenda Constitucional 95/2016 que congelou, a partir de 2018, os gastos com saúde e educação por 20 anos.

Partindo dessa compreensão e da exigência que Freire (2019) faz a prática educativa, também compreendemos como exigência à prática da reabilitação psicossocial, ou seja, não depositar na pessoa que chega querendo ir pra um serviço que atende a uma lógica que não defendemos que ele/ela não vai, mas sim junto com ele/ela, através do diálogo, fomentar a reflexão crítica e que a partir desta, se tenha o poder de decisão sobre quais caminhos seguir.

A partir desse movimento de codificar/descodificar e do aprofundamento nos saberes que Freire (2019) coloca como necessários a prática educativa no livro *Pedagogia da Autonomia*, identificamos quais os saberes fundamentais para a prática da (re)abilitação psicossocial. Ressaltamos que colocamos o ‘re’ da reabilitação psicossocial entre parentêses pela nossa crítica ao nome reabilitação e por compreender que esse processo não equivale ao significado do prefixo ‘re’, de retorno. Abaixo iremos apresentar as reflexões suscitadas de cada saber.

5.2.3 Quais os saberes fundamentais para a (re)abilitação psicossocial para promover autonomia?

5.2.3.1 A (re)abilitação psicossocial constrói autonomia

Como visto na leitura da realidade um questionamento nosso era o que, de fato, é autonomia? Essa palavra que circula tanto, que está nos referenciais teóricos, está na prática do cotidiano dos serviços, mas o que significa? Através da leitura da *Pedagogia da Autonomia*, assumimos o conceito de autonomia com base em Paulo Freire.

Para Freire, autonomia requer a liberdade para realizar a tomada de decisões, ao assumir decisões, assume-se o risco delas e, portanto, demanda responsabilidade (FREIRE, 2019). “É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras de decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade” (FREIRE, 2019, p.105). As falas abaixo sistematizam a discussão sobre autonomia a partir da leitura do livro:

Porque pontua também assim que autonomia é risco (...) quando a gente estimula a autonomia no outro, na gente, a gente também tem que ter consciência desse risco, agora só me vem aquela discussão de novo – referindo-se a codificação explicitada anteriormente - é isso sabe eu acho, tá quer ir? Então assumir esse risco sabe? As suas ações. Eu acho que ser sujeito autônomo é segurar o reggae da sua vida assim também (Estamira).

O que é autonomia? Primeiro tem a ver com a liberdade, e a liberdade tem haver com a responsabilidade, de assumir as minhas decisões. E aí um processo de

cuidado em saúde mental ele precisa proporcionar que as pessoas tomem decisões (Nise).

Autonomia é assumir responsabilidade (Antônio).

Compreendemos que a palavra autonomia não podia deixar de vir anunciada com mais três outras palavras: liberdade, tomada de decisão e responsabilidade. Um ponto de discussão importante nos processos de cuidado para favorecer a autonomia, foi a discussão que Freire levanta sobre a liberdade x licenciosidade e a autoridade x autoritarismo e de como isso vai influenciar na construção da autonomia. Freire (2019) defende que nas relações que construímos entre sujeitos (educadora/educador e educanda/educando; profissional da saúde mental e usuárias/os; pais, mães, filhas e filhos), estas precisam se estabelecer no sentido de respeito à autonomia um do outro.

A liberdade defendida não é aquela sem limites, pois a sem limites pode ser tão negada quanto à liberdade que é asfixiada ou castrada. O trabalho educativo, de acordo com Freire (2019) – e aqui trazemos para as práticas de (re)abilitação psicossocial – devem trabalhar no sentido que a necessidade do limite seja assumida pela liberdade. “Quanto mais criticamente a liberdade assume o limite necessário tanto mais autoridade tem ela, eticamente falando, para continuar lutando em seu nome” (FREIRE, 2019, p.103).

A liberdade é assumida no exercício constante da tomada de decisões e amadurece no confronto com outras liberdades, ou seja, os sujeitos assumem cada vez mais sua liberdade quando confrontam outras liberdades na defesa de seus direitos e em face da autoridade da educadora/educador, das/dos profissionais de saúde mental, da família, do Estado (FREIRE, 2019). Faz parte do aprendizado, do processo de construção da autonomia, assumir as consequências do ato de decidir, “a decisão é um ato responsável” (FREIRE, 2019, p.104).

Freire (2019) traz o exemplo de mães e pais que devem aceitar humildemente o papel de enorme importância de assessora ou assessor da filha ou filho, sem rebaixar a sua autoridade, o que podemos transpor para as relações entre profissionais da saúde mental com usuárias/os. Uma relação a qual foi levantada tantos obstáculos na leitura da realidade, por se pautar em relações de autoritarismo, de não diálogo, de controle. Ao assumir o papel de assessora/assessor, as/os profissionais de saúde mental, jamais tentam impor sua vontade ou se irritam porque seu ponto de vista não foi aceito. Nessas relações o que é necessário é que cada um/uma assuma eticamente, responsabilmente, as suas decisões fundantes na autonomia. “Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém” (FREIRE, 2019, p. 105).

Para Freire (2013) é preciso compreender a tensão dialética entre autoridade e liberdade, não se pode negar a importância da autoridade na construção de relações, pois sem

ela não há disciplina, mas licenciosidade, da mesma forma que sem liberdade não há disciplina, mas autoritarismo. “Autoritarismo e a licenciosidade são formas indisciplinadas de comportamento que negam o que venho chamando a vocação ontológica do ser humano³⁸” (FREIRE, 2019, p.86).

Desse modo, ratificamos a importância dos serviços de saúde mental pautarem suas ações na concepção de autonomia defendida pela pedagogia freireana, bem como romper com as relações pautadas no autoritarismo e na licenciosidade tão presentes no modelo de cuidado manicomial. Para construir autonomia, nos processos de reabilitação psicossocial, é necessário que não haja imposição dos desejos do serviço; dos/das profissionais; das famílias; do Estado para as pessoas com experiência na loucura, cada um/a tem seu poder de decidir e assumir a responsabilidade dessas escolhas. Em uma das falas de Antônio ele traz o desabafo de alguns serviços que continuam a impor os desejos. Estamira reforça a importância da reflexão sobre essas práticas e também levanta que durante os encontros do Sonhação conseguimos respeitar os processos de autonomia de cada uma/um do coletivo.

Sabe eu tô lembrando que bom seria se todos os espaços funcionassem dessa forma de realmente respeitar a autonomia do outro, porque assim o espaço lá que eu tô, eu meio que percebo que eles ainda querem impôr sabe? Eu acho que o projeto é lindo, o programa é lindo, mas eles ainda meio que impõem (...) Às vezes eu fico pensando, por exemplo, acontece comigo, além do profissional que quer impor: ah! sei lá, o que ele acha que é certo pra sua vida, tem o cara no caso, o usuário, que ele acaba acreditando que tem que ser dessa forma (Antônio).

Então isso também vem desse lugar de não parar para refletir sobre o que você tá fazendo, sobre suas ideias, como também uma concepção de cuidado. Assim quando eu deposito muito no outro o que eu quero, quando o que ele faz não tá de acordo, eu não gosto, não acredito, enfim, isso diz muito mais de mim, do que do outro sabe. Eu acho que nessa minha experiência na saúde mental, por mais que a gente sempre vai pensando é algo que fica muito forte sabe, quando eu saio enquanto profissional que eu sempre consigo refletir sobre esse lugar que é meu e o lugar do outro, nesse sentido de não colocar minhas frustrações nele e também não depositar nele o que eu acho que tem que ser. Isso que a gente vem vivendo aqui no sonhação só vem para reforçar, que é importante sempre voltar para este lugar, o lugar é dele, a autonomia é dele, é uma disputa de paradigma da forma como a gente vai orientar nosso cuidado (Estamira).

A fala de Antônio aponta uma reflexão importante feita com base no conceito de autonomia. Dos serviços e da própria política de saúde mental considerarem que as pessoas tem possibilidade de decidir, de poder escolher, porque em algumas situações, tanto no lugar de usuárias/os, quanto trabalhadoras/es da rede, não conseguem ver outra perspectiva, ou ter a oportunidade de tomar decisões. Consideramos que isso se deve ao lugar de opressão ao qual estão submetidas/os e que acabam acatando ao que é imposto. Tanto usuárias/os que acatam ao que é imposto pelas profissionais, quanto pelo Estado e pela família, assim como,

³⁸ A vocação ontológica que Freire se refere é a do ‘ser mais’.

trabalhadoras/es que vivenciam contextos de precarização dos vínculos trabalhistas e que precisam se submeter a atitudes que não corroboram com a ética profissional.

Sobre isso, a fala de Nise abaixo problematiza o quanto historicamente na saúde mental as pessoas foram violadas do seu direito de decidir, ao serem enclausuradas dentro de manicômios e atender a uma rotina de medicação, eletrochoques, maltratos.

Se a gente pensar que muitas vezes pelo contexto de desumanização que a gente vive, as pessoas, nós, enfim, não temos oportunidade de tomar decisão, é só aquilo que é colocado para gente, e isso não favorece a nossa autonomia. Então se pensar no contexto da saúde mental, eu tinha um surto eu era colocado dentro de um manicômio e acabou, né, eu não tinha nenhuma possibilidade de tomar decisão ali (...) E aí eu acho que é algo que nós dessa roda aqui, profissionais e usuários, temos que estar sempre atento é da nossa possibilidade de decidir, e que também quando a gente decide a gente tem responsabilidade sobre o que a gente decide. E aí, Precisamos é arcar com esse risco, né, dessas decisões que a gente toma. Isso é ser autônomo, a autonomia parte disso, de poder fazer escolhas e assumir a responsabilidade dessas escolhas (Nise).

Franco completa: “Quer sejam boas, quer sejam ruins”.

Um ponto importante levantado por Franco foi a situação de pessoas com experiência na loucura que estejam vivenciando situação de crise, ou de desorganização psíquica. Franco questiona se essas pessoas podem tomar decisões e defende que essas vão precisar do auxílio de outras.

Também seria até natural essa indagação, de não exercer a cidadania dele, o papel dele como usuário, se ele tiver no momento, por exemplo, delirando ou não tá em si, como uma criatura em sã consciência não tá em si com o juízo legal, como se consideram legal para tomar alguma decisão, aí vai precisar realmente verdadeiramente de filhos que pegue na mão dele, como, por exemplo, quando eu passei pelo manicômio... tinha gente lá que comia de um jeito, tomava banho de outro, de repente vai pra o CAPS come de mão, aí a galera ensinando ‘Ô! pega o talher, pega um garfo, aqui tem isso’ e aquele instinto animalesco de hospital de se defender de tudo, o indivíduo não tem, mas se ele estiver orientado, tiver tomando o remédio, como, por exemplo, feito eu você pode até dizer para mim: ô Franco você vai vir uma semana, por exemplo, de segunda a sexta e vai pernoitar no sábado, aí fica aqui com a gente aí quando vocês verem que eu tô tendo evolução, por exemplo, cabelo cortado. Não, primeiro, pensamento organizado, cabelo cortado, unha cortada, tomado banho, roupa limpa, cheiroso, aí vai lá no prontuário isso é psicologia, aí vai lá no prontuário: fulano tá evoluindo (Franco).

As situações de crise na saúde mental são caracterizadas tipicamente por delírios e/ou alucinações, sendo que a probabilidade de apresentar esses sintomas aumenta para as pessoas que apresentam um transtorno mental severo como condição existencial mais duradoura, ou quando o uso de álcool, crack e outras drogas se torna compulsivo, problemático e passa a ser a maior prioridade do dia a dia. Pela sensibilidade da situação, a atenção à crise e os direitos associados às diferentes formas de acolhimento e internação talvez sejam o maior e mais complexo desafio no campo da saúde mental e da reabilitação psicossocial. Pela perspectiva da reforma psiquiátrica, busca-se garantir o direito mais geral das/os usuárias/os e familiares a um acolhimento e proteção nesse momento mais delicado. Contudo, esse acolhimento precisa

respeitar os direitos fundamentais da pessoa em crise e suas escolhas prévias. Na medida em que pode levar a pessoa a diminuir ou perder provisoriamente sua capacidade de avaliar sua situação e tomar decisões, precisa garantir que o acolhimento à situação de crise seja realizado com o maior cuidado e dignidade possível (VASCONCELOS, *et al.*, 2014).

Uma ferramenta importante que corrobora com a perspectiva de autonomia para Freire (2019) é a utilização de um *plano e cartão de crise*³⁹. Nos momentos em que a/o usuária/o está bem, ela/ele traça junto com o seu serviço de atenção psicossocial de referência e com as pessoas de sua confiança, um plano de como deseja ser tratado/a no momento da crise, o que deseja que seja feito, as informações básicas acerca de seu tratamento e dos medicamentos que usa e dos que não pode usar. Bem como, elege um/uma representante pessoal para tomar decisões, no caso de estar impossibilitado/a para isso. Esse plano fica na residência da/do usuária/o e é também arquivado no seu serviço de referência. Dessa forma, trata-se de um dispositivo que busca estender os direitos e o exercício da autonomia das pessoas, para os momentos de crise, fazendo perdurar a expressão de sua vontade, assim como, a sua capacidade de dar informações importantes sobre as formas de cuidado que deseja e aquelas que rejeitam (VASCONCELOS, *et al.*, 2014).

No Brasil, ainda não se tem experiências concretas de implementação desse dispositivo, ratificamos aqui a importância dessa ferramenta e que corrobora com os pressupostos para a construção da autonomia. Seguindo nessa perspectiva, Franco também trouxe em sua fala a necessidade de pessoas que auxiliam nesse momento de crise, defendemos que esse auxílio seja construído através do papel das/os assessoras/es levantado por Freire (2019). Dessa forma, ratificamos a importância dessas/esses sempre considerarem a possibilidade das pessoas de tomarem decisões, o que pode ser consubstanciado pelo uso do cartão de crise. Ou seja, considerar que a pessoa tem o direito de saber o que é bom pra si; de poder participar da decisão do remédio que vai tomar para situação de crise; de escolher em qual lugar deseja passar um pernoite até que se sinta melhor consigo mesmo; de escolher o que gostaria de comer, qual roupa vestir; de escolher fazer redução de danos; de escolher participar de movimento social, etc.

Essa discussão levantada por Franco também traz algo fundamental que é a impossibilidade de dissociar a concepção de autonomia da concepção de sujeito, um ponto importante para a pedagogia de Paulo Freire. Quanto a isso, Onocko Campos e Campos

³⁹ Para compreender mais procurar o Manual de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental, organizado por Eduardo Mourão Vasconcelos, nele encontra-se uma proposta de modelo do Plano e Cartão de Crise.

(2006) referem que o sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. A autonomia depende da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. Sujeito da reflexão e da ação.

Para Onocko Campos e Campos (2006) a autonomia, assim como a saúde, não é um processo pronto, nem um estado estático, são graus variáveis e vai se construindo nas relações que se estabelecem, na forma como as pessoas se relacionam com os outros e com o contexto. Entende-se autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências. Por isso, os autores se referem a co-produção de autonomia, o sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia também depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação dessas circunstâncias; depende de leis mais ou menos democráticas; depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas; depende da cultura que está imerso.

Visto isso, consideramos e defendemos que os processos de reabilitação psicossocial precisam se pautar no conceito de Autonomia preconizado por Freire (2019) que vem alicerçado com os três pilares: da liberdade, da tomada de decisão e da responsabilidade. A autonomia que se constrói a partir da relação com o outro (e com o mundo), uma relação que não deve se pautar pelo autoritarismo e pela licenciosidade. Entretanto, aqui retomamos a reflexão levantada por Kinoshita (1996) ao trazer que as pessoas com experiência na loucura dependem excessivamente de poucas relações/coisas e que essa situação de dependência restrita diminui a autonomia. Por isso, a reabilitação psicossocial precisa ter no horizonte a necessidade de instaurar uma nova cultura relacional entre os/as profissionais e os/as usuários/as e de ambos com a sociedade em geral. Bem como, abrir espaços de relações, construir o tecido da “rede de negociação” preconizado por Saraceno (2001, p.112): “o negócio precede o ócio, ou seja, somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio (da troca de oportunidades materiais) o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação”.

Sobre o direito às relações e a possibilidade de construção de autonomia só se torna possível ao pensarmos: qual a concepção de sujeitos que norteia nossas práticas? Um sujeito que tem direito a construir relações? Que tem possibilidade de tomar decisões, de assumir responsabilidade? Dessa forma, outro saber fundante que consideramos para a (re)abilitação psicossocial foi a construção dos sujeitos de relação, ao qual iremos explicar abaixo.

5.2.3.2 A (re)abilitação psicossocial objetiva a construção de sujeitos de relação

Ao partirmos do conceito de autonomia defendido por Freire (2019), precisávamos compreender qual sujeito é esse que estamos falando que tem possibilidades de construir sua autonomia, além do mais, vimos na leitura da realidade que as práticas de reabilitação psicossocial vêm sustentando ações do modelo manicomial conservando as relações de poder em torno das pessoas com experiência na loucura.

Rosa (2003) descreve que os termos usado para denominar as pessoas com experiência na loucura, como: “loucos/as”, “doente mental”, “pacientes psiquiátricos”, “alienados/as”, “psicóticos/as”, “drogados/as”, “portadores/as de sofrimento psíquico”, implicam uma determinada concepção a respeito de quem são elas. O mais difícil na escolha do termo é se livrar do tom de preconceito que existe em torno no imaginário social. Parece que todas essas nomeações indicam um desvio em relação ao padrão de normalidade e aceitabilidade social, todos os termos se preenchem de um sentido que designa um estado ou um modo de ser permanentemente “aquém” da constituição humana.

A discussão sobre a palavra usada é importante porque carrega um sentido no imaginário social, entretanto, salientamos que o problema é questionar-se quais concepções estão por trás desses termos, qual sujeito é esse? A luta antimanicomial historicamente vem defender a possibilidade de cidadania dessas pessoas, de que são cidadãs/cidadãos com direito a ter direito, a estar no mundo e com ele se relacionar. Bezerra (1996) questiona que com as transformações da assistência, através da reabilitação psicossocial como caminho do cuidado, faz-se necessário debater qual a noção básica de sujeito que alicerça essas práticas, visto o histórico de tratamento manicomial que visava à segregação em instituições fechadas e não considerava a possibilidade do sujeito estar em sociedade.

No Sonhação, inspiradas/os em Freire (2019) compreendemos que a reabilitação psicossocial precisa provocar o assumir ser sujeito. Inspirados/as em um dos trechos do livro, ao lermos realizamos a substituição onde havia prática educativo-crítica por práticas da reabilitação psicossocial; educandos por usuários(as) e professor(a) por profissional da saúde:

Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar que os educandos em suas relações umas/uns com as/os outras/os e todas/os com o professor ou a professora ensaiem a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar. Assumir-se como sujeito porque capaz de reconhecer-se como objeto. A assunção de nós mesmos não significa a exclusão dos outros. É a “outredade” do “não eu”, ou do tu, que me faz assumir a radicalidade do meu eu (FREIRE, 2019, p. 42).

Em nossas reflexões constatamos o quanto essa possibilidade de se assumir enquanto sujeito, se dá através da construção das relações, do direito de ter relações, com as pessoas,

com o mundo, com a realidade em que vive, e que a partir disso as pessoas com experiência na loucura conseguem se diferenciar, assumir quem são e, portanto, propicia a construção da autonomia. Como podemos ver nas falas abaixo:

Assunção do sujeito, eu acho que é importante, né, se assumir, enquanto sujeito, e aí se assumir estou aberto a novas possibilidades, e aí o risco que se corre com a autonomia (Antônio).

Isso que tu falou né, Antônio, do assumir-se, que não é só do eu, é da relação com os outros, porque nós somos seres de relação, estamos em um mundo, nos relacionamos, que isso é o processo de autonomia também, quando eu consigo me relacionar, estar aqui nessa roda, me identificando com as outras pessoas, eu digo ô isso aqui é do meu eu, me assumindo enquanto sujeito, e aí o que eu pensei acho que uma das tarefas principais da reabilitação psicossocial é proporcionar esse assumir-se enquanto sujeito (Nise).

Dessa forma, ratificamos que as práticas de reabilitação psicossocial que ainda perpetuam o modelo manicomial de aprisionamento, de controle, de segregação, de tutela não corroboram com a assunção do ser sujeito. A reabilitação psicossocial antimanicomial precisa inserir as usuárias e os usuários dos serviços de saúde mental no mundo, em sua realidade, não apenas adaptá-los, como podemos ver o exemplo que Franco traz da consciência de se perceber no mundo, de não ser apenas objeto, mas sim sujeito, a partir das reflexões suscitadas com a leitura do livro:

Pronto, é a última frase do primeiro parágrafo que tem escrito: “é a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história” que é o meu caso que eu entrei na luta antimanicomial (Franco).

Um ponto de discussão importante a partir do se assumir sujeito foi que os/as pesquisadores/as do Sonhação, que tem em sua história a vivência de usuários dos serviços de saúde mental, são também militantes da luta antimanicomial. A partir disso, identificamos que eles/elas conseguiram, em seus processos de reabilitação psicossocial, se assumir enquanto sujeito, e que trazem em seus discursos do quanto o engajamento na luta antimanicomial é importante no seu campo das relações, dos afetos, do se sentir reconhecido, se sentir gente. Conforme já discutido, compreendemos a luta antimanicomial como espaço importante para os processos de reabilitação psicossocial e para o se assumir enquanto sujeito.

Mas a assunção de qual sujeito que estamos falando? Freire (2019) traz alguns pressupostos para a concepção de sujeito, através da compreensão enquanto seres inacabados. “O inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento. Mas só entre mulheres e homens o inacabamento se tornou consciente” (FREIRE, 2019, p. 50). Para Freire (2019), o ser humano é o único ser vivo que tem a consciência do inacabamento, a partir dessa consciência pode se reconhecer enquanto ser ético, capaz de se transformar e transformar o mundo, de ter a possibilidade de comparar, de ajuizar, de imaginar, de decidir, de romper.

Ao partir do inacabamento, Freire (2019) vai além defendendo que somos seres condicionados, mas não determinados pelo que vivemos, já que somos inacabados nada nos determina em tais posições, pode nos condicionar, mas podemos transformá-la. Compreender essa inconclusão, esse inacabamento é fundante para os processos de reabilitação psicossocial. Como podemos ver nas falas abaixo na compreensão das/os pesquisadoras/es do Sonhação sobre o inacabamento a partir da leitura de Freire:

A gente não é, a gente está sendo, mas pra saber que a gente tá sendo a gente precisa saber que a gente pode estar sendo “risos” né? Porque assim às vezes a gente acha que a gente é, e pronto, e acabou, e essa não é a percepção do que a gente tá defendendo (Nise).

E isso é muito, muito importante na reabilitação. Porque se você for ficar achando que vai ser assim por resto da vida... (Ana Marta).

Inacabado é porque tem sempre que está se construindo, a gente tá sempre descobrindo algo novo, né, nem tudo que a gente conhece, ou acha que conhece, o conhecimento ele não fica só naquilo ali sabe, você tá sempre encontrando algo novo (Antônio).

Marcus complementa: Pra seguir a vida, a caminhada.

A partir da compreensão do inacabamento, retornamos para a codificação levantada anteriormente e compreendemos que a decisão de ir para uma comunidade terapêutica pode partir de uma postura fatalista⁴⁰ sobre a vida, da não possibilidade de transformação e de se assumir como sujeito inacabado. Percebemos que dada todo o histórico de construção da opressão, do poder em torno das pessoas com experiência na loucura, muitas vezes o caminho é do fatalismo, de assumir decisões de outros/as, ou de que só tem o caminho da adaptação.

No CAPS não tá rolando eu quero entrar numa comunidade terapêutica”: será que ele tá de fato com o pensamento coerente para com ele mesmo? Ou se ele está vivendo um turbilhão de opressão em cima dele e que ele não tem o campo de visão que alguns usuários têm no momento para recorrer a RAPS, para ele pensar em ser cuidado (David).

Assim, eu acho que tem muito a ver com o fatalismo, essa questão do sujeito querer ir para comunidade terapêutica (Ernesto).

Às vezes tá na situação que o contexto aliena tanto o outro que às vezes o papel do usuário é achar que é paciente mesmo diante de uma situação, que os saberes que ele tem não são importantes pra nada (Ana).

Tem algo que as vezes que a opressão é tão grande que não se sabe que eu sei algo. Que não se sabe que eu posso pensar no meu cuidado, aí essa posição de que o outro sabe e eu não sei, então deixa o outro dizer o que é melhor pra mim que eu vou concordar, né? Que tem a ver um pouco com o fatalismo, é tipo: ‘Ah! Deus quis assim. Ah! Esse profissional quer assim, então eu vou seguir essa maré’ (Nise).

Freire (2005) ao falar da situação concreta de opressão e dos oprimidos compreende que enquanto estes não tomam consciência de si e das razões do seu estado de opressão

⁴⁰ No dicionário do Sonhação, a partir da leitura de Paulo Freire, compreendemos o fatalismo através do assumir atitudes do ‘é assim mesmo, Deus quis assim’.

assumem atitudes fatalistas e aceitam, fatalistamente, a sua exploração. Assumem posições passivas, alheias, com relação à necessidade de sua própria luta pela conquista da liberdade e de sua afirmação no mundo. Dessa forma, compreendemos que a reabilitação psicossocial precisa instaurar, a partir das relações entre os sujeitos e dos sujeitos com o mundo (consequentemente, das relações das/os usuárias/os com as/os profissionais de saúde mental), a reflexão crítica dessas situações de opressão e atitudes fatalistas e proporcionar que as/os usuárias/os se assumam enquanto sujeitos, inacabados e possíveis de se transformar a si e ao mundo.

Vale dizer que essa reflexão sobre o inacabamento não girou em torno apenas da assunção das usuárias e usuários dos serviços de saúde mental como seres inacabados, mas, também, das/dos profissionais também se perceberem em seu inacabamento. A partir de Freire (2019) entendemos que a competência profissional vai ser construída a partir desse permanente processo de busca, pela consciência do seu inacabamento.

Essa competência profissional vai ser medida a partir dessa constante busca do conhecimento, de saber que não é uma pessoa pronta, é um sujeito inacabado, da mesma forma que ele reconhece naquele sujeito que ele tá cuidando, que ele tá trabalhando. Também enquanto esse ser profissional, né, que precisa constantemente tá se observando mesmo, né, no seu cotidiano (Estamira).

A compreensão sobre o inacabamento, a partir da leitura do Pedagogia da Autonomia, proporcionou que Antônio se reconhecesse como sujeito inacabado, ele que levantou, durante os encontros, suas situações-limites quanto aos seus processos de reabilitação psicossocial. Além disso, observamos que se compreender enquanto ser inacabado proporcionou tirá-lo da desesperança e do fatalismo. Como podemos ver em seu relato abaixo:

Falando em sujeito inacabado e tal me perguntaram se eu pudesse eu teria feito algo diferente, de ter chegado onde cheguei, né? De está nas ruas, da desorganização com relação às drogas. Eu parei, pensei, assim, hoje eu me desencanei mais com isso, isso me incomodava tanto que eu julgava que eu tinha lá aquela vida lá, né? De vigilante, tinha o meu trabalho, tinha minha casa e por muito tempo pensei assim, acabou ali uma vida, isso dóia, isso me levava até a fazer mais uso abusivo de pensar assim, perdi tudo que eu tinha, sabe. E assim hoje eu posso perceber que esse Antônio de hoje, que foi preciso passar por tudo que eu passei e nos locais onde eu passei, é bem melhor do que aquele Antônio sabe? De poder ter o contato, de tá ali debaixo do viaduto, de dormir nas ruas, de ver o pessoal, de entrar nos movimentos sociais. E ver que eu posso brigar sabe, eu lembro que eu tinha assim, eu pensava ainda em luta, em brigar, mas assim eu não passava de redes sociais, sabe aquela frase da música do Rappa que diz assim: “hoje eu desafio o mundo sem sair da minha casa”. Então assim hoje eu posso ver que eu dou minha cara a tapa sabe? Tô lá e pude participar da luta antimanicomial, da semana de luta antimanicomial, eu pude ir lá pra Brasília junto com os moradores de rua. Então assim por mais que eu seja ainda um acolhido do programa atitude, sabe. Hoje eu me entendo como uma pessoa bem melhor do que eu era, quando eu achava que tinha tudo, sabe e assim era um cara que não enxergava de fato, ou via pessoas, ou não via as pessoas que hoje eu tenho mais contato (...) eu quebrei vários conceitos que eu tinha, sabe com relação a tudo na vida, então assim hoje eu me entendo como uma pessoa bem melhor e assim posso dizer que eu me entendo como uma pessoa, um sujeito inacabado, um projeto inacabado assim porque tem muito

ainda que eu possa fazer sabe? E isso é massa! (Antônio).

Para Freire (2019) a educação se funda como processo permanente a partir da inconclusão do ser que se sabe inconcluso.

Mulheres e homens se tornaram educáveis na medida em que se reconheceram inacabados. Não foi a educação que fez mulheres e homens educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou sua educabilidade. É também na inconclusão de que nos tornamos conscientes e que nos alerta no movimento permanente de procura que se alicerça a esperança (FREIRE, 2019, p. 57).

Assumimos, portanto, que a reabilitação psicossocial pode se fundar como processo permanente a partir da inconclusão do ser, no qual procura inserir as pessoas com experiência na loucura em permanente processo de busca, a partir das relações com outros seres humanos e com o mundo.

Em vista disso, decidimos trazer como saber fundante a construção de sujeitos de relações por entendermos que a partir da construção do direito de se relacionar (da possibilidade de ter um lugar social para a loucura), se constrói o processo de busca, de se assumir sujeito que está se fazendo, refazendo, se construindo a partir das relações que estabelece, criando e recriando o mundo. E a partir dessas relações e da possibilidade de ser sujeito, é possível a construção da autonomia.

Essa perspectiva dialoga com o que Saraceno (2001) refere que a força da intervenção da reabilitação psicossocial acontece quando aumenta o leque de relações das/os usuárias/os e cria as condições para que se exercite ‘mais’ escolhas. Saraceno assume que só com a construção de espaços de trocas gera-se as relações.

Dizendo em outras palavras, a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica: somente o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas (e com essas trocar também a loucura), enquanto o cidadão partido ao meio não saberá o que fazer com as aquisições (se na verdade adquiridas), com as habilidades relacionais, uma vez que não haverá direito nem acesso ao exercício das relações ou estas se darão como relações desprovidas da materialidade que as torna reais (SARACENO, 2001, p. 94).

Rosa (2003) indica a necessidade de construção da prática de cuidado que busque outras formas de relação com as pessoas com experiência na loucura, relações que possam trazer novos afetos, novas formas de pensar, de sentir, de agir; que possam trazer a construção de outros significados e sentidos, não mais mediados pelo estigma, pela impossibilidade, pela impotência. É possível, dessa forma, a construção de um projeto que vise transformar o sofrimento dos sujeitos, através de uma outra forma de participação no mundo, no mundo social, que seja mais digna, acolhedora, compartilhada, justa e humana.

Com a construção da possibilidade de se ter relações, dos sujeitos se abrem ao mundo e aos outros, Freire (2019) afirma que essa possibilidade, do saber-se inacabado, em busca de explicações, de respostas, esse movimento inaugura a relação dialógica, “que se confirma

como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na história” (FREIRE, 2019, p.133). Por isso, compreendemos que para a construção dessas relações, o diálogo é um saber importante para o processo de reabilitação psicossocial, mas não qualquer diálogo (que pode se confundir com conversa, se tornar monólogo), o diálogo defendido por Freire que iremos explicar abaixo.

5.2.3.3 A (re)abilitação psicossocial se pratica com diálogo

Partindo da concepção de sujeitos de relações, entendemos que o diálogo é o mediador dessas relações. No entanto, constatamos na leitura da realidade que as relações entre profissional de saúde mental e usuáries/os ainda carregam resquícios do modelo manicomial. De acordo com Pimentel (2018) muitos avanços foram conquistados no que tange à luta pela consolidação de um paradigma psicossocial, o qual orienta que as práticas de reabilitação psicossocial utilizem de recursos dialógicos, tanto na relação entre os/as profissionais, quanto na relação entre o/a profissional e os/as usuáries/as. Entretanto o paradigma da psiquiatria/manicomial continua hegemonicamente perseverando uma racionalidade alienista do silenciamento.

Para a autora, o campo da saúde mental é marcado por complexidades e ambiguidades e isso se deve aos vícios da dimensão relacional do processo de trabalho/cuidado. Defende que as ações para superação desse paradigma poderiam ser encaminhadas se as práticas de cuidado dessem maior atenção aos processos relacionais, a partir do diálogo. Acredita no poder transformador do diálogo, na sua contribuição de fomentar vínculos, de ensinar soluções criativas nas práticas e propiciar a construção de espaços que consideram os diferentes modos de ser e estar no mundo das pessoas com experiência na loucura (PIMENTEL, 2018).

Nesta direção, Vieira Filho (2003) indica que a teoria de Paulo Freire que remete a um pensamento relacional, dialético e dialógico, pode ser considerada essencialmente psicossocial, visto que a reabilitação psicossocial ao trazer ênfase na contratualidade do cidadão/cidadã, está trazendo à luz o direito ao diálogo nas relações que as pessoas com experiência na loucura estabelecem, principalmente na relação ‘terapeuta/paciente’. Por isso, o trabalho de Paulo Freire não pode ser entendido como unicamente pedagógico, ao propor uma teoria dialógica das relações humanas seus escritos extrapolam o âmbito educativo.

Dessa forma, ratificamos o que Pimentel (2018) defende do caminho do diálogo, bem como Vieira Filho (2003), ao trazer que a desconstrução das instituições totais e dos manicômios mentais podem ser entendidas como uma necessidade de romper o círculo autoritário entre terapeuta/paciente. Deve ser dada ênfase a construção da cidadania, da contratualidade, da horizontalidade, das relações e conseqüentemente do direito ao diálogo, do rompimento com o silenciamento.

Trouxemos, então, para a prática (re)abilitação psicossocial o diálogo, defendemos que a reabilitação precisa ser praticada através do exercício do diálogo, bem como, o diálogo caracteriza a natureza da proposta educativa defendida por Freire (2005; 2019). A partir de Freire (2019), inicialmente, compreendemos o diálogo como a possibilidade da construção coletiva do conhecimento, que não se dá a partir do depósito de uma pessoa sobre a outra, mas sim, juntas/os, com seus diferentes conhecimentos, vão buscar refletir criticamente sobre a realidade e construir um novo conhecimento que vise à transformação. A fala de Ernesto abarca essa compreensão do diálogo a partir de Freire (2019), da troca de conhecimento com o intuito de construir outra sociedade, da troca entre educador/educando que podemos transpor para a troca entre profissionais da saúde e usuárias/os.

Então tem tudo a ver essa libertação da gente, dos usuários da rede psicossocial de ter o conhecimento mesmo, de ter essa disponibilidade de conhecer o novo mesmo de se abrir para esse conhecimento, entendeu? E daí a gente mostrar também e de mostrar até para os profissionais não é nada que tem ser imprimido, que tem que ser mostrado, de trocar, vai ser uma troca de ideias: nós não queremos uma sociedade melhor, então essa sociedade melhor tem que ser do jeito que eu quero e aí? Não pode ser do jeito que você quer, não? Pode ser do jeito que você quer não e aí? Tem que pensar nisso também, e aí tem que unir esses conhecimentos e essa troca de olhares, de conhecimento, de você saber, né? Porque como Paulo Freire diz: Existe a troca, né? De quem educa e quem é educando, pra aprender, também ensinar um pra o outro (Ernesto).

E aí isso que ele coloca muito é através do diálogo. Por quê não adianta, não posso impor o meu saber como verdadeiro, ele coloca isso de forma muito clara, né? Esse diálogo construído, né? A partir do momento que tem abertura, e aí eu me questioneei enquanto profissional mesmo, estamos no CAPS (...) e aí eu trouxe muito como um espaço terapêutico que se proíbe toda reflexão em torno da razão de ser dos fatos, né? Então quantas vezes a gente tá num serviço que é proibicionista e com tantas regras, e isso não dá margem pra uma reflexão crítica diante de algumas coisas, às vezes é muito imposto né, do meu saber passado pelo usuário, do que tem que ser feito (Ana).

Para Freire (2003; 2019) o diálogo é instrumento de promoção da consciência ingênua para a consciência crítica. A consciência ingênua está associada ao saber do senso comum, a simplicidade na interpretação dos problemas, as explicações mágicas, a tendência ao conformismo (ou fatalismo), a superação dessa consciência para a consciência crítica, se caracteriza pela profundidade na interpretação dos problemas. Pela curiosidade crítica, pela inquietação, pelo compromisso com a existência no mundo.

A situação existencial levantada: do usuário que chega com o desejo de ir para a CT nos proporcionou refletir sobre a necessidade de instaurar o diálogo. Nesse sentido, de não ser o profissional que fala ao/a usuário/a, de cima para baixo, que ele/ela não vai (ou vai) para a CT, mas da necessidade de instaurar um processo de reflexão crítica, de transição de uma consciência ingênua para crítica. Considerando inclusive, que a partir do diálogo, do instaurar a reflexão crítica, o sujeito tem direito a realizar escolhas e se responsabilizar por elas.

Mas eu acho que tem algo de como instaurar um processo de crítica dessa pessoa de pensar: 'o que é ir pra uma comunidade terapêutica' não trazer algo pronto, né? Mas tentar construir junto com ela sair da ingenuidade e pensar o caminho da comunidade terapêutica, o caminho do CAPS. Mas de como instaurar um processo de busca, de criticizar o que é isso (Ana).

Porque quando ele chega pra uma comunidade terapêutica, né? O que é que eu tô falando sobre o que é, pra provocar uma compreensão crítica ou uma reflexão crítica do pensar crítico, né, pra essa pessoa assim? Como é que eu estou comunicando isso e não só apenas afirmando dizendo que não é bom, que é isso do comunicar-se que é do diálogo (Nise).

A discussão da necessidade do diálogo, sobre as CTs, também foi levantada a partir da perspectiva de que não se trata de romper com os/as usuários/as que desejam isso, ou não dialogar com eles/elas, mas que não há possibilidade de diálogo com esse sistema, com essa rede, que insiste em perpetuar instituições de caráter manicomial e que não tem em seu horizonte a humanização e libertação de mulheres e homens. O que desponta a necessidade de instaurar o diálogo com as/os usuárias/os, para analisar criticamente a realidade e pensar em transformá-la, ou seja, pensar em como romper com essa lógica manicomial. Abaixo na fala de Fernanda podemos identificar essa problematização:

O que é mais cômodo pra gente é justamente acreditar que a nossa verdade é absoluta e logo no começo a gente começou a conversar assim, né? Querendo convencer esse usuário que mostrou a possibilidade da comunidade terapêutica de que a comunidade terapêutica não é um espaço. E aí para a gente é muito fácil, né? Quando a gente começa a dialogar a partir dessa perspectiva. Ao mesmo tempo eu acho que pega o seguinte tem coisas que não dá mais para dialogar, sabe, e aí talvez a gente precise pensar em romper com essa ruptura estrutural primeiro, ao invés dessa ruptura com o querer do outro, né? Porque é fato que o manicômio, etc. e tal é muito mais prejudicial do que benéfico, mas falta pra gente ainda estratégias de fazer a ruptura total com o sistema de institucionalismo e não com o sujeito (Fernanda).

Com isso, compreendemos que o diálogo vai além de uma conversa, ou simplesmente falar com alguém, não trata apenas de dizer uma palavra, mas sim uma palavra que seja práxis, que busque transformar o mundo. Não pode ser uma palavra inautêntica, oca, que se transforme em verbalismo, em blábláblá, assim como, não se pode enfatizar a ação, sacrificando a reflexão, porque se converte em ativismo, em ação pela ação, nega à práxis e com isso inviabiliza o diálogo (FREIRE, 2005).

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens

transformam o mundo. Existir, humanamente, é *pronunciar* o mundo, é modificá-lo. O mundo *pronunciado*, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos *pronunciantes*, a exigir deles novo *pronunciar*. Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão (FREIRE, 2005, p. 90).

A concepção de Freire (2005) de dizer a palavra, de que exercer o diálogo é direito de todas as mulheres e homens corrobora com a perspectiva de cuidado antimanicomial. Ratifica que as pessoas com experiência na loucura não podem ser silenciadas, ou que algum profissional de saúde pode dizer a palavra sozinho/a, ou *para* elas/eles, num ato de prescrição, no qual rouba as palavras das/os usuárias/os. Como podemos ver na fala de David que emerge essa compreensão:

Uma coisa é como Paulo Freire diz: uma coisa é você falar, outra coisa é você dialogar. Por isso que a gente tem que ser pacientes impacientes, porque quando a gente tá conversando eu não posso impor a minha ideia perante o seu imaginário, eu tenho que lhe ouvir, eu tenho que capitar aquilo que você tá falando pra mim e vice e versa. Eu não posso tá sempre afirmando a minha opinião, eu tenho que convergir com a sua pra a gente tentar ver um diálogo, que a gente possa ter de fato um denominador comum, juntos (David).

Nessa perspectiva também compreendemos que a escuta é fundante para o diálogo, para Freire (2019) se defendemos uma perspectiva democrática (e antimanicomial, no caso) não pode ser falando ao outro, de cima pra baixo, como se tivesse alguém portador da verdade, mas, sim, é escutando que se aprende a falar *com* o outro. “Somente quem escuta pacientemente e criticamente o outro, fala *com* ele, mesmo que em certas condições, precise falar *a* ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar *com* é falar impositivamente” (FREIRE, 2019, p. 111).

O poder que é escutar, eu não posso só impor cheio do autoritarismo, eu também devo escutar e mesmo que eu precise falar, mas eu tenho que escutar primeiro, tenho que escutar, tenho que respeitar o que o outro, né, o outro indivíduo ele tem a dizer (...) porque assim a gente não é falar dele, no nosso discurso, é falar com ele. Que isso é o diálogo, né? Que é através da escuta (Antônio).

Venturini (2016) problematiza a questão da escuta levantando que na psiquiatria manicomial, *não escutar* era o paradigma da disciplina: desvalorizar e invalidar as palavras do paciente. Entretanto, o não escutar perdura mesmo depois do final legal do manicômio, visto que ele ainda é o paradigma da psiquiatria reformada e do chamado senso comum. O autor defende que se quisermos romper com a não escuta precisamos estar conscientes que este tem que ser o foco principal do cuidado em saúde mental. A autora Pimentel (2018) também levanta uma discussão nesse sentido, que os/as profissionais da saúde mental podem até trazer em seus discursos que ‘é preciso dar voz ao paciente⁴¹’, contudo fica evidente que, em muitos casos, a escuta ocorre, apenas, por ser uma oportunidade de confirmação de um diagnóstico –

⁴¹ Importante refletir que o próprio uso da palavra paciente não favorece o diálogo, a escuta. O paciente vem de alguém que pacientemente espera por algo, por alguém, por isso, retomamos e reforçamos que o paciente deve vir acompanhando do impaciente, no exercício da dialética.

fato recorrente nos primórdios da psiquiatria. Bem como, há casos em que o sujeito é ouvido, mas sua fala parece não ter relevância, escuta-se apenas para cumprir as exigências dos novos padrões de atuação propostos pela reforma psiquiátrica. Em ambos os casos, não há uma valorização da fala do sujeito ou uma construção junto com ele a partir da escuta.

Dessa forma, defendemos o que Freire (2019) preconiza que a escuta é a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta, para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. O que não quer dizer, que quem verdadeiramente escuta não tenha o direito de discordar, de se opor e de se posicionar.

A escuta é um exercício mesmo, de primeiro reconhecer, que a gente aprende mesmo nessa relação com o outro, mas antes de tudo saber ouvir de verdade, porque quando a gente escuta de verdade, a gente consegue se comunicar melhor, não pratica a comunicação violenta, que não é só gritar, mas impor, impor opinião, antes mesmo de ouvir verdadeiramente e formular um diálogo com aquela pessoa, então acho que isso tem tudo a ver com a reabilitação, autonomia, educação popular e com isso que a gente tá fazendo aqui, que é tentar se escutar e dialogar de verdade para construir (Estamira).

Ainda sobre a escuta, Freire (2019) defende que uma das virtudes da escuta é o respeito às diferenças, Antônio ao ler sobre isso, na Pedagogia da Autonomia, fez uma adaptação:

Aí ele diz aqui na página 118: “Aceitar e respeitar a diferença é uma dessas virtudes sem o que a escuta não se pode dar”. E aí ele fala: “Se discrimina o menino ou menina pobre, a menina ou o menino negro, o menino índio, a menina rica; se discrimina a mulher, a camponesa, a operária não posso evidentemente escutá-las - aí eu posso botar aqui se discriminam o usuário de droga, se discriminam o paciente do CAPS de transtorno - e se não os escuto, não posso falar com elas, mas a elas, de cima para baixo. Sobretudo me proíbo entendê-las. Se me sinto superior ao diferente, não importa quem seja, recuso escutá-la ou escutá-lo.” (Antônio).

Ademais, além da escuta exigir o respeito, o respeito exige a humildade. Para Freire (2019, p.119) ninguém pode ser humilde por puro formalismo, como se fosse cumprir uma obrigação, pelo contrário, a humildade exprime uma certeza: “a de que ninguém é superior a ninguém”.

A gente tem que ser humilde sim, mas a gente não pode se calar eu acho que é isso que ele quis dizer, né? (Antônio)

Nise complementa: Sim, a humildade é importante para escuta, né, quando eu não me coloco superior, e também não aceito que alguém se coloca superior a mim, né?

Diante do exposto, compreendemos que a (re)abilitação psicossocial se pratica com o diálogo. O diálogo que visa à transição da consciência ingênua para crítica; que é ação-reflexão, é práxis, visa à transformação da realidade; e que o diálogo não se pratica sem escuta e a escuta requer respeito e humildade. Constatamos que nos encontros do Sonhação construímos uma relação dialógica conforme preconizada por Freire, como podemos ver na fala abaixo de Nise:

A gente aqui a gente tá tendo um diálogo, quando a gente tá refletindo sobre uma

coisa, mas a gente vai pensar uma ação que transforme isso que a gente tá refletindo, né, a gente conversou no começo dos nossos encontros sobre várias coisas da reabilitação psicossocial que a gente não concorda, né, a gente refletiu sobre isso e agora a gente tá aqui juntas e juntos construindo um outro conhecimento do que é reabilitação psicossocial. Então a gente não tá só conversando como a gente senta para conversar, trocar uma ideia, a gente tá pensando e construindo conhecimento, diálogo pra Freire é isso (Nise).

Marcus complementa: Então é bem profundo.

É difícil, porque a gente é acostumado a ficar na superficialidade da conversa, né de ficar falando, falando, falando e não pensar a ação, e aí para Freire isso não é diálogo, o que estamos fazendo aqui é diálogo, é práxis, é dialética (Nise).

Para nós, o diálogo freireano deve ser o fio que conduz as relações entre profissionais e usuárias/os, com horizonte de romper com as relações de poder, autoritárias, de imposição, de tutela. Para tanto, compreendemos que para concretização do diálogo e dos princípios que o regem faz-se necessário a reflexão crítica sobre a prática que se trata do próximo saber necessário à reabilitação psicossocial.

5.2.3.4 A (re)abilitação psicossocial exige reflexão crítica sobre a prática

A ruptura radical com o manicômio transcende, em muito, o fim do hospital psiquiátrico. Exige a disposição ao encontro verdadeiro com o outro, nada semelhante a posições benevolentes, caritativas e excessivamente zelosas que retiram do outro toda a capacidade de ser e existir enquanto tal. A ruptura com o manicômio deve tomar como ponto de partida a crítica à forma de olhar e conceber o fenômeno da loucura, deve pôr entre parênteses a doença, para encontrar as mulheres e os homens. Deve substituir a hierarquia dos discursos e técnicas pela partilha do poder, não só entre técnicos, mas também com os/as usuários/as e familiares (ABOU-YD, SILVA, 2003).

As práticas de cuidado nos serviços substitutivos têm a dialética como método de reflexão, a contradição é campo dessas práticas, não se faz algo dado ou previamente prescrito (ABOU-YD, SILVA, 2003). A reabilitação psicossocial, que busca ser antimanicomial, está em permanente construção, de negação ao que existiu (e ainda existe), se constrói junto com as loucas e os loucos, e os não-loucos, um outro modo possível de existir para todos. Portanto, inspiradas em Freire, defendemos que para romper radicalmente com o manicômio faz-se necessário a constante reflexão crítica sobre a prática.

Para Freire (2019), a relação teoria/prática é uma exigência da prática educativa e que o papel do/da educador/a não é apenas de ensinar os conteúdos, mas ensinar a *pensar certo*. Uma das condições para o *pensar certo* é não estarmos demasiados certos de nossas certezas.

O pensar certo implica o respeito ao senso comum no processo de sua necessária superação, quanto o estímulo à capacidade criadora dos sujeitos. Implica o compromisso do/da educador/a (ou do/da profissional de saúde) com a consciência crítica do/da educando/a (ou do/da usuário/a), cuja transição da ingenuidade para criticidade não se faz automaticamente.

O *pensar certo* deve respeitar os saberes dos/as educandos/as, o que compreendemos como respeito ao contexto, a história de vida, os saberes das/os usuárias/os (FREIRE, 2019). O pensar certo supõe a disponibilidade a revisar, a possibilidade de mudar de opção e o direito de mudar, bem como, assumir essa mudança. O pensar certo é radicalmente coerente. “Quem *pensa certo* está cansado de saber que as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem. Pensar certo é fazer certo” (FREIRE, 2019, p. 35).

Ensinar ou reabilitar deve estar conectado com a realidade concreta. Eu acho que parte muito dessa questão de contextualização que a gente entenda o contexto que cada pessoa está inserida, no contexto em que nós estamos inseridos, para que esses sinais sejam possíveis dentro de uma realidade, né? Não adianta se colocar dentro de uma questão que não é real para o sujeito que está ali, para que ela própria aconteça, então uma das questões necessárias é esse pensar certo, né? E uma das questões desse pensar certo é não estamos demasiadamente certo das nossas certezas. Que acho que também isso pode enrijecer a partir do momento que só eu tenho essa certeza, qual a possibilidade que tem de mudança, de troca ali existentes se é algo que tá rígido, né? (Ana).

Partindo do pensar certo, compreendemos que o ‘pensar certo é fazer certo’ nos traz para necessidade da constante reflexão crítica sobre a prática, que o próprio Freire defende da dialética inseparável entre teoria/prática. “A prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer” (FREIRE, 2019, p.39).

Sobre a questão da corporificação desse pensar certo, de unir a teoria com a prática. E aí ele traz que a questão do pensar certo é como a prática docente crítica né, a ideia de que é um movimento dinâmico, dialético, que está entre o fazer e o pensar, e aí fico pensando que esse pensar certo ele geralmente é contra hegemônico, ele não vai na corrente que é imposta pra gente, e aí talvez entre na dificuldade da gente de pensar o que é de fato pensar certo? (...) “O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática” (FREIRE, 2019, p.40). E aí é muito da práxis né, que ele mesmo traz, essa ideia de que as ações e o que a gente fala esteja totalmente confluindo uma coisa com a outra (...) Em que ponto tô sendo só discurso, e não tô sendo prática, em que ponto eu tô só no fatalismo, são coisas importante pra gente refletir, pra sair da teoria e ir pra uma prática crítica (Fernanda).

A formação permanente é o momento fundamental – para professores/as, para profissionais da saúde mental – de reflexão crítica sobre a prática. Quando existe a possibilidade, a disponibilidade do/da profissional de pensar criticamente a prática de hoje ou de ontem, se pode melhorar a próxima prática. Partindo da compreensão do inacabamento dos sujeitos, de estar sendo, quanto mais os sujeitos se assumem, e percebem as razões de ser, mais se tornam possíveis de se transformar. “Não é possível a assunção que o sujeito faz de si

numa certa forma de estar sendo sem a disponibilidade para mudar. Para mudar e de cujo processo se faz necessariamente sujeito também” (FREIRE, 2019, p. 40).

Emerich e Onocko-Campos (2019) apontam a necessidade da formação permanente no campo da saúde mental no sentido de superar a relação objetivante com o/a usuário/a e discutir dilemas do exercício profissional que convidam à reprodução de práticas excludentes. Bem como, exercitar a prática que ao invés de dizer ao usuário/a o que ele/ela deve ou não fazer, estar ao lado dessas pessoas nos caminhos em que trilham para suas vidas. Essa construção não é fácil, questionar o lugar da certeza tão disseminada na perspectiva biomédica de formação e cuidado na saúde exige reflexão, recuo, invenção e ousadia.

O ‘pensar certo’, necessário à reflexão crítica sobre a prática nos trouxe esses questionamentos da necessidade do/da profissional sair do lugar das certezas, de que detém o saber sob o/a louco/a:

E aí, ele coloca que muitas vezes na construção desse pensar certo, da construção dessa verdade a gente fica enrijecido, não quer abrir mão, até porque é desconfortável, né? E principalmente estando nesse lugar, quando a gente chega nesse lugar digamos assim, ou sobretudo o do profissional, porque como a gente passa um tempo se formando e formando essa verdade no campo profissional dos nossos vínculos. Então, também é exigido que a gente saiba que a gente tem uma verdade, que a gente tenha respostas que a gente mostre como é, que a gente sabe essa verdade, né? (Rosimeire).

E difícil é isso por que muitas vezes o profissional ele já dá o veredito sem saber (...) Já diz logo que é aquilo e pronto, por que todos nós tivemos uma história, mesmo que não sente, então tudo isso reflete (...) é muita coisa pra gente conversar sobre Paulo Freire (Ernesto).

Porque é isso nós não detemos a verdade absoluta sobre o cuidado do outro, né? (Nise)

Dessa forma, um dos principais desafios para implementação do cuidado preconizado pela política nacional de saúde mental é a formação de profissionais adequada ao trabalho intersetorial e interdisciplinar, e que seja capaz de produzir a superação do paradigma da tutela e romper com as barreiras do estigma e preconceito. Há a necessidade de cravar oportunidades de reflexões sobre os paradigmas em saúde mental e construções que superem o paradigma asilar, com intuito de compartilhar reflexões e renovar a prática (SCAFUTO, SARACENO, DELGADO, 2017).

Freire (2019) alerta que uma preocupação principal dos/as professores/as – dos/as profissionais da saúde mental – deve ser a de procurar a aproximação cada vez maior entre o que dizem e o que fazem, entre o que parece ser e o que realmente está sendo. Se a opção das/os profissionais é democrática, progressista, antimanicomial, não se pode ter uma prática reacionária, autoritária, preconceituosa, manicomial. Por isso, acreditamos que é a partir da melhor compreensão sobre a teoria da reabilitação psicossocial que vai ser possível

implementar uma prática que, de fato, busque a construção de autonomia das pessoas com experiência na loucura. De forma que o “discurso sobre a teoria deva ser o exemplo concreto, prático, da teoria” (FREIRE, 2019, p. 49). Como podemos ver abaixo na fala de Nise:

Como é falar de palavras como: ‘vou pro acolhimento’ e assumir posturas manicomiais, como eu digo que faço reabilitação psicossocial e assumo posturas que não são da história da reabilitação, né? Eu acho que volta para algo que Freire traz é que às vezes como a gente não sabe o que é a palavra, a gente não consegue pensar a prática, que é o que a gente vem dizendo aqui, né? Tipo a gente diz que tá fazendo isso, mas a gente não sabe na real o que significa para poder corporificar pelo exemplo, né? Ai eu fiquei pensando nisso assim, sabe? Desse pensar certo e fazer certo, né? Quando eu consigo pensar ‘o que é?’ aí eu vou refletir sobre a minha prática para poder fazer o que de fato, eu tô pensando (Nise).

Visto isso, acreditamos na exigência da constante reflexão crítica sobre a prática e no fomento dos espaços de formação permanente de profissionais, que precisa ser valorizado e preconizado pela política de saúde mental. Para tanto, inspiradas/os por uma reflexão de Freire (2019) defendemos que a busca por essa coerência entre a teoria e a prática, entre o respeito à autonomia, à dignidade, à identidade dos sujeitos, suscita a necessidade de criação de virtudes e qualidades sem as quais o saber pode virar inautêntico, palavreado, vazio, inoperante. Vislumbramos durante as discussões do Sonhação, a possibilidade de construção de indicadores para refletir criticamente sobre a prática da reabilitação psicossocial. Como construir indicadores a partir dos saberes necessários que elencamos aqui? Quais são os pontos para refletir sobre a prática? O que suscita a formulação de outras pesquisas, de mais sonhos e mais ação, que busque construir esses indicadores ou atitudes dos/das profissionais, a partir de Freire, considerando os saberes aqui elencados.

Destarte, considerando que a dialética da reflexão teórica e prática está alicerçada em uma coerência, do permanente processo de busca, do processo de agir, de pensar, de falar, de fazer, de mudar de posição e, portanto, essa coerência precisa ser fundamentada em uma ética (FREIRE, 2019; 2015). Em qual ética os/as profissionais da reabilitação psicossocial se pautam? Apresentamos, por fim, o último saber necessário à prática da reabilitação psicossocial: a ética.

5.2.3.5 A (re)abilitação psicossocial requer ética

Saraceno (1996) considera a reabilitação psicossocial como uma necessidade ética, uma exigência ética e que deve pertencer a um grupo de profissionais aos quais tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental. A reabilitação não diz respeito apenas a uma estratégia da desabilidade para a habilidade. A reabilitação implica uma

mudança total em toda política de saúde mental, que envolve profissionais, usuárias/os, familiares e toda comunidade, visto que trata-se de processos que visam a construção da plena cidadania, em favor da contratualidade de pessoas com experiência na loucura. A reabilitação acredita na esperança utópica, como ponto de chegada e que por isso deve manter uma atenção ética e técnica constante. Como defende Pitta (1996) a reabilitação psicossocial é um tratado ético-estético com base na construção de projetos terapêuticos que visem alcançar a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos/as.

O exercício da tarefa docente para Freire (2019) é permeado pela responsabilidade ética, educadores/as e educandos/as não podem escapar à rigorosidade ética. Mas Freire deixa claro que a ética a qual se refere não é a *ética de mercado*, que se curva aos interesses do lucro. Defende a *ética universal do ser humano*, que nada legitima a exploração dos homens e das mulheres pelos homens mesmos ou pelas mulheres, e sim uma ética que defende a libertação, a dignidade dos/as oprimidos/as, a solidariedade e a justiça social.

A consciência do inacabamento dos sujeitos, em seus processos de construção e desconstrução, faz dos sujeitos seres éticos, bem como, o respeito à autonomia de cada um/uma é um imperativo ético e não um favor que se pode conceber de uns para outros (FREIRE, 2019). Portanto, compreendemos que a ética da reabilitação psicossocial, na relação entre profissionais e usuários/as, que se conscientizam do seu inacabamento, se constrói no respeito à autonomia, a decisão, a opção, ao sonho, a liberdade do outro. A ética é indispensável às relações humanas.

Mais do que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma presença no mundo, com o mundo e com os outros. Presença que, reconhecendo a outra presença como um “não eu” se reconhece como “si própria”. Presença que pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz, mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe. E é no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da opção, que se instaura a necessidade da ética e se impõe a responsabilidade (FREIRE, 2019, p.20).

Para Freire (2019) à medida que os sujeitos se tornam capazes de observar, de comparar, de decidir, de romper, de optar, tudo isso os fazem seres éticos e que existe a possibilidade de transgressão da ética, mas que jamais se pode aceitar a transgressão como um direito, mas como uma possibilidade. Possibilidade a qual mulheres e homens devem lutar e não cruzar os braços. No sonhação, David trouxe que vem observando um movimento na rede de atenção psicossocial de cruzar os braços:

A maioria da nossa realidade nos serviços da rede é que a gente tem presenciado, na realidade, é o cruzamento de braços de fato, não só os braços físicos, mas os braços mentais também, essa parada é séria (David).

Compreendemos que o cruzar de braços, as práticas de cuidado da reabilitação psicossocial que não respeitam a autonomia dos sujeitos, que controlam, que tutelam, que

insistem em deixar usuários/as dentro dos CAPS, sem ocupar o território, que reproduzem a lógica “ah, não leva em consideração o que ele fala, porque ele é doido”, quando as/os profissionais permitem ser chamadas/os de tias/tios, todas essas não estão dentro do campo da ética.

As práticas da reabilitação psicossocial precisam ter em seu horizonte a *ética universal do ser humano* (FREIRE, 2019). A reabilitação requer ética que se posicione contra as inverdades, a exploração, a mentira, o falar mal, que não aceita as opressões de raça, gênero e classe. Uma ética em que há o compromisso com a defesa de uma vida justa para todos/as, que luta por justiça, liberdade e humanização.

A reabilitação psicossocial precisa ter no horizonte uma ética, verdadeiramente, antimanicomial, bem como, que fomente práticas as quais profissionais da saúde, usuárias/os se percebam enquanto seres da ética e que juntas/os se comprometam com a luta por uma sociedade mais justa. Como afirma Andrade (2003) a ética defendida pela luta antimanicomial é a ética configurada através de uma política das relações humanas, que vislumbre a inclusão do louco não condicionada a uma normatização comportamental, mas sim que conceba e trate a diferença radical inerente a “loucura” como manifestação legítima de estar no mundo (ANDRADE, 2003).

Yasui (2010) aponta que o lugar de cuidado na reabilitação psicossocial é aquele onde houver a possibilidade de encontro com a vida e com a autonomia dos sujeitos, que os agentes serão os coletivos, os/as profissionais, os/as usuários/as, os familiares, os amigos e que para acontecer todo esse trabalho existe uma ética. A ética na qual a reabilitação psicossocial só pode ser concretizada como uma prática social que sonha utopias, que trabalha e acredita em uma sociedade mais justa e igualitária, que respeita radicalmente as diferenças. Portanto, só pode ser uma prática norteada pela perspectiva da transformação social, ainda que seja uma utopia. Ou melhor, um inédito viável.

A (re)abilitação psicossocial se compõe de inéditos viáveis que serão alcançados através de práxis que promova autonomia. Através dos saberes que elencamos necessários a reabilitação, compreendemos que estes giram em torno das relações. Relações entre pessoas com experiência na loucura, profissionais, familiares, instituições e Estado, relações entre sujeitos inacabados, que estão se fazendo, refazendo, a partir da construção de uma relação, que precisa ser, dialógica. O diálogo que é práxis, é reflexão e ação, requer respeito, humildade, escuta, e, por isso, a reflexão teórica não pode estar dissociada da prática, seja por pessoas que buscam um lugar para estar e se inserir no mundo, seja de pessoas que cuidam. Junto a isso tudo, as relações, o saber se inacabado, o diálogo, a indissociação teoria/prática,

estão elencadas nas raízes de uma ética universal do ser humano, uma ética antimanicomial que abraça as diferenças e busca o inédito viável de um mundo mais justo para todos/as.

Depois de elencarmos todos esses saberes retornamos a pensar no nome Reabilitação Psicossocial e compreendemos que esse nome ‘teórico’ não estava condizente com a prática que defendemos acima e, portanto, sentíamos que precisávamos transformá-lo.

5.2.4 Entre a reabilitação psicossocial e o anúncio da autonomia psicossocial: o inédito viável, o sonho e a ação.

A leitura da Pedagogia da Autonomia pelo Sonhação possibilitou quebrar com alguns paradigmas instituídos no contexto da saúde mental, de uma relação pautada em sujeitos e objetos e suscitou a assunção de cada um/a como sujeitos cognoscentes. Como Freire (2019, p.29) descreve sobre o ato de ler: “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”. Como exemplo da leitura, Antônio fala sobre a leitura do livro de Paulo Freire e de como o percebeu:

Como foi falado o quanto ele assim há tanto tempo que foi escrito e ele ainda é atual, né, o quanto ele encaixa em todas as nossas vidas (Antônio).

Como problematizamos anteriormente a reabilitação psicossocial ainda tem suas marcas dentro do paradigma manicomial, o que pauta-se por uma relação de poder diante das pessoas com experiência na loucura. De que estas não sabem sobre suas próprias vidas, não tem possibilidade de tomar decisões, inclusive dos seus próprios processos de cuidado, e que por isso necessitam de profissionais, que são os sujeitos que detém o conhecimento e que sabem do que é melhor, qual a forma de cuidado, quais decisões o outro deve tomar.

Ao lermos coletivamente o livro foi possível romper com o instituído de que o sujeito (as/os usuárias/os), sendo objetos, recebem os conhecimentos, os caminhos de suas vidas por outros, e só assim, ao receber, terão a possibilidade de se tornar o (falso) sujeito dos seus processos de reabilitação psicossocial. Possibilitou problematizarmos que a reabilitação psicossocial não é uma ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado para restituir a um estado anterior.

Ao romper com o instituído, conseguimos perceber que cada ser humano é capaz de ir além dos seus condicionantes, principalmente quando falamos das pessoas com experiência na loucura, e, portanto, de alguns/algumas pesquisadores/as do Sonhação, que carregam um estigma desenfreado de que não são capazes de estudar, de trabalhar, de escolher, de ocupar a

cidade, de viver relacionamentos, de ter uma casa, de desempenhar seu autocuidado, de ter amigas/os, de construir uma família. Confirmando o que Freire (2019, p.113) traz: “Prefiro a rebeldia que me confirma como gente e que jamais deixou de provar que o ser humano é maior do que os mecanismos que o minimizam”.

Portanto, inspiradas/os em Freire (2011; 2019), ao percebemos que cada um/a carrega a possibilidade de construir conhecimento, através do exercício do diálogo, incitando o desenvolvimento de uma curiosidade crítica, insatisfeita, indócil, fomos em busca de apreender a realidade desvelada e atrás de caminhos para uma prática da reabilitação psicossocial dirigida no sentido da transformação.

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, 2019, p.75).

Foi a partir da constatação da realidade que nos deparamos da reabilitação psicossocial, de ver em Freire um referencial possível e do exercício da autonomia que estávamos realizando no Sonhação, do assumir-se sujeitos inacabados, que exercitaram o diálogo em busca da reflexão crítica sobre a prática, respaldados pela ética universal do ser humano, que entendemos que não podíamos mais nomear esse processo de reabilitação psicossocial, que esse nome não condizia com o que estávamos fazendo e com o que, historicamente, a luta antimanicomial preconiza. Não existe o ‘re’ a volta, retornamos para quê? Sujeitos são inacabados, estão se refazendo, não negando a história, olhando para a história, refletindo criticamente e ‘sendo mais’, a construção do cuidado de pessoas com experiência na loucura não trata-se de algo do sim ou do não, do é louco ou não é, do usa droga ou não usa, de está reabilitado ou não, mas sim de uma construção, construção de uma autonomia, que se pauta na liberdade, na responsabilidade e na tomada de decisões.

A gente não volta pô “risos” esse prefixo “re” não tem nenhum sentido. Mas assim a gente não volta enquanto sujeito, a gente tá inacabado. A gente tá passível de se transformar o tempo todo, né, e olhar para essa história e entender que é a nossa história e que estamos construindo ela, né? (Nise)

Sobre isso, diversas produções, autores e autoras já problematizaram as implicações do uso do termo reabilitação e a necessidade de ponderação quanto ao seu uso no campo da saúde mental (BENETTON, 1996; PITTA, 1996; FIORATI, 2010; MORATO, 2019; VENTURINI, 2016). Nesse sentido, Venturini (2016, p.164) considera que a definição terminológica da reabilitação carrega um *pecado original*, que acompanha os pensamentos e as práticas reabilitadoras. O autor aponta que existe uma crítica importante em relação à ideologia que alicerça a noção de reabilitação, a qual se funda nas reflexões que nascem das

interrogações que devem orientar o agir cotidiano: Quem? O quê? Como? Quando? Onde?

Para Venturini (2016) o tempo na reabilitação significa a renormalização do paciente, seu retorno à condição inicial de saúde, bem como configura uma tensão rumo a um passado que não existe mais; a referência a um conceito abstrato – a cura – que evidencia instâncias de normalização e de controle; a exigência de um resgate, que, inevitavelmente, reproduz um estigma. O autor vai além ao defender que não se pode reabilitar ninguém, é ilusório acreditar na mudança de subjetividade do outro, sem a participação ativa do interessado.

Por essas razões, Venturini (2016) defende a substituição da palavra *reabilitação* por *habilitação*. A ideia de habilitação contém: a ideia de um passado que não pesa de modo negativo sobre o presente; a ideia de uma tensão confiante quanto ao futuro; a ideia de que a experiência da doença não seja rejeitada, mas sim que tenha um valor e possa ser ressignificada; a criação de um novo processo que também concerne a outros sujeitos e a respeito do qual ninguém se encontra em condição de desvantagem. Para o autor “habilitar-se quer dizer tornar-se capaz de ser cidadão, reconhecer-se parte de um processo social, desenvolver um papel de protagonista” (VENTURINI, 2016, p.168).

A retirada do ‘re’ e deixar o habilitação não compactuava com o que construímos a partir de Freire (2019) para esse processo, uma vez que habilitação, habilitar, para nós, ia ao encontro de uma ideia fatalista, de habilitar os indivíduos ditos loucos para essa sociedade em que permeia a lógica manicomial, de controle, de relações de poder, de uma ética do mercado. Apesar de Venturini (2016) apontar elementos da prática de habilitação que corroboram com os saberes suscitados acima, de olhar para a história, de construir o futuro, de refletir sobre a experiência da doença, de construção de outras relações que não se pautem pela desvantagem, acreditamos que o termo *habilitação* também carrega um bias conceitual e um ‘pecado original’ que poderá acompanhar as práticas. A fala de Ana Marta abaixo levanta essa discussão e sugere alguns caminhos viáveis:

E o nó dali é que não adianta tirar o “re”, por que se tirar o ‘re’ vai ficar ainda pior, vai ficar habilitação (...) eu acho que a gente tem que evoluir nesse nome. Eu pensei inclusão, pensei autonomia psicossocial, pensei ação autônoma. Alguma coisa que desse conta que a pessoa está em movimento, sei lá, tem que pensar. Movimento de autonomia psicossocial, num sei, alguma coisa (Ana Marta).

Dessa forma, Oliveira (2010) nos ajuda nas reflexões ao problematizar do lugar de grande importância da teoria e de questionar qual teoria que nós precisamos, afirmando que sem teoria não dá pra construir uma boa prática, pois se não tem teoria ela será sempre uma prática que não sabe sobre si mesma. Portanto, inspiradas/os em Freire (2019) da importância de teoria e prática estarem dialeticamente se construindo, em Oliveira (2010, p. 45) que afirma a necessidade de “uma teoria que se produz como ato” que corresponde a ideia de

Yasui (2010, p.114) que “a práxis é o fundamento do conhecimento”, decidimos por trazer o nome Autonomia para frente do processo, entendendo que é este conceito teoricamente e na prática que vai fundamentar as ações do cuidado na saúde mental.

Em busca da construção da práxis, de uma teoria que se produz em ato, buscamos na pedagogia de Paulo Freire conceitos/saberes-ferramentas que podem orientar a construção de uma nova modalidade e estratégia de cuidado, assim, defendemos a construção da **Autonomia Psicossocial**. As falas dos pesquisadores do Sonhação abaixo, que tem em suas vivências a experiência da loucura, de passarem por processos de cuidado, os quais eles identificaram, após toda a reflexão crítica no Sonhação, como a construção da autonomia psicossocial, exemplifica essa transform(ação):

Poxa, eu acho que autonomia psicossocial tem tudo a ver, eu to trazendo porque aconteceu comigo, reabilitação não, autonomia psicossocial, eu posso entender é isso, eu posso viver isso (...) Autonomia psicossocial tá bem estratégico (...) Eu era um menino todo troncho, pensava que era o rei, achava que tinha o mundo aos meus pés, de repente eu dei uma voltinha na psiquiatria, se não fosse a muitos lamentos, choro, humilhação, ter se sujeitado a altos e baixos, eu não taria aqui com vocês hoje, não teria conhecido vocês (...) ai tem tudo a ver comigo, com autonomia psicossocial, foi uma coisa que aconteceu comigo, mas parece que foi isso, foi o que nos anos 2000 uma serie de sequências, esquecido pela familia, ‘tava internado, deixa ele lá’, ai levava um lanche, eu ficava feliz entre as aspas, mas eu chorava dia e noite, dizendo não sou doido, não sou doido, deixa eu ir pra casa, mas foi um trabalhinho de Deus e hoje tô aqui com vocês (Franco).

Nós somos seres que vivemos em constante mudança (...) mudança é reflexo da reabilitação. Autonomia é uma coisa que joga, que impulsiona, amei essa mudança (...) Minha vida toda, eu acho que isso aqui é sempre tudo que quis, porque passei por todos esses processos, então eu sei disso que vocês tão falando (...) mas assim autonomia psicossocial tem tudo a ver, porque ela vem dentro do que Paulo Freire fala, do que ele quer passar pra gente, é o diálogo mesmo, é a reflexão crítica, é a ética, mas aquela coisa a gente não é só assunção, a gente vive se relacionando, é uma coisa boa, e essa reabilitação transforma mesmo e é transformadora, tem um cara que tá aqui na frente de vocês que transformou (...) então assim essa autonomia é que dá para a pessoa ter sua vida normal, ou seja, querer outra coisa, e assumir aquilo e se sentir sujeito, sujeito social, normal na sociedade, porque tem tudo a ver (...) eu acho massa, mágico, porque ai vai construir algo que vai dar (Ernesto).

Na fala abaixo de Antônio, podemos identificar que ele também se reconheceu nesse processo de construção da autonomia. Antônio foi um dos pesquisadores que desde do primeiro encontro trouxe da angústia que causava pensar sobre autonomia, e das situações-limites que vivenciava em seu processo de cuidado em saúde mental, visto a ausência de trabalho, de ter uma casa. Durante os encontros do Sonhação, através do contato com a pedagogia de Paulo Freire, Antônio foi se reconhecendo enquanto sujeito inacabado e conseguiu alcançar inéditos viáveis para suas situações-limites, compreende que o processo de autonomia está sempre em construção e que se constrói também nas relações que estabelecemos.

Assim acho que pra mim, nesse processo de autonomia psicossocial, eu sei que passei por um processo de desconstrução e reconstrução enquanto sujeito, pra, por exemplo, conseguir algumas conquistas, de quem veio do zero, de quem foi se firmando, se prendendo a alguma coisa, que lógico não consegui nada disso sozinho foi graças a um coletivo de pessoas que tiveram comigo, o programa também, e aí quando chego hoje que eu gosto de dizer que, por exemplo, faz um ano em que

janeiro do ano passado, eu estava embaixo do viaduto usando crack, passando a mão em fezes secas que não eram minhas, achando que tinha derrubado um pedaço de droga, e aí com um ano depois em janeiro eu me encontro no aluguel social, me encontro numa casa, me encontro fazendo um serviço na fiocruz, que graças a essa renda eu cheguei no aluguel social e assim eu me deparei com uma responsabilidade, que há tempos que eu não tinha, de tá tocando uma casa sozinho e acho que o aluguel social faz parte dessa autonomia psicossocial (...) e aí eu digo que passei por esses processos todos e tô achando que já tava ali beirando a conquistar essa autonomia, mas ainda tô em construção, porque somos sujeitos inacabados (Antônio).

Compreendemos que o cuidado em saúde mental, bem como a vida em si, é uma construção, somos inacabados, estamos nos fazendo e refazendo a partir das nossas relações com os outros e com o mundo e que a partir disso vamos construindo a nossa autonomia. Entendemos que precisa ser a autonomia a estar à frente e no horizonte do cuidado em saúde mental e que, a partir disso, vamos construindo as possibilidades de relações através da rede social, do trabalho, da casa e do exercício dos sujeitos de ter liberdade de tomar decisões e assumir as responsabilidades.

Eu acho que tem tudo a ver e a gente ratificar que autonomia é essa que a gente tá falando, não é autonomia de uma palavra que circula muito, mas autonomia de uma palavra que tem significado e tem princípios (...) O nome autonomia, não remete ao nome da reabilitação de eu tô reabilitado ou não, autonomia é processo, é um constante vir a ser, a gente tá sempre construindo nossa autonomia (Nise).

Eu venho refletindo sobre e realmente reabilitação é uma palavra inadequada para o que a gente vem pensando sobre reabilitação psicossocial e ao mesmo tempo limitante, assim acho que não contempla, sobretudo com esse estudo da gente, de Paulo Freire. Autonomia psicossocial me representa, me ajuda a compreender o que a gente tá tentando fazer (...) porque a gente tá tendo sempre que tomar decisão, saber lidar com a liberdade, isso não é problema só seu, é de todos nós, e sempre tendo que ter responsabilidade com tudo que a gente se dispõe a fazer, então assim é realmente um processo pra vida inteira (Rosimeire).

Diante do novo nome/processo que defendemos, construímos a matriz conceitual com base nos saberes elencados no tópico anterior, trazendo a autonomia para o centro e os outros conceitos (sujeitos de relações; diálogo; reflexão crítica sobre a prática; ética) em relação influenciando e sendo influenciado pela construção da autonomia.

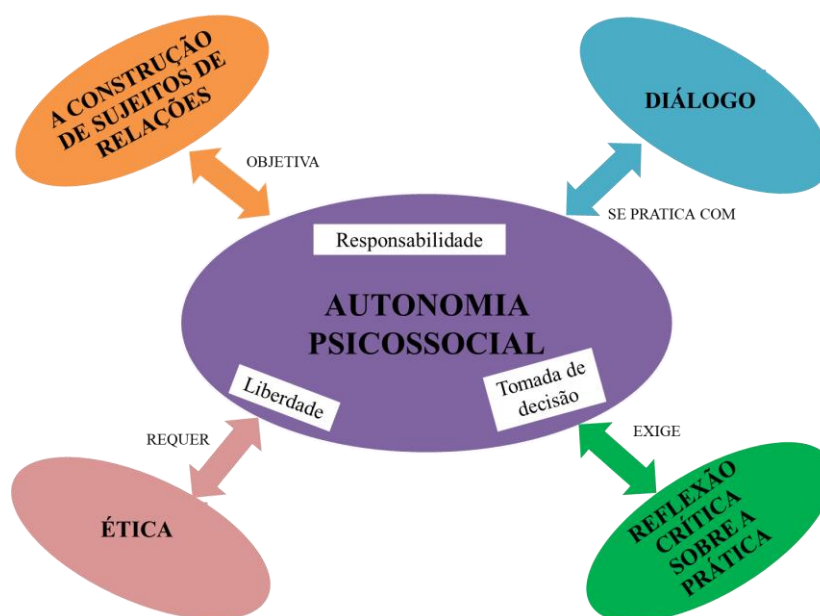
A matriz conceitual consiste em uma explicação esquemática das articulações possíveis entre um conceito central, como ponto de partida para a reflexão, relacionando outros conceitos a esse central. Dessa forma, busca integrar diferentes conceitos abarcados por Freire, com intuito de problematizar a relação entre o conceito central, foco do estudo, e outros que são selecionados a partir da matriz epistemológica da Pedagogia de Paulo Freire (SAUL, SAUL, 2013).

A articulação entre os conceitos na trama conceitual é representada por linhas e/ou palavras que buscam explicitar a relação que existe entre os conceitos. As linhas podem ter sentido único ou duplo, quando se coloca o único trata-se de uma articulação que se dirige de

um para outro conceito; quando a linha apresenta duas direções significa que a articulação encontrada pode ter origem em ambos os conceitos relacionados, demonstrando caráter de reversibilidade na relação encontrada (SAUL, SAUL, 2013).

Apresentamos abaixo (Figura 7) a matriz conceitual da autonomia psicossocial construída coletivamente, a partir da leitura da Pedagogia da Autonomia e dos saberes que elencamos como fundamental para o processo de cuidado em saúde mental:

Figura 7 – Matriz conceitual da Autonomia Psicossocial



Fonte: Sonhação (2019)

Realizar a análise crítica da realidade, através da leitura do livro Pedagogia da Autonomia, e pensar a nova realidade do cuidado em saúde mental que queríamos construir, proporcionou compreender que as práticas de reabilitação psicossocial que seguem uma lógica manicomial, bem como, o próprio nome reabilitação estão próximas da perspectiva da educação bancária que Freire (2005; 2019) critica. A reabilitação psicossocial que criticamos parte de uma compreensão mecanicista e autoritária, de transferência de pacotes de conhecimento sobre o outro, do voltar a ser para se adaptar a um futuro já conhecido, “será o que tem de ser, o que já se sabe que será” (FREIRE, 2013, p. 179). Dessa forma, as práticas não se comprometem com a construção da autonomia, tutelam, enclausuram, não pensam na possibilidade de acesso ao trabalho, porque o futuro já está algo como dado, as práticas se convertem em silenciar delírios, não faz do delírio, do delirar, verbo para a ação.

Comprendemos que o cuidado em saúde mental, a autonomia psicossocial, está

próximo da educação libertadora de Freire (2005; 2019), é dialética, olha para a história enquanto possibilidade, o futuro é a possibilidade de transformação do presente, que está dando-se, construindo-se. A autonomia psicossocial, a partir de uma perspectiva dialética, percebe os sujeitos como seres programados, condicionados, mas não determinados, e ao saberem que são condicionados, podem intervir no próprio condicionamento. Ao experienciarem oportunidades de decisão, de ruptura, de ‘pensar certo’, de conhecimento crítico, uma experiência esperançosa, “já que o futuro não é um *dado dado*, uma sina, um fado” (FREIRE, 2013, p.179). A autonomia psicossocial demanda dos sujeitos a construção do senso de responsabilidade, de compreender os fatos, a realidade a partir das relações que estabelece. “É a partir dessa concretude que mulheres e homens sonham, escolhem, valoram e lutam por seus sonhos. E o fazem não apenas como objetos, mas também como sujeitos da história” (FREIRE, 2013, p.178).

Arriscamos dizer que os saberes que elencamos necessários a autonomia psicossocial podem responder ao desafio que Oliveira (2010) coloca da necessidade de produzir teorização para o trabalho com a “coisa mental”⁴², de encontrar formas de dizer sobre o cuidado que não sejam capturáveis nos discursos que já estão estabelecidos.

Oliveira (2010) vem defender que o necessário para o trabalho com a “coisa mental” é o uso das tecnologias relacionais, é o uso da relação para o manejo, “de colocar o outro como outro, de ser afetado pelo outro” (OLIVEIRA, 2010, p.41). O uso das tecnologias relacionais permite que as pessoas com experiência na loucura estejam diante dos técnicos como outro, como sujeito. O autor trás que esse é um dos maiores desafios para o cuidado, como se prepara um/a profissional para uso de tecnologias relacionais?

Fico pensando como essas questões remetem muito a uma dimensão de uma ética política. Fico também ansioso em torno dessa tarefa de preparar pessoas para esse trabalho, em produzir uma forma de transmissão organizada, o mais autônoma possível, sem fazer doutrinação, sem dizer que é assim ou assado, sem fórmulas prontas, sem criar uma seita, ou uma nova religião teórica. Como vamos produzir a transmissão dessa ética, dessa postura política, dessa aprendizagem que lança os sujeitos num gosto pela invenção, pelo sutil, pelo instável, como uma das características da clínica ou do cuidado? (OLIVEIRA, 2010, p.44)

Partindo desses questionamentos de Oliveira (2010) compreendemos a autonomia psicossocial e seus saberes (sujeitos de relação, diálogo, reflexão crítica sobre a prática e a

⁴² “Coisa mental” é uma expressão que Oliveira (2010, p.41) utilizou em seu texto, para o autor trata-se de uma boa expressão: “porque consegue ficar se esgueirando da inscrição nos campos disciplinares da psicologia, da psiquiatria, da psicanálise. Consegue manter esse fenômeno, de alguma forma, num jogo de esquiva com a tentativa de captura desses saberes (...) Estou tomando essa questão do preparo para o trabalho com a “coisa mental” como uma tarefa de invenção, já que os saberes que estão aí são muito imprestáveis, a maior parte dos saberes tradicionais produzidos no campo médico e psicológico é muito pouco útil para fazer o que nós precisamos fazer. Então, nós precisamos buscar outras fontes.” O autor indica a necessidade de procurar outras fontes, então compreendemos que a procura na fonte de Freire trouxe boas águas para pensar no trabalho com a ‘coisa mental’.

ética) como um caminho, uma tecnologia da relação, da mesma forma que a própria pedagogia de Paulo Freire que é uma tecnologia da relação. A autonomia psicossocial tem seu referencial na pedagogia de Paulo Freire, considerando os três pilares do conceito de autonomia e como ponto de partida para as reflexões e ação: a inconclusão, o inacabamento do ser humano, desse sujeito que se constrói a partir das relações.

Por fim, defendemos para a reabilitação psicossocial:

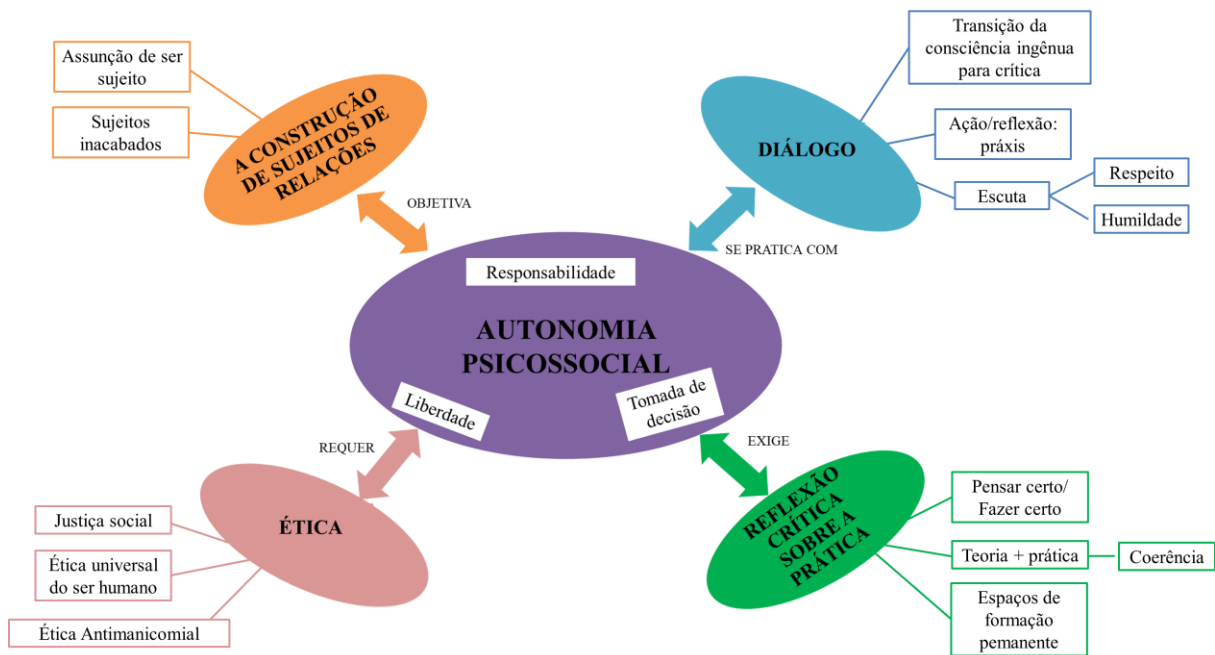
É preciso que saibamos que, sem certas qualidades ou virtudes como amorosidade, respeito aos outros, tolerância, humildade, gosto da alegria, gosto da vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, persistência na luta, recusa aos fatalismos, identificação com a esperança, abertura à justiça, não é possível a prática da *educação libertadora* que não se faz apenas com ciência e técnica (FREIRE, 2019, p.118).

5.2.5 Sistematizando a análise crítica da realidade

Da dialética da paciência impaciente anunciamos a Autonomia Psicossocial, nos reconhecemos enquanto sujeitos das relações, e por isso inacabados, através do diálogo refletimos criticamente sobre as práticas da reabilitação psicossocial, sobre as situações-limites e pautadas pela ética universal do ser humano, a ética antimanicomial, anunciamos um inédito viável.

Com sentido de sistematizar os saberes da autonomia psicossocial produzimos o esquema abaixo que amplia a trama conceitual (Figura 8), metodologicamente, talvez, deixe de ser trama, ainda compreendemos como trama, porque os conceitos estão emaranhados, estão relacionados. Podemos dizer que também pode ser um mapa conceitual, um guia para a construção das tecnologias relacionais.

Figura 8 – Matrizmapa conceitual da Autonomia Psicossocial



Fonte: Produzido pela autora

5.3 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE AÇÃO

A elaboração da proposta de ação trata-se do momento em que se constrói uma proposição coletiva e dialógica de ações, podendo ser ações em diferentes níveis desde o local até o macro, com perspectiva de superar as contradições sociais elencadas na leitura da realidade (SAUL, 2015).

Como vimos anteriormente as situações-limites levantadas pelo Sonhação dizem respeito tanto ao processo macro do cuidado em saúde mental, quanto no micro de pesquisadores do Sonhação que vivenciam as contradições dos processos de cuidado e que isso interfere na construção da autonomia.

Com intuito de pensar uma ação para ‘resolução’ dessas contradições elencadas na leitura da realidade, surgiu a ideia de realizarmos uma Escola de Formação para Trabalhadores, a partir dessa proposta que partimos para a leitura do livro Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire. A organização do conteúdo da escola seria construída com as reflexões suscitadas da leitura do livro, dessa forma, envolveria os saberes elencados na matriz conceitual da Autonomia Psicossocial.

Ao chegarmos na Autonomia Psicossocial compreendemos que esta trata-se de uma teoria-ação, é práxis, e, portanto, a elaboração dessa teoria-ação faz parte do processo de elaboração de proposta de ação. O que precisávamos era compartilhar esse saber produzido no Sonhação, um dos caminhos seria da Escola de Formação. Ressalta-se que a proposta da Escola dialoga com o que discutimos no saber 'reflexão crítica sobre a prática' da necessidade de formação permanente dos/as trabalhadores/as.

A Escola de Formação também seria uma proposta de abarcar as dificuldades no campo do trabalho, que compõem tanto as situações-limite do processo macro da reabilitação psicossocial, como micro dos/as pesquisadores/as. Seria uma forma de gerar renda, mas, para além disso, corrobora com o que defendemos sobre a perspectiva do trabalho no cuidado em saúde mental, de ser um espaço de reconhecimento, de realização.

Outra proposta de ação que surgiu foi de pensar uma iniciativa de geração de trabalho e renda, através da confecção de produtos relacionados ao próprio Sonhação, com frases e ilustrações. Esta seria uma forma de iniciar o gerar renda, pensando nas situações-limites que alguns dos pesquisadores estavam vivenciando. Bem como, por termos compreendido que o trabalho é um eixo importante para os processos de autonomia psicossocial.

Com todas essas propostas, esses inéditos viáveis, em um dos encontros em que estávamos realizando a leitura do livro, discutimos sobre o nosso cronograma de atividades para pensarmos como seguiríamos com nossas atividades. A partir disso, decidimos que no último encontro do Sonhação, do ano de 2019, realizaríamos uma oficina de Projeto de Vida, para pensar tanto nos projetos individuais, quanto o que caberia realizar no coletivo do Sonhação. Pensando que era final de ano e que pensar sobre o projeto de vida seria uma boa forma também de pensar sobre as situações-limites individuais e pensar propostas de ação.

Para a construção da oficina de Projeto de Vida, três pesquisadores/as do Sonhação se reuniram e montaram um instrumento⁴³ para ser utilizado no dia da oficina. Compreendemos que o projeto de vida foi uma materialização da construção da autonomia psicossocial das/os pesquisadoras/es. A leitura do pedagogia da autonomia proporcionou nos reconhecermos enquanto sujeitos inacabados e contribuiu para a construção da nossa autonomia, de tomar decisões e de assumir responsabilidades. A oficina do projeto de vida girou em torno do eixo do trabalho e do auto-cuidado, inicialmente fizemos um processo de reflexão em torno dos sonhos para esses eixos, compreendendo o sonho como um inédito viável e a reflexão crítica

⁴³ Conferir Apêndice 7.

das situações-limites, das barreiras que precisam ser rompidas, para construir a ação, a ação do sonho.

Ana Freire (2015) nomeia as ações necessárias para romper com as situações-limites de “atos-limite”, os atos se dirigem à superação e à negação de algo como dado, da aceitação, da passividade, os atos implicam uma postura decidida frente ao mundo. Para romper com as barreiras das situações-limites é necessária a ação pela reflexão, reflexão dos obstáculos à liberdade, a ação é transpor ‘a fronteira entre o ser e o ser mais’.

O inédito-viável é na realidade uma coisa inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas sonhada, e quando se torna um “percebido-destacado” pelos que pensam utopicamente, esses sabem, então, que o problema não é mais um sonho, que ele pode se tornar realidade. Assim, quando os seres conscientes querem, refletem e agem para derrubar as “situações-limites” que os e as deixaram a si e a quase todos e todas limitados a *ser menos*; o inédito viável não é mais ele mesmo, mas a concretização dele no que tinha antes de inviável (FREIRE, A., 2015, p.279).

Dessa forma, a oficina de projeto de vida se materializou como uma forma de dar um “percebido-destacado” nos eixos do trabalho e do autocuidado de cada um/a do Sonhação e pensar formas de ação/de concretização dos inéditos viáveis. Compreendemos que esses dois eixos seriam importantes de estar pensando situações-limites e possíveis inéditos viáveis visto que são eixos que vão incidir no processo de autonomia psicossocial.

Vale ressaltar que no dia em realizamos a oficina de Projeto de Vida, David e Ernesto, pesquisadores do Sonhação, trouxeram a novidade para o grupo que haviam conseguido trabalho, em dois serviços novos que estavam abrindo pela Prefeitura, bem como foi apontado em uma fala de Antônio acima, ele também conseguiu um trabalho ao longo dos encontros. Percebemos que o estar no sonhação, a leitura do livro de Paulo Freire, contribuíram para esse processo visto a possibilidade de se reconhecer enquanto sujeito e de compreender a autonomia como processo em construção.

A partir disso, no eixo trabalho, no projeto de vida, surgiram ações no sentido de permanecer no trabalho em que os/as pesquisadores/as estavam, mas o que mais chamou atenção foi que na maioria dos projetos de vida surgiu o desejo do engajamento em processos educativos alicerçado em pensar em melhores condições de trabalho e/ou da possibilidade de escolha do tipo de trabalho. Seja o desejo de concluir o ensino médio através do Ensino para Jovens e Adultos (EJA), seja para tentar vestibular para entrar na faculdade para cursar a graduação de psicologia, ou para fazer/continuar na pós-graduação. Inclusive, David, um dos pesquisadores, conseguiu entrar em contato com o reitor de uma faculdade privada e conseguiu ganhar uma bolsa na graduação de Psicologia.

O acesso à educação nos leva a uma discussão importante que é do acesso as pessoas com experiência na loucura aos processos educacionais, Saraceno (2001) em sua proposta de

reabilitação psicossocial coloca como eixos: a rede social, o habitat e o trabalho, como incluir a educação como um dos eixos?

Compreendendo a educação, com base em Freire (2005; 2019), como forma de intervenção no mundo, feita por sujeitos e para promover o reconhecimento dos seres humanos enquanto sujeitos. A educação como caminho para inserção dos sujeitos no e com o mundo, e em comunhão, em diálogo, pensar e agir na transformação do mundo em direção a humanização de mulheres e homens.

A respeito da inserção de pessoas com experiência na loucura no trabalho problematiza-se que o acesso a este está relacionado ao grau de escolaridade, sabe-se que a grande maioria de usuários/as dos serviços de saúde mental pertencente ao SUS também é atravessada por um recorte de classe, de um grau de escolaridade. As autoras Bongiovanni e Silva (2019) questionam como estreitar relações e promover ações vinculadas a educação e ao trabalho, visto que, em sua, maioria, os/as usuários/as de saúde mental possuem baixa escolaridade e possibilidade precárias de emprego? Não olhar apenas para a doença é um dos lemas defendidos pela reforma psiquiátrica, portanto, ao falar sobre loucura precisamos relacionar aos outros marcadores de exclusão (raça, classe, gênero) é uma forma de ampliar a questão e não limitá-la ao patológico.

Campos e Magalhães (2019) também defendem a necessidade de refletir sobre a integração entre o campo da saúde e da educação, no sentido de solidificar a atenção psicossocial ao considerar a educação como proposta complementar as abordagens terapêuticas. Dentro do campo da educação, as autoras apontam que a ausência de escolaridade representa mais um rótulo de exclusão e estigma social e quando associado à loucura agrega valor as práticas de exclusão e segregação.

Visto isso, os pesquisadores do Sonhação que trouxeram o desejo de retornar aos estudos, são os que vivenciam a experiência da loucura e todo o estigma que o ser louco carrega. Compreendemos que a possibilidade de ler Paulo Freire, compreender os seus saberes e trazer para o processo de cuidado na saúde mental possibilitou o que já falamos, mas vale repetir, o se reconhecer enquanto sujeito do conhecimento e da possibilidade de construir conhecimento.

Por isso, acreditamos que a educação, compreendendo-a como a pedagogia freireana defende, deve ser um dos eixos a ser considerado nos processos de autonomia psicossocial.

Assim um projeto de vida pra mim que eu tô querendo é terminar meus estudos, primeiro porque assim eu tenho sentido muito o fato de não ter nem o ensino médio (...) meu objetivo é ensino médio, meu trabalho, minha família, preciso

de um trabalho, terminar meus estudos para conseguir um melhor trabalho e assim tentar uma nova família não nessa mesma ordem (Antônio).

Meu objetivo é estudar psicologia, é um sonho desde a infância é um sonho (...) Na realidade tem que trabalhar, né, tem muita força de vontade. Na realidade eu tô pretendendo agora em janeiro tem um curso de férias. O período eu botei o ano todo, é muito estudo e muita força de vontade, tem que ser abster de muita coisa, tem que dizer não a muita coisa que eu gosto, por que esses objetivos vão precisar muito de mim mesmo, até porque uma coisa é você estudar quando tem 18 anos, outra coisa e assim voltar a estudar (Ernesto).

Meu sonho é trabalhando, estudando e militando, meu sonho é esse, meu objetivo é cuidar de mim e das pessoas, a justificativa é que dessa forma posso dar continuidade, com o que eu me encontrei que é a luta antimanicomial (David).

Quanto ao eixo do autocuidado, na construção do projeto de vida, as ações surgiram desde engajamento em atividade física e práticas integrativas à realizar uma psicoterapia e continuar nos serviços da RAPS. Um elemento importante que surgiu junto às ações do autocuidado foi da importância da rede social nesse aspecto, da rede de apoio como um elemento do autocuidado.

A luta antimanicomial também apareceu nos projetos de vida, compreendemos que ela pode estar atrelada tanto ao eixo do trabalho, não o trabalho no sentido de gerar renda, mas de se sentir reconhecido/a, de ser cidadã/o, bem como do eixo do autocuidado, fazendo parte da rede de afetos dos/as pesquisadores/as do Sonhação.

Planejamento para seguir meus objetivos, ações: ajudar no 18 de Maio de 2020, ajudar na formação da Escola de Formação e conseguir com ajuda de todos e todas. Lutar por uma saúde mental, na luta antimanicomial e lutar pelos trabalhadores da saúde mental (Marcus).

No autocuidado eu posso contar com: primeiro, os CAPS, Centro de Atenção psicossocial, e também eu coloquei aqui a rede nacional internúcleos de luta antimanicomial, também eu discriminei a RAPS, a rede de atenção psicossocial e pra finalizar CRP, o Centro Regional de Psicologia (Franco).

Construir o projeto de vida, olhar para as situações-limite, pensar em atos-limites em direção a inéditos viáveis, foi um processo importante de construção da autonomia psicossocial, de ter a liberdade de poder tomar decisões sobre a própria vida, de pensar o seu projeto de vida, de escolher voltar a estudar, assumir/continuar um trabalho, continuar acessando os serviços de saúde, praticar uma atividade física, construir um projeto de vida é um processo de exercitar a autonomia. Bem como, compreender que esse projeto de vida tá sempre inacabado, assim como os sujeitos, tá sempre em construção, a partir das relações que vão se estabelecendo e novas decisões que vão sendo tomadas. Podemos compreender que a construção da autonomia psicossocial também perpassa por identificar as situações-limites e vislumbrar a possibilidade dos inéditos viáveis.

Visto a ação dos processos micros, fomos pensar como construir as ações do processo macro, considerando que as singularidades, as particularidades dos projetos de vida de cada

um/a estavam em reconstrução, resolvemos por realizar uma avali(ação) dos encontros do Sonhação até aquele momento e a partir disso costurar como seguiríamos a partir de então, lembrando do desejo ainda pulsante de compartilhar os saberes construídos através da construção da Escola de Formação.

5.3.1. A avali(ação) para construção do sonho e da ação

Entendendo da necessidade de avaliação como caminho também para a reflexão crítica sobre a prática, que construímos um instrumento de avaliação⁴⁴. O instrumento versava sobre o que cada um/a aprendeu, de como se sentiu, do que menos gostou e mais gostou, sobre as relações e as expectativas. Realizar a avali(ação) proporcionou nos ajudar a compreender o que significou o sonhação para cada um/uma até aquele momento, bem como, levantar as expectativas para com o coletivo e assim construir a proposta de ação do campo macro.

O que foi bastante apontado na avaliação foi o aprendizado de se reconhecer, de se olhar, de se perceber como sujeitos inacabados, da possibilidade de sonhar, como podemos ver nas seguintes falas:

Me fez ver o quanto tempo perdi e não quero perder mais, aprendi que não posso parar de estudar (Ernesto).

Que é válido sim fomentar e investir nos sonhos por mais distante que alguém já disse a você que ele estará. Aprendi que tenho que escutar, mas também tenho que agir (Antônio).

Aprendi sobretudo o fazer do mestre Paulo Freire no que se diz respeito a dialética e ao diálogo, sendo algo horizontal e não verticalizado, onde eu e você estamos dentro de uma prática de compreensão, somos sujeitos em constante evolução, ou seja, somos seres inacabados (David)

Parafraseando Paulo Freire o que mais fica presente em mim dos encontros do Sonhação é a certeza que somos seres inacabados, que autonomia frustra, impõe riscos, mas é no constante exercício dela, juntamente com a reflexão crítica que torno sujeito, que vive, ama, aprendi, ensina e transforma (Estamira).

O compreender sobre a pedagogia de Paulo Freire e fazer conexões com as práticas de saúde mental também foi algo pontuado como relevante na avaliação, exemplo disso são os registros que seguem abaixo:

Mais gostei do Sonhação foi de ter estudado Paulo Freire (Ernesto).

A constante busca pela construção compartilhada do conhecimento e da ação. Também gostei de ter me aproximado das proposições de Paulo Freire e das interlocuções com a saúde mental, total conexão (Estamira).

A construção coletiva do conhecimento foi sinalizada pela maioria dos/as pesquisadores/as, da possibilidade do diálogo, de construir relações horizontais, com respeito,

⁴⁴ Conferir Apêndice 8.

com escuta, a fala abaixo exemplifica essa construção:

O que mais gostei foi de ter a vivência ao lado dos ditos usuários, de dialogar de igual para igual, de construir coletivamente e não verticalmente. Estar diante da possibilidade de refletir e pensar estratégias para modificar uma rede também foi algo muito bom (Fernanda).

Como dificuldade elencada do Sonhação foi colocada a questão do tempo, da pouca quantidade de encontros, o que levantou o desejo do grupo de continuar no sonho e na ação.

Como falou Estamira:

A partir dos encontros com os/as presentes a palavra sonhar e agir nunca mais serão as mesmas (Estamira).

Foi a partir disso que fomos construindo nossos próximos sonhos e ações, entendendo que como expectativa tinha a construção prática do conhecimento que construímos:

Que coloquemos em prática o que refletimos no sonhação para os usuários da RAPS e proporcionar mais autonomia, compartilhar os saberes sobre a autonomia psicossocial (Ernesto).

Dar continuidade a esse sonho que depende de uma ação, logo sonhação, essa é a ideia (Antônio).

Possamos dar continuidade multiplicando o conhecimento adquirido nesse grupo. O desejo de compartilhar com outras pessoas o conhecimento e a vivência do Sonhação (Rosimeire)

Surgiu a proposta de ação de inscrever uma oficina sobre os saberes da Autonomia Psicossocial no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), que será em Recife/Pernambuco, no mês de julho de 2020. A proposta da oficina surgiu como uma espécie de preparação para organização da Escola de Formação, todos/as concordaram com essa proposta e assim seguimos. Decidimos que além de inscrever a oficina para realizar no Congresso, submetiríamos a inscrição para uma mesa redonda, com intuito de estarmos compartilhando os saberes construídos no Sonhação.

Para fins dos objetivos desse estudo, compreendemos que tanto a construção da teoria/ação da Autonomia Psicossocial, a proposição da Escola de Formação e materialização do exercício da autonomia através da construção do Projeto de Vida cumpriram a função da elaboração de uma proposta de ação, tanto respondendo as situações-limites elencadas no campo micro, como no macro.

Por fim, compreendemos que para finalizar o tópico dos resultados e discussão seria importante realizar uma sistematização dos achados, a qual iremos apresentar no próximo item.

5.4 SISTEMATIZANDO OS RESULTADOS: OS ACHADOS ATRAVÉS DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

Ao final do extensivo trabalho de análise das falas, de compreender o que seria de cada momento da investigação temática, retornamos aos nossos objetivos no intuito de visualizar se havíamos cumprido o objetivo proposto para estudo. Entendendo que o Sonhação tornou-se um coletivo, um grupo de pesquisa, de estudo para além desse aqui, o que já nos dá indícios de que o sonhação segue a metodologia defendida por Freire (2005; 1981) e da compreensão da pesquisa e da educação como um permanente e dinâmico movimento. Construimos um quadro que tem a intenção de sistematizar os resultados elencados e nossos objetivos propostos.

Quadro 2 – Sistematização dos resultados e achados

OBJETIVO	MOMENTO DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA	ACHADOS
<i>Objetivo Específico 1:</i> Problematizar as práticas de reabilitação psicossocial a partir da vivência de usuáries/os e trabalhadoras da RAPS.	- Leitura da Realidade	Através do levantamento das situações-limites, encontramos que as práticas de reabilitação psicossocial encontram obstáculos devido à dificuldade de inserção das/os usuáries/os no campo do trabalho; bem como, identificamos que algumas práticas da reabilitação psicossocial atendem a uma lógica manicomial, levantamos a hipótese de que o próprio nome reabilitação pode dar margem para essas práticas, de tentativa de ‘cura’, de voltar a um estado de normalidade, de tutela.
<i>Objetivo Específico 2:</i> Compreender como a Pedagogia Paulo Freire coloca em prática a construção de autonomia da cidadã/do cidadão.	- Análise crítica da realidade	Com a leitura coletiva do livro Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, compreendemos que o conceito de autonomia tem como pilar a responsabilidade, a tomada de decisão e a liberdade. Ademais, para compreender autonomia, entendemos que precisamos partir do conceito de sujeito que Paulo Freire defende, de sujeitos inacabados e sujeitos relacionais. Nas relações que vão se estabelecendo, a possibilidade de construção de autonomia dos sujeitos se dá através da construção dialógica e não se pauta por posições autoritárias e licenciosas.
<i>Objetivo Específico 3:</i> Analisar se a construção de autonomia das pessoas com experiência na loucura, em seus processos de reabilitação psicossocial, está em confluência com a Pedagogia Paulo Freire.	- Leitura da Realidade - Análise Crítica da Realidade - Elaboração de Proposta de Ação	Compreendemos que algumas práticas de reabilitação ainda seguem um modelo de cuidado manicomial. Entendemos que a autonomia produzida nesses processos não preconiza a liberdade, nem a pessoa com experiência na loucura como sujeito que pode tomar decisões e se responsabilizar por elas. Dessa forma, compreendemos que autonomia é uma palavra que circula muito, mas que o conceito ainda é ambíguo, confundindo com tutela. Visto isso e a partir dos saberes suscitados pelas reflexões do livro Pedagogia da Autonomia, constatamos que o processo de cuidado em saúde mental precisa ser em prol da construção da autonomia psicossocial e que esta se pauta na construção de sujeitos relacionais, não se pratica sem diálogo, exige reflexão crítica sobre a prática e requer uma ética, ética universal do ser humano e, portanto, antimanicomial.

Fonte: a autora (2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.”
João Cabral de Melo Neto*

Optamos por modificar o formato das considerações finais. Inspiradas em Paulo Freire que tinha como hábito manifestar-se por escrito através de cartas: “uma das formas de comunicação que Paulo tanto gostava de utilizar” (FREIRE, A., 2015, p.9), decidimos por escrever as considerações finais desse estudo através de uma carta direcionada aos pesquisadores e pesquisadoras do Sonhação.

Ao pensar no diálogo como exercício rigoroso da coerência entre teoria e prática, a carta materializa-se como instrumento coerente com o diálogo. Paulo Freire tem algumas obras publicadas em formato de cartas, a saber: *Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo*; *Cartas a Cristina: reflexões sobre minha vida e minha práxis*; *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar*; *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*.

Ana Freire (2013) afirma que para Paulo Freire as cartas e a linguagem poética são formas de expressão e comunicação, que não impedem ou distorcem o rigor científico necessário para dar sistematicidade a um pensamento teórico, desde que este parta do fato, do fenômeno prático, da dialética prática-teoria-prática.

Considerando isso, segue abaixo a Carta das considerações finais:

Queridas companheiras e queridos companheiros do Sonhação,

“A nossa sorte é ter coragem!”

Tive a honra de ser privilegiada de fazer parte desse coletivo e de ser a narradora de um pedaço dessa história, uma história de sonho e de ação e de construção da Autonomia Psicossocial. Vocês lembram que começamos nossos encontros falando de sonhos? Pois bem,

materializamos sonhos e eu, aqui estou, com a missão de concluir uma história coletiva, entendendo que o conforto da conclusão já não cabe aqui. Tentarei relembrar as considerações que fiz nesse processo de sistematizar uma parte dos nossos sonhos, porque acredito que muitos outros virão, bem como muitos outros sujeitos inacabados virão!

Aprendi com o mestre Paulo Freire da responsabilidade do ato de escrever, da busca incansável de testemunhar a coerência entre o que estou escrevendo e o que fizemos. Que bom que aprendemos, juntas e juntos, do nosso inacabamento, que é olhando e refletindo sobre nossa prática de ontem que melhoramos a prática de hoje, e por isso tentei o ser mais leal possível ao que vivemos, refletimos, encontramos, sonhamos e agimos nos encontros do Sonhação que testemunhei nesse trabalho.

Dos nossos encontros que sistematizei, aqui nesse texto, acredito que conseguimos dar início a processos de mudança (do mundo, por quê não?), como lemos, juntas e juntos, no *Pedagogia da Autonomia*: “a mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho”.

Ao fazermos a leitura da realidade em que nos encontramos, nos diferentes lugares que ocupamos nessa realidade, com nossas subjetividades, denunciemos as práticas de reabilitação psicossocial que insistem em perpetuar a lógica manicomial, de tutela, de segregação, de relações de poder, de enclausuramento. Denunciamos a (quase) inexistência de oportunidades de geração de trabalho e renda, no estado de Pernambuco, para grande parte dos/das usuários/as da rede de atenção psicossocial. Denunciamos que tudo isso não constrói autonomia, autonomia é palavra que circula o tempo todo, mas o que é mesmo autonomia?

Fomos buscar em Paulo Freire, na leitura coletiva do livro *Pedagogia da Autonomia*, um caminho para o anúncio, o nosso sonho. Exercitamos a dialética da paciência impaciente, e também através da dialética de denunciar a realidade, de analisá-la criticamente, precisávamos anunciar outra. Anunciamos a Autonomia Psicossocial. Autonomia que se exercita pelo direito de todos e todas, loucos e loucas, de tomar decisões, de ter a liberdade de tomar decisões, assumir a responsabilidade e o risco dessas decisões. De compreender que o exercício dessa autonomia é feito por sujeitos inacabados, não mais, somente, loucos e loucas, mas loucas e loucos que são sujeitos inacabados/as, que estão se refazendo e se construindo, a partir também do direito às relações. É nas relações que o inacabamento vai se fazendo e se reconhecendo, é na possibilidade de se relacionar que a autonomia vai se exercitando.

Acredito que quando assumimos e dissemos, podemos até ser loucos/loucas, mas estamos sendo, não somos e pronto, ponto final, é processo, é vir a ser, é inacabamento. Lembro bem de Franco dizendo, “sou louco, mas sou sujeito e não objeto”, de Antônio

assumindo “sou sujeito inacabado”, quando compreendemos isso, já podíamos até ter parado por aí, mas Paulo Freire nos ajudou a ir mais além!

Anunciamos os sujeitos de relações e inacabados e que por isso são sujeitos do diálogo! Nas relações se estabelece o diálogo, um diálogo que não é monólogo. Diálogo que é reflexão e ação, requer escuta, respeito, humildade. Requer a constante reflexão crítica sobre a prática. Foi algo que fizemos a cada encontro do Sonhação, refletiamos sobre as práticas de cuidado em saúde mental e buscávamos formas de transformar a prática do amanhã. Tudo isso pautado na ética, na ética que acredita nos sujeitos, que acredita que o mundo pode ter espaço para os loucos e as loucas, um mundo que pode ser mais justo e por isso antimanicomial.

Arrisco dizer que o Sonhação fez parte dos nossos processos de autonomia psicossocial, era/é mais um lugar para estarmos, para dependermos, para assumirmos responsabilidades, o risco das decisões, e pra isso exigiu de nós: a liberdade e consequentemente coragem! O sonhação foi espaço de construir uma rede de afetos, de relações, de pensar em sonhos e em como transformá-los em realidade.

Ouso também dizer que no Sonhação testemunhamos a pedagogia de Paulo Freire, teorica e metodologicamente, como referencial para o cuidado em saúde mental e, como anunciamos, para a autonomia psicossocial. O direito inalienável a liberdade funda tanto a construção da autonomia psicossocial, como a pedagogia de Paulo Freire. O diálogo é o referencial metodológico e teórico para essas teorias, teoria e ação, essa indivisível operação. O diálogo é tecnologia das relações, das práticas de liberdade.

Em tempos de tantos retrocessos na política de saúde mental, de retorno de investimento nos manicômios, de crescimento desenfreado das comunidades terapêuticas, da retirada do componente de reabilitação psicossocial da rede de atenção psicossocial, confesso que estava receosa de realizar essa pesquisa, como denunciar práticas que ainda existem que dizem respeito a um modelo de cuidado que não defendo? É nesse tempo de retrocesso que devemos fazer isso? Mas nós, juntas e juntos, mesmo diante de tantas situações-limites, não perdíamos o fôlego, reconhecíamos que olhar para as nossas contradições e analisá-las criticamente era a possibilidade de transformar e não apenas assumir fatalistamente que seria isso mesmo. Reconhecemos que existem contradições, mas também que existe muita potência e desejo pela construção diária do inédito viável de uma sociedade sem nenhum tipo de manicômio.

É com a certeza de que “eles passarão, nós passarinho” que defendemos a busca por vãos que possam pousar em serviços substitutivos, antimanicomiais e que construam autonomia. Autonomia psicossocial perpassa pelo direito: de habitar uma casa; de desejar e

acessar um trabalho que promova reconhecimento, cidadania; de ter uma rede social de afetos; de ocupar os espaços educacionais, a se alfabetizar, a terminar o ensino médio, a ingressar na faculdade.

Na nossa “alucinação com o dia-a-dia e o delírio com a experiência de coisas reais”, assumimos que não estamos interessados em teoria que não seja ação, “amar e mudar as coisas nos interessa mais” e por isso esperançosos/as, não apenas na pura espera, que seguiremos atrás de mudar as práticas de cuidado, na luta para concretizar a autonomia psicossocial anunciada, seja em congressos, seja nas nossas práticas ‘individuais’, seja na construção de uma escola de formação. O sonho segue em busca de mais sonhos!

Aqui a certeza de que Paulo Freire, onde quer que esteja, está alegre com a boniteza que foi e é o Sonho e esperançoso com os próximos inéditos viáveis!

Aqui a minha gratidão por toda confiança semeada nesses encontros, por poder testemunhar a assunção do ser sujeito inacabado de tantas e tantos de vocês, por exercitamos o diálogo, por lermos juntos e juntas o Pedagogia da Autonomia, por anunciarmos a Autonomia Psicossocial! Seguiremos por: “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais”!

Recife, 08 de março de 2020.

Com carinho,
Juliana Sobel.

P.S: Não poderia deixar de falar que escrevo, termino esse texto no dia 08 de março, dia internacional das mulheres, dia de luta das mulheres pelo direito de viver, de ser livre, de ter autonomia. A luta por uma sociedade sem manicômio é a luta contra uma sociedade patriarcal, machista, racista, lgbtfóbica. “Não nos cansaremos, até que todas e todos sejam livres!”

REFERÊNCIAS

- ABOU-YD, M. N.; SILVA, R. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: CFP (Org). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 40-45.
- AMARANTE, P. D. C. A luta antimanicomial e a construção dos direitos e das políticas na área de saúde mental. In: BARROS, S.; BATISTA, L. E.; SANTOS, J. C. (Org). **Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.2016**. Uberlândia: Editora Navegando, 2019. p. 151-167.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- _____. **Teoria e Crítica em saúde mental: textos selecionados**. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMORIM, M. F.; OTANI, M. A. P. A reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 11, n. 3, p. 168-177, 2015.
- ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cadernos Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012.
- ANDRADE, L. C.; VELÔSO, T. M. G. Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da educação popular. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 10, n. 1, 2015.
- ANDRADE, M. C.; *et al.*. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 174-191, 2013.
- ANDRADE, M. M. Por uma concepção e prática clínica culturalmente sensível para com a loucura. In: CFP (Org). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.164-175.
- BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial no Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 568-76, 2004.
- BARROS, M. **O livro das ignoranças**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993. 3ªed.
- BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. Esp, p. 815 – 819, dec. 2007.
- BENETTON, M. J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? In:

PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 137-148.

BERTOLOTE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-158.

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 137-142.

BONGIOVANNI, J.; SILVA, R. A. N. da. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, vol. 31, p.1-14, 2019.

BOTERF, G. L. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C. R. **Repensando a pesquisa participante**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 51-82.

BRANDÃO, C. R. A participação da pesquisa no trabalho popular. In: BRANDÃO, C. R. **Repensando a pesquisa participante**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 6, p. 51-62, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 247, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 08 mar 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Nota técnica nº 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: CGMAD/DAPES/SAS/MS, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. N. **Trabalhadores de saúde mental: incoerências, conflitos e alternativas no**

âmbito da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CAMPOS, I. O.; MAGALHÃES, Y. B. Analfabetismo e saúde mental: o discurso dos usuários de um centro de atenção psicossocial brasileiro. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2019.

CARNEIRO, A. C. *et al.*. Educação popular em saúde mental: relato de uma experiência. **Saúde Sociedade**, v. 19, n. 2, p.462-474, 2010.

CECCIM, R. C.; FREIRE, P. Pacientes Impacientes. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Gestão Estratégia e Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CFP; MNPCT; CNMP; MPT. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**. 2ed. 2020. 558f. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>>. Acesso em 08 mar. 2020.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface** (Botucatu), v. 23, p.1-15, 2019.

EBRAHIM, R. Acordo na Assembleia mantém comunidades terapêuticas fora do SUS em Pernambuco. **Marco Zero Conteúdo**, 2019. Disponível em: <<http://marcozero.org/acordo-na-assembleia-mantem-comunidades-terapeuticas-fora-do-sus-em-pernambuco/>>, acesso em 08 mar. 2020.

FERNANDES, C. Amorosidade. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org). **Dicionário Paulo Freire**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p.37-39.

FERRAZA, D. A.; SANCHES, R. R.; ROCHA, L. C.; JUSTO, J. S. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 7, p. 363-375, 2017.

FIORATI, R. C. **A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 242f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76 – 84, jan./abr. 2011.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na Idade Clássica. 8ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FREIRE, A. M. A. A voz da esposa: a trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, M. (Org). **Paulo Freire**: uma biobibliografia. 1ed. São Paulo: Cortez Editora – Instituto Paulo Freire, 1996. p.27-69.

_____. Canção Óbvia. In: FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000. p. 6.

_____. Inédito Viável. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org). **Dicionário Paulo Freire**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p.223-226.

_____. Notas: introdução. In: FREIRE, P. **Cartas a Cristina**: reflexões sobre minha vida e minha práxis. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013. p. 299-306.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Cartas a Cristina**: reflexões sobre minha vida e minha práxis. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

_____. Criando método de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. R. **Pesquisa Participante**. 1 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981. p. 34-42.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 42 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

_____. **Educação e atualidade brasileira**. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora; Instituto Paulo Freire, 2003.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 22 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, M. (Org). **Paulo Freire**: uma biobibliografia. 1 ed. São Paulo: Cortez Editora – Instituto Paulo Freire, 1996. p. 69-117.

GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, C. R. **Repensando a pesquisa participante**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GONTIJO, D.; SANTIAGO, M. E. Autonomia e Terapia Ocupacional: reflexões à luz do referencial de Paulo Freire. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, v. 4, n. 1, p. 2-18, 2020.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, n. 2, 2004.

GUIMARÃES, C. A.; VERAS, A. B.; CARLI, A. D. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, 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**, ano XXII, n. 44, p. 111-138, 2019.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; *et al.*. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, 2017.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, fev. 2009.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. C. Reabilitação Psicossocial: objetivos, princípios e valores. **R. Enferm UERJ**, v. 12, p. 217-221, 2004.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2012.

LIMA, Elizabeth M. F. Araújo. A saúde mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 117-122, 2006.

LUCENA, M. A. S.; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, 2012.

LUCENA, S. V. B. **A reabilitação psicossocial e a afirmação dos direitos humanos da pessoas em sofrimento psíquico**: um estudo da Rede de Atenção Psicossocial. 2015. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2015.

MACHADO, R. C. F. Autonomia. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p.53-54.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 943-951, 2018.

MORATO, G. G. **Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial**: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental. 2019. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, São Carlos, 2019.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, M. V. A instituição do novo: preparando o trabalho com a coisa mental. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Caderno Saúde Mental 3** – Saúde Mental: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 37-46.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2006.

OSOWSKI, C. I. Situações-limites. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p. 375-376.

PASSOS, R. G.; PEREIRA, M. O. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017. p. 25-52.

PEDROSA, J. I. S.; *et al.* ANEPS: caminhos na construção do inédito viável na gestão participativa do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 25-32.

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 658 – 664, ago. 2007.

PEREIRA, M. F. A participação dos usuários. In: CFP (Org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 72-84.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco, Coordenação de Saúde Mental do estado de Pernambuco. **Política Estadual de Saúde Mental, Pernambuco**. Recife: Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco, 2018.

PERRUSI, A. Sociologia política da saúde mental: notas sobre as mudanças na assistência psiquiátrica e nas relações de poder. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira**, 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Gramma, 2017. p. 25-53.

PIMENTEL, A. P. **O cuidado em saúde mental**: reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica. 2018. 193f. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

PINTO, A. T. M; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p.27-34, 2010.

PITTA, A. Apresentação. In: SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001. p. 7-11.

_____. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.).

Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 301-308, 2015.

ROSA, E. Z. Do adoecimento psíquico à subjetividade que sofre: a importância da leitura sócio-histórica. In: CFP (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 211-220.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: Nicácio M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, S. A. **“O que o sol faz com as flores?”** O trabalho coletivo como via da reabilitação psicossocial. 2019. 139f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago 2011.

_____. Ações dos serviços territoriais para inclusão social. In: BARROS, S.; BATISTA, L. E.; SANTOS, J. C. (Org.). **Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.2016**. Uberlândia: Editora Navegando, 2019. p. 125-129.

_____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2º ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 2001.

_____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

_____. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154.

SAUL, A. M.; SAUL, A. Mudar é difícil, mas é possível e urgente: um novo sentido para o projeto político-pedagógico da escola. **Revista Teias**, v. 14, n. 33, 2013.

SAUL, A. **Para mudar a prática da formação continuada de educadores: uma pesquisa inspirada no referencial teórico-metodológico de Paulo Freire**. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo, São Paulo, 2015.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Com. Ciências Saúde**, v. 28, n. 3, p. 350-358, 2017.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P.; ROS, M. C. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Texto**

Contexto Enferm, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 239-45, 2007.

SOBEL, J. F. **A reabilitação psicossocial como processo educativo libertário**: reflexões a partir da pesquisa-ação no Projeto Geração de Renda Mentas que Fazem. 2017. Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Universidade de Pernambuco, Recife, 2017.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Edu. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n.17, 2019.

SOUZA, C. S.; COUTO, F. D.; FREITAS, P. C. Libertando subjetividades: o movimento da luta antimanicomial de Pernambuco. In: FONTES, B. A. S. M; FONTE, E. M. M. (Org.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ed. Universitária, UFPE, 2010. p.201-221.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. Saude - Manguinhos** [online], v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TROMBETTA, S.; TROMBETTA, L. C. Inacabamento. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p.221-223.

VASCONCELOS, E. M. *et al.*. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ, 2014.

VENTURI, E. O tempo da desinstitucionalização. In: VENTURI, E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, p. 155-183.

VIANA, B.; SOBEL, J.; SANTOS, S. **Saúde mental e Economia Solidária**. 1 ed. Olinda: MXM Gráfica e Editora, 2018.

VIEIRA FILHO, N. G. O Processo Dialógico na Atenção Terapêutica Psicossocial. Contribuições de Paulo Freire. In: III COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE. **Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire**. Pedagogia e Reinvenção da Sociedade. João Pessoa: EDUFPB, 2003.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 9, n. 1, p. 91-10, 2006.

ZITKOSKI, J. J. Diálogo/Dialogicidade. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p.117-118.

_____. Ser mais. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p.369-371.

APÊNDICE A – CONVITE DA PESQUISA



convite
 roda de
 acolhimento

Usuária, usuário da Rede de Atenção Psicossocial, Familiares, Trabalhadoras(es) da Rede, Residentes em Saúde, Estudantes, Militantes da Luta Antimanicomial:
 Vamos discutir sobre o cuidado em saúde mental a partir dos princípios da educação popular de Paulo Freire? quer saber mais? Vamos nos encontrar pra pensarmos juntxs a proposta?

**11 de setembro de 2019
 (Quarta-Feira), às 17:30
 Local: Armazém do Campo Recife (Avenida Martins Barros, 387)**

Confirmar presença através do contato:
 (081) 988340791
 ou julianasobel@gmail.com

Esse convite faz parte do projeto de pesquisa de mestrado em saúde pública intitulado: Aproximações e distanciamentos da reabilitação psicossocial com a educação popular de Paulo Freire, de Juliana Sobel, sob orientação de Paulette Cavalcanti.

ACESSUS  Projeto de Pesquisa em Saúde da Família e Comunidade

 Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto Aggeu Magalhães

Fonte: a autora (2020)

APÊNDICE B – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos convidando-o(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada: “Aproximações e distanciamentos da reabilitação psicossocial com a educação popular de Paulo Freire” de autoria de Juliana Figueiredo Sobel, sob orientação da professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculada ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM), da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as aproximações e distanciamentos da reabilitação psicossocial com a educação popular de Paulo Freire. Você foi convidado devido a sua importância na atuação seja na luta antimanicomial ou pela educação popular em saúde, considerando o atual contexto de retrocessos nas políticas sociais, se faz importante refletirmos e analisarmos juntos como as propostas da educação popular de Paulo Freire podem contribuir para o processo de reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, para que, de fato, sejam processos que produzam autonomia.

Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a FIOCRUZ/PE ou com o movimento o qual representa.

A sua colaboração é importante, caso o(a) senhor(a) decida participar, nós o(a) convidaremos para participar de Círculos de Investigação Temática, onde buscaremos discutir, refletir e produzir conhecimentos sobre a reabilitação psicossocial e as aproximações e distanciamentos com a educação popular de Paulo Freire.

Sua participação é voluntária, o(a) senhor(a) não terá qualquer despesa em participar dos encontros, uma vez que o mesmo acontecerá em local e horário previamente definido em consenso pelo grupo. Se houver algum tipo de deslocamento, as despesas referente à sua locomoção e o fornecimento de um lanche para os(as) participantes serão de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Entendemos que os riscos de sua participação possam envolver um eventual incômodo em responder alguma pergunta no grupo que não lhe agrade. Pode ser que o(a) senhor(a) se sinta emocionalmente abalado, ou sinta algum vergonha pelo fato de estar falando sobre sua experiência. Caso o(a) senhor(a) se sinta incomodado com alguma pergunta, pode nos interromper e se sentir totalmente livre para não responder a esta pergunta, ou, se preferir, deixar de participar da pesquisa. Asseguramos também que os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os benefícios que a sua participação trará são a colaboração com o desenvolvimento de informações que visam melhorar o processo de reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico que produzam emancipação, autonomia e cidadania.

Os Círculos de Investigação Temática serão gravados em vídeo e posteriormente serão transcritas as falas e também serão produzidos materiais gráficos, durante os encontros, que sintetizarão as discussões. Os dados coletados por meio dos vídeos e das produções gráficas realizadas serão analisados pelos participantes da pesquisa, incluindo os pesquisadores e os participantes. Só terão acesso aos dados os envolvidos com a pesquisa durante sua realização, será garantido o sigilo dos dados e a privacidade dos participantes através da utilização de pseudônimos, não serão identificados os nomes dos participantes da pesquisa, nem a equipe pesquisada. Qualquer dúvida quanto à algum aspecto metodológico poderá ser perguntado a qualquer momento.

Ao participar o(a) senhor(a) tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o(a) senhor(a) concordar em participar, uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com a pesquisadora mestranda Juliana Figueiredo Sobel ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti pelo telefone (81) 2101-2500, email: julianasobel@gmail.com ou no endereço do CPqAM (Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE: CEP 50.740-465).

Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do Participante: _____

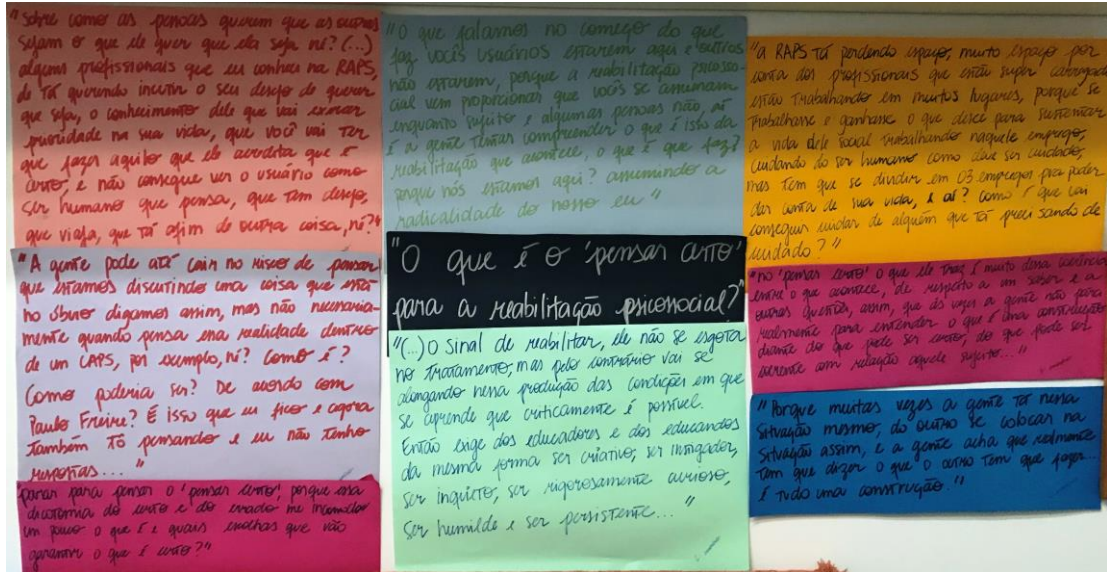
Nome e Assinatura do Pesquisador: _____

Data:

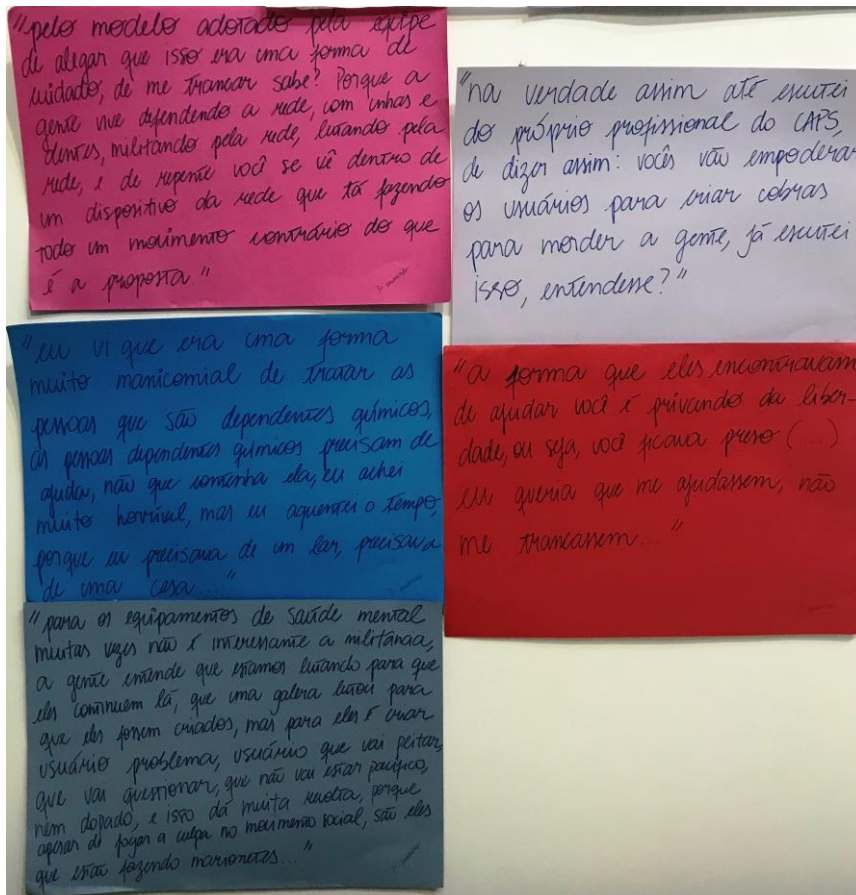
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENCONTRO DO SONHAÇÃO

RODA DE ACOLHIMENTO – 11 DE SETEMBRO 2019 – 17H30 LOCAL: ARMAZÉM DO CAMPO RECIFE			
HORÁRIO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	OBJETIVO	MATERIAIS NECESSÁRIOS
17h45	Abertura da roda com leitura do poema El parto de Eduardo Galeano e propor Roda de Apresentação (circular pela sala, alongar, encontrar com alguém, se conhecer e compartilhar um sonho, voltar pra roda e um apresenta o outro).	<ul style="list-style-type: none"> - Quebrar gelo - Incitar formação de vínculos - Ativar o compartilhamento e possibilidades dos sonhos existentes e capacidade de sonhar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poema no celular - Espaço da sala - Texto Paulo Freire dos sonhos
18h00	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer pacto ético (sigilo), gravação dos encontros e TCLE; - Apresentar proposta do grupo e da metodologia dos encontros (Investigação Temática de Paulo Freire: 1. Leitura da Realidade; 2. Análise Crítica da Realidade; 3. Elaboração das propostas de Ação). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar proposta do grupo e costurar junto metodologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Termo do uso de imagem - Cartolinas escritas com a descrição da metodologia utilizada - Tarjetas - Cartolinas - Piloto
18h45	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar proposta de atividade “Caminhada na RAPS”: vão estar dispostos desenhos para cada uma falar um pouco sobre que serviços já circulou na RAPS ou o que acredita ser a rede, cada uma escolhe o desenho que deseja representar os serviços; - Após todos realizarem a caminhada levantar perguntar sobre essa RAPS, que problematizações temos quanto a essa rede; - Apresentar nossa pergunta (Como as práticas de reabilitação psicossocial dos serviços da RAPS produzem autonomia? Qual autonomia os serviços da RAPS produzem nas práticas de reabilitação psicossocial? Tem educação popular? Cadê Paulo Freire?) 	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber as vivências do grupo quanto ao objeto de estudo (campo da saúde mental) - Afinar pergunta que esse grupo levanta enquanto problema, se é a mesma que nós levantamos 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenhos para construção da RAPS - Tarjetas coloridas (anotar o que vai sendo levantado ao longo da atividade) - Cartolinas - Pilotos - Fita adesiva - Tesoura
19h30	<ul style="list-style-type: none"> - Construir junto proposta para o próximo encontro - Avaliar se já conseguimos pensar um nome para o grupo - Finalização do grupo: cada um dizer uma palavra do que sentiu, achou, inquietou, suscitou 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentir como foi a experiência pra cada um 	

APÊNDICE D – TARJETAS COM FALAS SIGNIFICATIVAS

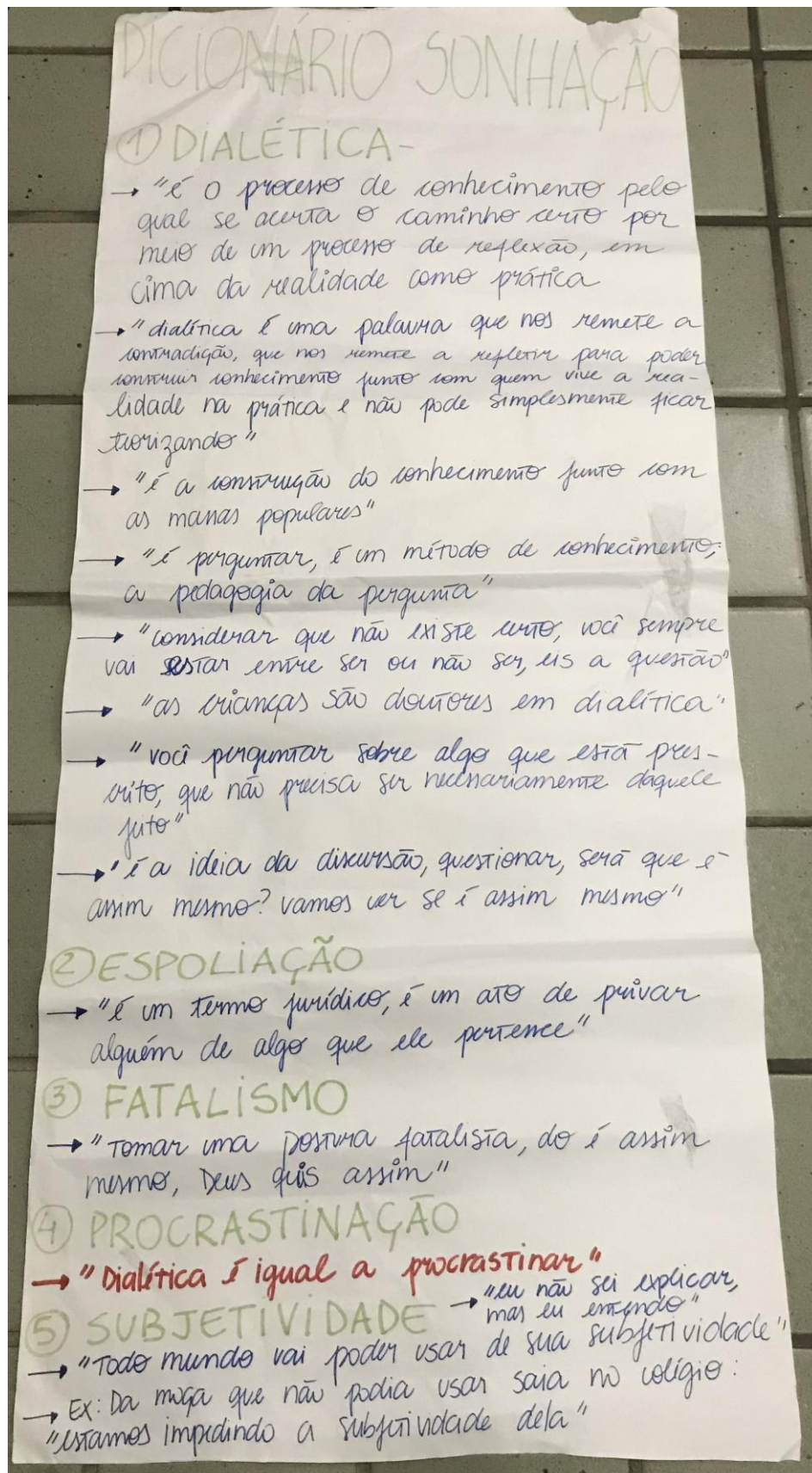


Fonte: a autora (2020)

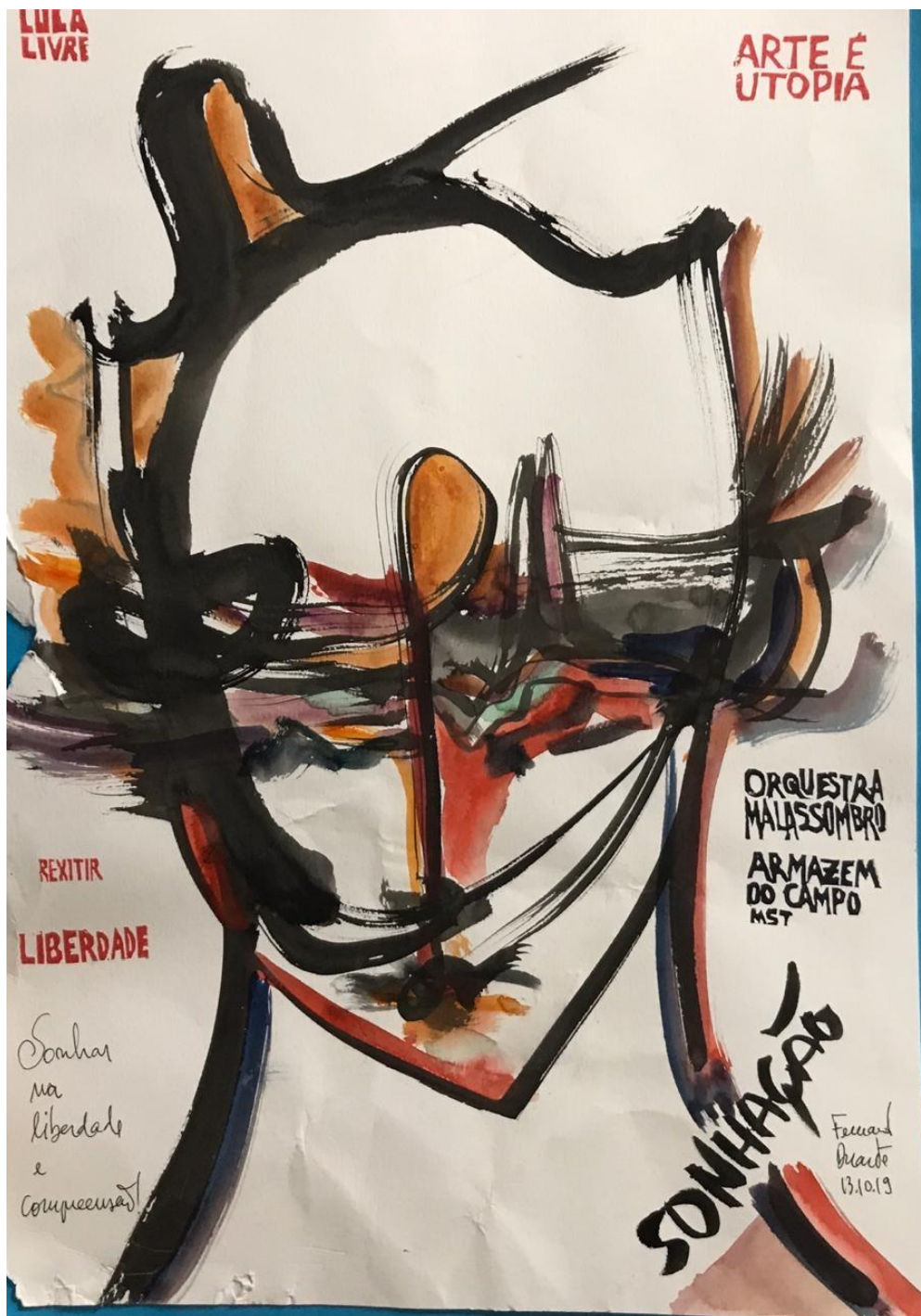


Fonte: a autora (2020)

APÊNDICE E – DICIONÁRIO DO SONHAÇÃO



APÊNDICE F – IMAGEM DO SONHAÇÃO



Fonte: a autora (2020).

APÊNDICE G – INSTRUMENTAL PARA PROJETO DE VIDA

QUAL O SEU SONHO?

Quanto à parte econômica?

1) Com que eu gosto de trabalhar _____

2) Eu sempre gostei de:

3) Os “outros” gostariam que eu estivesse fazendo _____

4) Quando criança, eu queria ser ou fazer _____

5) Para me sustentar, eu preciso _____

6) Não consigo me ver fazendo _____

7) Para escolher um trabalho, eu levo em consideração _____

Quanto ao meu auto-cuidado?

1) Para me cuidar, gosto de _____

2) Eu sempre me cuidei fazendo _____

3) Os outros gostariam que eu me cuidasse assim: _____

4) Meu lazer quando criança, era _____

5) Para me cuidar, eu preciso _____

6) Não consigo me cuidar porque _____

7) Para escolher um autocuidado, eu posso contar com _____

APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO SONHAÇÃO

“A vigilância do meu bom senso tem uma importância enorme na avaliação que, a todo instante, devo fazer de minha prática (...) Isto exige de mim uma reflexão crítica permanente sobre minha prática através da qual vou fazendo a avaliação do meu próprio fazer...”

(Paulo Freire, em Pedagogia da Autonomia)

FICHA DE AVALIAÇÃO DO SONHAÇÃO

1. Nos encontros do Sonhação, aprendi

2. O que aprendi serve para

3. Participando dos encontros do Sonhação, me senti

4. Do que menos gostei:

5. Do que mais gostei:

6. Minha relação com as pessoas do Sonhação:

7. Espero que

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA ANEPS**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Paulette Cavalcanti de Albuquerque** (pesquisadora da Fiocruz Pernambuco) e sua orientanda: **Juliana Figueiredo Sobel** (mestranda da Pós-graduação em Saúde Pública), a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado: **APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COM A EDUCAÇÃO POPULAR DE PAULO FREIRE**, junto aos membros desta organização.

O objetivo é analisar as aproximações e distanciamentos da Reabilitação Psicossocial da Educação Popular de Paulo Freire.


Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta entidade o Parecer Cursubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 08 de Julho de 2019

Míriam Alcenir de Souza Santiago
Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Paulette Cavalcanti de Albuquerque** (pesquisadora da Fisoruz Pernambuco) e sua orientanda: **Juliana Figueiredo Sobel** (mestranda da Pós-graduação em Saúde Pública), a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COM A EDUCAÇÃO POPULAR DE PAULO FREIRE, junto aos membros desta organização.

O objetivo é analisar as aproximações e distanciamentos da Reabilitação Psicossocial da Educação Popular de Paulo Freire.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta entidade o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 04 de Julho de 2019


CIE 052.233.154-30
Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial
Libertando Subjetividades/Pernambuco

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL





CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Paulette Cavalcanti de Albuquerque** (pesquisadora da Fiocruz Pernambuco) e sua orientanda: **Juliana Figueiredo Sobel** (mestranda da Pós-graduação em Saúde Pública), a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado: **APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COM A EDUCAÇÃO POPULAR DE PAULO FREIRE**, junto aos membros desta organização.

O objetivo é analisar as aproximações e distanciamentos da Reabilitação Psicossocial da Educação Popular de Paulo Freire.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta entidade o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 03 de Julho de 2019



Maria Rita
 Coordenadora de Pesquisa Artística
 Especialista em Saúde Mental e Atenção Primária
 UPE 121-4

Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco
 Rua Amílcar Maranhão, 555, São Amaro, Recife-PE / CEP: 50120-030
 Fone: (81) 3389-3534 Fax: (81) 3389-4522 CNPJ: 11.022.987/0001-71
 www.fcm.upe.br