

Práticas educativas no cuidado integral à saúde mental na Atenção Básica: caminhos e obstáculos com base em uma experiência

Philippe Meneses Benevides¹, Pedro José Santos Carneiro Cruz², Renan Soares de Araújo³, Íris de Souza Abílio⁴

Resumo

Este estudo tem por objetivo desvelar possibilidades e obstáculos das práticas educativas no cuidado integral em saúde mental na Atenção Básica (AB), tendo como base a experiência de um grupo de encontro comunitário. Trata-se de estudo qualitativo com abordagem descritiva, caracterizado como sistematização de experiência, na qual foram utilizadas observação participante e relatos produzidos em diário de campo. Detalhou-se o grupo “Brincando com a Mente” e suas práticas educativas, com ênfase nas atitudes e procedimentos significativos no início da construção, bem como desafios e oportunidades na mobilização de redes de apoio para seu desenvolvimento. Constatou-se que as práticas educativas na AB configuram possibilidades para o desenvolvimento e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. O trabalho educativo orientado pela perspectiva freiriana da Educação Popular ofereceu, em nossa experiência, horizontes criativos para um cuidado integral em saúde mental. Houve dificuldades, como a falta de apoio matricial e o frágil aporte teórico-técnico da equipe no que tange às práticas educativas coletivas e comunitárias na AB. Contudo, foi possível valorizar abordagens em saúde mental que reconhecem a dinâmica da vida das pessoas, suas complexidades e lutas, bem como seus processos territoriais, incluindo as dimensões da política, da sociabilidade e da cultura popular.

Palavras-chave

Saúde mental. Sistemas de apoio psicossocial. Educação em saúde. Integração comunitária. Promoção da saúde.

¹ Mestrando em Saúde da Família na Universidade Federal da Paraíba, Brasil; médico preceptor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, vinculado à Secretaria de Saúde Municipal de João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: philipebenevides@gmail.com.

² Doutor em Educação pela Universidade Federal da Paraíba, Brasil; professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas na mesma instituição; líder do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular (EXTELAR/CNPq/UFPB); membro do Grupo Temático (GT) de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). E-mail: pjcruzpb@gmail.com.

³ Mestrando em Educação na Universidade Federal da Paraíba, Brasil; membro do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular (EXTELAR/CNPq/UFPB). E-mail: rsdahc@hotmail.com.

⁴ Especialista em Saúde da Família e Atenção Básica pela Residência Multiprofissional de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. E-mail: irisabilio_isa@hotmail.com.

Educational practices in the comprehensive care of mental health in Primary Health Care: pathways and obstacles based on an experience

Philippe Meneses Benevides⁵, Pedro José Santos Carneiro Cruz⁶, Renan Soares de Araújo⁷, Íris de Souza Abílio⁸

Abstract

This study aims to highlight ways and obstacles of educational practices in comprehensive mental health care in Primary Healthcare (PHC), based on an experience of a community meeting group. It is a qualitative study with a descriptive approach, characterizing itself as a systematization of experience, in which we use participant observation and reports produced in field diaries. We detail the “Playing with the Mind” group and its educational practices, emphasizing significant attitudes and procedures at the beginning of construction, as well as challenges and opportunities in the mobilization of support networks for its development. We could verify that the educational practices in the PHC set possibilities for the development and consolidation of Psychosocial Care Network. The educational work guided by the Freirean perspective of Popular Education offered creative and daring horizons for integral care in mental health. There were difficulties, such as the lack of matrix support and the team's fragile theoretical and technical input regarding the collective and community educational practices in PHC. But it is possible to value approaches in mental health that recognize the dynamics of people's lives, their complexities and struggles, as well as their territorial processes, including the dimensions of politics, sociability and popular culture.

Keywords

Mental health. Psychosocial support systems. Health education. Community integration. Health promotion.

⁵ Master degree student in Family Health, Federal University of Paraíba, State of Paraíba, Brazil; preceptor physician of Medical Residency in Family and Community Medicine, linked to the Municipal Health Department of João Pessoa, State of Paraíba, Brazil. E-mail: philipebenevides@gmail.com.

⁶ PhD in Education, Federal University of Paraíba, Brazil; professor at the Health Promotion Department at the Medical Sciences Center in the same institution; leader of the Popular Extension Research Group (EXTELAR/CNPq/UFPB); member of the Thematic Group (GT) of Popular Education in Health of the Brazilian Association of Collective Health (ABRASCO). E-mail: pjcruzpb@gmail.com.

⁷ Master degree student in Education, Federal University of Paraíba, State of Paraíba, Brazil; member of the Popular Extension Research Group (EXTELAR/CNPq/UFPB). E-mail: rsdahc@hotmail.com.

⁸ Specialist in Family Health and Primary Care at the Multiprofessional Residence of Jaboatão dos Guararapes, State of Pernambuco, Brazil. E-mail: irisabilio_isa@hotmail.com.

Introdução

Caminhos inovadores têm se desvelado no cenário da Atenção Básica (AB) e de seus contextos, que são marcados por especificidades, diversidade significativa de experiências mobilizadoras de novas abordagens e de horizontes e perspectivas práticas para a consecução dos objetivos almejados pela concepção de Promoção da Saúde. Tal fato aponta para a necessidade de formulação de políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) que levem em conta, em sua capilarização, formas de implementação que valorizem os aprendizados acumulados nas práticas e processos educativos, potencializando suas possibilidades de contribuição para a promoção da saúde de maneira ampliada (JUSTO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2014; BATISTA; ALBUQUERQUE, 2014), assim como mobilizando importantes e necessários questionamentos, debates e reflexões sobre como essas práticas educativas podem ser implementadas no cotidiano dos serviços, de modo respeitoso de sua realidade e valorativo de suas iniciativas e riqueza de experiências.

No contexto da saúde mental, tais dimensões reflexivas se mostram ainda mais essenciais na atualidade, tendo em vista as crescentes experiências de abordagem a esse campo no cenário da AB. O campo da saúde mental representa historicamente uma das principais referências no que diz respeito ao enfrentamento às perspectivas autoritárias, desumanizantes, prescritivas e tecnicistas de atenção à saúde. O Movimento de Luta Antimanicomial constitui um processo central (e ainda atual) em torno do qual se desenvolvem ricas e diversificadas práticas alternativas ao modelo dominante. Acima de tudo, experiências que evidenciam proposições, caminhos e possibilidades para um agir profissional que se dê de modo integral e humanizado. Para mais, sob uma inspiração ética e política que enfatize tanto o protagonismo das pessoas em processo de cuidado, incluindo seus contextos sociais, psicológicos e culturais, como também a necessidade de a construção do cuidado se dar de forma compartilhada e integrada à realidade comunitária dos sujeitos, de suas famílias e de suas redes sociais de apoio (FAGUNDES JUNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016; VIEIRA; NEVES, 2017; GRYSCHER; PINTO, 2015).

Assim, explicitar caminhos de construção de abordagens educativas e seus processos no âmbito da saúde mental na AB, colocando-os em comunicação com outras experiências e dispondo-os a uma análise crítica, parece-nos tarefa atual e imprescindível na perspectiva de contribuir para a sua efetivação no cotidiano das ações dos serviços de saúde (VIEIRA; NEVES, 2017; LANCETTI, AMARANTE, 2012).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo desvelar possibilidades e obstáculos das práticas educativas no cuidado integral em saúde mental na AB, a partir da experiência de um grupo de encontro comunitário promovido por uma equipe de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB.

Contextualizando a experiência estudada

A experiência objeto do presente estudo foi desenvolvida em uma comunidade que apresenta dificuldade de acesso ao serviço de saúde, uma vez que a Unidade de Saúde da Família (USF) localiza-se a uma distância significativa de suas “margens” territoriais e apresenta vias de acesso que, em sua maioria, são de péssima qualidade, incluindo obstáculos geográficos importantes, como ladeiras e morros. A comunidade Boa Esperança não conta com muitos equipamentos sociais públicos em seu território. Os poucos aparelhos de socialização utilizados pela população estão contidos em territórios circunvizinhos ou em outros bairros próximos que apresentam melhor estrutura. Os únicos prédios que podem ser considerados como tais são os oito templos religiosos existentes, e uma sede institucional da Associação de Moradores que, no entanto, se encontra fechada há quase oito anos. Há apenas uma escola pública de ensino fundamental e uma creche.

Em um dos templos religiosos, a Igreja São Pedro, a equipe Pedra Branca II realiza atividades de promoção, prevenção e cuidado à saúde, aos moldes de uma Unidade de Saúde âncora, mas em uma estrutura não pensada para tal. Ali, realizam-se atividades em grupo com usuários, principalmente relacionadas às ações programáticas de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete Mellitus e atenção às gestantes no acompanhamento do pré-natal, bem como consultas clínicas em espaço improvisado.

Diante da reflexão sobre o uso pouco regulado de medicamentos psicotrópicos na atualidade, e com o intuito de promover uma melhora na qualidade de vida de seus respectivos usuários, a equipe de Saúde da Família Pedra Branca II desenvolve, desde 2014, o grupo de encontro comunitário “Brincando com a mente”, que nasceu da iniciativa dos trabalhadores da equipe e de um residente em Medicina da Família e Comunidade, com apoio do programa de extensão universitária “Práticas Integrais de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A equipe Pedra Branca II está vinculada à USF Vila Saúde e é integrada no mesmo prédio com outras três equipes: Jardim Itabaiana I, Jardim Itabaiana II e Pedra Branca I. Seu

território atende à população da comunidade de Boa Esperança, localizada no bairro do Cristo Redentor, no município de João Pessoa, capital da Paraíba, Brasil.

Desde a sua criação, as atividades do grupo são realizadas mensalmente, com a participação daqueles moradores do território que procuram atenção da equipe diante de sofrimentos, dificuldades e problemas de cunho psicossocial. Ademais, participam das atividades os moradores que fazem uso de psicotrópicos e procuram a equipe para acompanhamento e renovação de medicamentos.

As ações são construídas de forma interdisciplinar com os trabalhadores da USF e residentes na área de saúde da família. Utilizam-se centralmente estratégias educativas voltadas ao bem-estar e à promoção da saúde dos participantes, refletindo sobre o processo saúde-doença e observando os desafios sociais e comunitários que se encontram na construção do cuidado integral em saúde mental por cada pessoa, sua família e demais grupos territorializados.

Quadro 1 - Síntese descritiva dos principais aspectos organizativos da experiência estudada

Número de atividades promovidas no período analisado	12	Periodicidade das atividades	Mensal
Público participante	30 pessoas, incluindo aquelas em processo de cuidado devido a transtornos mentais e emocionais, seus familiares e/ou cuidadores.		
Objetivos	Animadores⁹	Metodologias educacionais utilizadas	
<ul style="list-style-type: none"> - Promover o bem-estar e a qualidade de vida dos participantes; - Estabelecer espaços comunitários para o acolhimento e a escuta dos transtornos mentais e emocionais; 	Trabalhadores da USF (incluindo enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, técnico em saúde bucal e agentes	<ul style="list-style-type: none"> - Rodas de conversa; - Dinâmicas ativas de trabalho em grupo; - Vivências para o reforço ao apoio social e à integração comunitária, para qualificar a aproximação e criação de vínculos com e entre os participantes; - Estímulo às pessoas para explicitarem suas falas e conhecimento próprio, com ênfase na 	

⁹ Na concepção de Freire (2012), o animador constitui um dos papéis fundamentais do educador, no sentido de mobilizar o grupo de educandos por meio de diferentes atividades, vivências, dinâmicas ou outras abordagens formativas, de modo a instigar sua curiosidade de aprendizado e estimular o debate entre os participantes sobre o olhar de um determinado tema ou questão. Animar, do ponto de vista educativo, significa a possibilidade de cada pessoa ser provocada, a partir do espaço educacional, a construir reflexões críticas através da formulação de compreensões próprias, posicionamentos, indagações e curiosidades sobre o assunto em debate. O papel de animação também remete à capacidade do educador em encorajar o engajamento das pessoas presentes no processo de aprendizagem, de forma crítica, criativa e ativa.

<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver processos de cuidado em saúde mental orientados pela dimensão da participação comunitária; - Construir práticas de cuidado em saúde mental de modo articulado à reflexão, por parte das pessoas, sobre o processo saúde-doença e os desafios sociais e comunitários que se encontram para o estabelecimento integral de seu cuidado em saúde mental; - Qualificar as ações da equipe de AB em saúde mental na perspectiva da articulação com as famílias e os grupos socialmente territorializados. 	<p>comunitários de saúde) e residentes na área de Saúde da Família (incluindo enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e médico).</p>	<ul style="list-style-type: none"> história e trajetória de cada um; - Estabelecimento de momentos para a troca de experiências vividas; - Mediação de trocas de experiências sobre a convivência com os transtornos, enfatizando o que, na vivência de cada um, previne estresse e irritações no cotidiano; - Dinâmicas de cunho cultural e artístico, com danças e alongamentos como forma de interação e participação; - Oficinas para o exercício de trabalhos manuais para confecção de objetos com materiais reciclados; - Momentos de cunho reflexivo, com mensagens e/ou falas de profissionais ou referências sociais e comunitárias como forma de possibilitar a reflexão sobre a importância da autoestima e do autocuidado dos participantes.
---	--	---

Fonte: Os autores (2020).

Aspectos metodológicos

O presente estudo é resultado da sistematização de uma experiência em um grupo de encontro comunitário com ênfase terapêutica no contexto de saúde mental, que ocorre desde outubro do ano de 2014. A partir da explicitação detalhada dos caminhos percorridos nessa iniciativa e da análise de seus obstáculos, é objetivo deste trabalho elaborar reflexões capazes de contribuir com o atual debate em torno da difusão e aprofundamento do cuidado em saúde mental no âmbito da AB brasileira.

Trata-se de estudo de natureza qualitativa com abordagem descritiva, caracterizado como sistematização de experiência, de acordo com os pressupostos de Jara (2012). O referido autor define essa metodologia de pesquisa como a busca pelo entendimento do sentido e da lógica do complexo processo que significa uma experiência, com a pretensão de desvelar suas

possíveis lições, de modo que seja possível compreender como esse processo se desenvolveu, interpretando criticamente o realizado e o alcançado.

Como técnica para mobilização de dados e levantamento dos aspectos e informações relevantes à construção da experiência em foco, utilizou-se da observação participante, que, conforme ressaltam Fernandes e Moreira (2013, p. 518), “pressupõe convívio e intercâmbio de experiências primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar”. De tal modo, a partir da convivência com o grupo estudado, o pesquisador poderá compreender aspectos particulares que lhe possibilitarão uma melhor aproximação da realidade, vinculando fatos às suas representações e permitindo o desvelar de possíveis contradições existentes em uma dada situação social (MINAYO, 2013).

Apesar de o grupo estar em desenvolvimento desde 2014, adotou-se nesse estudo o recorte temporal de 1 ano, entre outubro de 2014 e outubro de 2015, período no qual se procedeu com a observação, que foi livre e sem roteiro específico.

Como resultado dessa observação, foram produzidos relatos em diário de campo. Conforme Minayo (2013), o diário de campo pode ser compreendido como um elemento que apresenta um caráter de registro diário, em que são abarcadas informações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, impressões etc., assim como descrições e reflexões do pesquisador sobre o fenômeno observado.

O diário foi alimentado por um residente em Medicina de Família e Comunidade, atuante na equipe de Saúde da Família responsável pelo cuidado em saúde no território onde se formou a experiência. Tal residente tratou-se de um dos atores protagonistas desse grupo, juntamente com agentes comunitários de saúde, profissionais de enfermagem e odontologia, técnicos em enfermagem e em saúde bucal, além de residentes multiprofissionais em Saúde da Família e membros de um programa de extensão universitária, incluindo docentes e discentes.

A iniciativa do residente em escrever o diário deu-se pelo desenvolvimento da presente pesquisa, a qual constituiu foco de seu trabalho de conclusão de curso. Contemplou-se nos registros do diário a descrição das experiências pessoais do residente no desenrolar da prática e de sua relação com o objeto de estudo.

Para a sistematização dos resultados, foi realizada uma leitura de todos os escritos do observador, considerando-se o foco temporal do estudo e o seu objeto, seguida de uma segunda leitura e, posteriormente, da organização de categorias emergentes, de modo que as ressaltassem da seguinte maneira: 1) antecedentes significativos na construção da experiência em estudo; 2) procedimentos, atitudes e processos centrais para a mobilização e a preparação

do início da experiência; 3) as práticas educativas desenvolvidas, no que tange à promoção integral da saúde mental na AB, seus procedimentos metodológicos, abordagens e dinâmicas utilizadas; 4) temáticas trabalhadas e discutidas; 5) principais obstáculos e dificuldades sentidas.

Resultados e Discussão

Atitudes e procedimentos significativos no início da construção do grupo

O residente em Medicina de Família e Comunidade (que atuou como observador no presente estudo) ingressou na equipe Pedra Branca II em março de 2014, na condição de único médico dessa equipe, atuando de forma interprofissional com os demais membros desse serviço. Nos primeiros meses, o residente dedicou-se a conhecer de modo autêntico, profundo e significativo, a realidade social local, o contexto comunitário de saúde e a dinâmica do serviço. Como resultado, percebeu a manifestação de uma necessidade importante: a mudança nas ofertas de serviços relacionados ao cuidado em saúde mental por parte da equipe.

As ofertas para o cuidado no campo da saúde mental eram apenas duas: atendimentos médicos individuais e a presença de um fluxo para renovação de receitas de medicamentos psicotrópicos. Não obstante, tal forma de proceder no contexto de atuação na ESF em relação à atenção à saúde mental seja algo um tanto comum, já relatado em outros estudos (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015).

Vale ressaltar que as consultas eram geradas por demanda dos usuários, seja por agendamento ou por demandas que surgiam e eram acolhidas e solucionadas no mesmo dia, consideradas *agudas*. Para a renovação de receitas, os usuários marcavam consultas quando achavam que fosse necessário ou, então, solicitavam-nas no momento da escuta qualificada no acolhimento da USF, o que acarretava em um fluxo no qual o prontuário era separado na recepção e, em algum final de turno, o médico preenchia o receituário, ocasionando a necessidade de retorno do usuário ao serviço em um outro momento.

Havia, portanto, uma dificuldade para o usuário nesse fluxo, devido à distância percorrida desde sua residência na comunidade até a USF. Por vezes, a depender da demanda de atendimentos, o preenchimento do receituário não era realizado em tempo hábil e o usuário necessitava ir várias vezes à USF. Destarte, percebia-se que a oferta de cuidado estava vinculada apenas à demanda do usuário na ocasião ao apresentar *sintomas*, o que prejudicava o seguimento de seu cuidado de forma cotidiana e transversal.

Ademais, constituía-se um modelo de atenção centrado em queixas, medicamentos e prescrições, o que ia, portanto, na contramão das diretrizes de atenção à saúde mental na APS, sobretudo no que diz respeito a um cuidado territorializado que valorize a participação comunitária como elemento essencial para o estabelecimento de um processo de promoção à saúde integral e longitudinal, conforme respaldam as políticas atuais (CARDOSO *et al.*, 2014) e a discussão em torno das competências necessárias para atuação no campo da promoção à saúde.

Aos poucos, essa oferta incomodou alguns dos profissionais da equipe de saúde, de modo que surgiu a necessidade de expandi-la. Nesse sentido, estabeleceram-se conversas e reflexões sobre a possibilidade de se desenvolver um trabalho de cuidado que fosse mais adequado para o acompanhamento sistemático desses usuários, ponderando que, para além da consulta individual e medicação, o sujeito precisa de espaços de convivência e criação, onde possa expressar opiniões e escolhas, de modo que a abordagem em grupo surge como opção para o desenvolvimento desses laços de cuidado consigo e compartilhamento com os demais (BRASIL, 2013).

Assim, ao considerar a necessidade de mudança na oferta do cuidado em saúde mental, a equipe vislumbrou como possibilidade a formação de um grupo de encontro, desatrelando-o da relação exclusiva com o atendimento ambulatorial e com a prescrição medicamentosa. Para tanto, enfatizando o espaço comunitário e a relação educativa entre equipe e usuários, como estratégia de cuidado, onde, certamente, a abordagem das queixas e dos medicamentos continuaria presente, mas no contexto de um processo mais amplo de aprendizagem e do tecer de redes, no qual se apostaria paulatinamente na construção de sentidos ampliados para a saúde mental em nível local.

Vislumbrou-se a formação do grupo na Igreja São Pedro, inserido dentro da comunidade, e não na USF, que fica distante da comunidade. Uma das preocupações pertinentes foi com relação à forma que o grupo aconteceria.

Antes de iniciar os encontros do grupo, previa-se a possibilidade de ocorrência de diversas dificuldades no desempenho dessa iniciativa. Dado que elas englobavam questões que envolviam saúde mental, educação popular e o processo terapêutico em grupo, foi pensada uma forma de responsabilizar e repartir o trabalho entre todos, designando sempre uma dupla de profissionais para serem responsáveis por cada atividade.

Nessa direção, cumpre destacar que, mesmo em face da importância do residente médico na mobilização para a construção inicial dessa experiência, o grupo teve seu desenvolvimento coordenado por todos os membros da equipe multiprofissional. A partir de

então, portanto, essa passou a ser cada vez mais uma ação da equipe e seu coletivo, com trabalhadores e residentes como animadores e mediadores.

Assim, o grupo de encontro em saúde mental teve seu início em outubro de 2014, quando foram convidadas as pessoas do território com transtornos considerados de saúde mental, e seus familiares. Inicialmente, aplicou-se a proposta de que os encontros do grupo ocorressem mensalmente, com duração flexível e limitada a um turno completo de quatro horas.

Desafios e oportunidades na mobilização de redes de apoio para o desenvolvimento do grupo

Nos planejamentos para implementação do grupo, buscou-se contato com atores que eram considerados como de importante contribuição para aquela nova experiência. Desde o início, a equipe identificou a possibilidade de apoio do programa PINAB, como também dos residentes multiprofissionais em Saúde da Família atuantes na USF.

Contudo, além dessas importantes fontes de suporte, a equipe desejava subsídios da rede de cuidado de saúde mental municipal. Assim, procurou contato com representantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) municipais.

Apesar de dois contatos com o NASF, esses profissionais esclareceram acerca da impossibilidade de sua contribuição com o grupo devido à sua “inexperiência” com trabalho em grupos. A equipe entendeu a razão da resposta por conta da característica organizacional apresentada pelo NASF em João Pessoa à época (entre 2014 e 2015), na qual os profissionais atuantes nesse Núcleo priorizavam majoritariamente em seu trabalho a dimensão da gerência administrativa das equipes de Saúde da Família; desenvolviam atividades de gestão operacional das USF, constituindo, para os distritos sanitários e para a gestão municipal, representantes das unidades no que tange ao gerenciamento, monitoramento e apoio logístico às ações das equipes.

Sendo assim, apesar de ter formação profissional na área de saúde e, portanto, capacidade de atuação em iniciativas de cuidado individual e de experiências educativas coletivas nas comunidades, a equipe NASF não dispunha de tempo em sua agenda para tais dimensões do agir profissional na Saúde da Família, uma vez que estava muito assoberbada de tarefas de cunho gerencial.

Por sua vez, com relação ao contato com os CAPS, um deles retornou ao chamado de nossa equipe e marcou uma reunião na USF com todas as quatro equipes para mostrar o

funcionamento do seu serviço. Então, foi ministrada uma palestra sobre as ações desenvolvidas pelo CAPS, em sua locação, e explicou-se como funcionava o processo de encaminhamento de usuários, com critérios de inclusão e exclusão. Após a explanação, conversou-se sobre alguns fluxogramas e responderam-se algumas perguntas dos trabalhadores da USF. Com o encerramento da atividade, não foram marcados novos encontros. Tal episódio revelou uma dificuldade de compreensão do CAPS sobre seu papel como espaço institucional de matriciamento para as equipes de Saúde da Família.

Em vista disso, evidenciou-se que não haveria outro tipo de apoio do CAPS, particularmente aquele que mais se necessitava, ou seja, subsídios teóricos e práticos para a construção de uma experiência educativa em saúde mental na AB, de cunho coletivo, promovida nos espaços próprios da comunidade e coerente com sua realidade territorial. O que vai diretamente ao encontro do que foi observado por Oliveira *et al.* (2017), que, em seu estudo, evidenciaram fragilidades nas ações desenvolvidas pela ESF de forma articulada com serviços e equipamentos sociais na elaboração e operacionalização de uma rede de atenção à saúde mental.

De tal modo, tornou-se latente uma contradição. Segundo o Ministério da Saúde, são funções do CAPS não apenas a articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como também: dar suporte; discutir e intervir conjuntamente; supervisionar e capacitar as unidades de AB. Essas ações propiciam uma corresponsabilização dos casos existentes, o que aumenta a capacidade resolutiva dos agravos em saúde mental localmente. De acordo com Gryscek e Pinto (2015), a conexão entre saúde mental e AB é algo indispensável e urgente, que tem capacidade de implicar em mudanças profícuas nas ações do setor saúde.

Diante da não-participação direta de serviços da RAPS no grupo que começaria a funcionar, surgiu a preocupação da equipe de Saúde da Família quanto à necessidade de treinamento específico para realizar o tipo de atividade proposta.

A literatura demonstra que a abordagem em saúde mental na AB necessita de habilidades técnicas específicas dos campos da psiquiatria e psicologia (ALBUQUERQUE; DIAS, 2012), devendo os profissionais de saúde se capacitarem para realizar grupos e não os fazerem guiados pela boa vontade e intuição (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2012).

Assim, a equipe ficou diante de uma realidade em que, de um lado, era necessária e oportuna a oferta do cuidado em saúde mental, e, do outro, a necessária formação específica, que nenhum dos membros da equipe julgava possuir. Essa foi uma ponte para recorrer ao arcabouço teórico da Educação Popular, em que Paulo Freire (2011) fundamenta a valorização do saber de todos os sujeitos, no qual o educador precisa ter um diálogo que parta

do reconhecimento autêntico da insuficiência de seu saber. Nessa linha de compreensão, orientada por esse olhar, a ação de um profissional verdadeiramente comprometido não deve partir de uma concepção que tem o saber científico e técnico como verdade absoluta, julgando-se como o salvador dos outros, como o proprietário de um saber que deve ser repassado a pessoas “ignorantes e incapazes de cuidarem de si próprias”. O compromisso verdadeiro de um profissional deve estar em sua solidariedade radical com os homens e mulheres que se encontram em um estado de *coisificação*, sem poderem desenvolver seu potencial pleno de *ser mais*.

No que tange à mobilização dos atores comunitários participantes no grupo, a equipe entendeu inicialmente que a oferta dessa atividade deveria ser estendida a todos os usuários considerados sofrendores de transtornos da saúde mental. Porém, primeiramente, apenas usuários em uso de medicações com prescrições em receituários especiais tipo B e C receberam o convite para participar do grupo.

Nesse sentido, destaca-se que, na gênese dessa experiência, percebia-se que as pessoas em sofrimento mental seriam apenas as que estavam fazendo uso de algum tipo de medicação. De fora das ações do grupo, deixavam-se pessoas acometidas por transtornos de humor e ansiedade, as quais faziam uso apenas de psicoterapia, por exemplo, o que vai contra os novos entendimentos de saúde e da própria lógica de desmedicalização da Reforma Psiquiátrica, em que o grupo deveria estar totalmente inserido. Com tal critério de inclusão, entrariam no grupo pessoas que não necessariamente estavam em sofrimento psíquico, já que muitas das medicações prescritas nesses receituários eram para transtornos diversos, como os neurológicos (de toda forma, elas não sairiam perdendo com a oferta de participação em um ambiente de encontro comunitário para construção compartilhada de cuidados).

Outro importante aspecto na inclusão de participantes foi a possibilidade da presença de familiares das pessoas já incluídas no grupo. Assim, participaram não apenas os familiares dos usuários mais dependentes (geralmente com transtornos mais graves), mas também cuidadores, no ensejo de oferecer a eles um espaço de cuidado para si, em vista de que o núcleo familiar necessita de apoio do serviço e tem um papel fundamental para o bom cuidado do usuário (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016).

Há recomendação de que esse tipo de grupo ocorra semanalmente para o desenvolvimento de vínculo e sensação de pertencimento (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2012). Por envolver geralmente toda a equipe, e devido a questões de disponibilidade de agenda, o grupo teve a ideia inicial de ocorrer mensalmente, com a demanda da equipe de ser criado mais um espaço durante o mês, ocorrendo, assim, quinzenalmente. A esse respeito, é

importante destacar que a equipe teve dificuldades de negociação com a gestão, a qual mostrou em alguns momentos o entendimento de que o espaço de atendimento clássico individual na USF seria mais importante.

Vale ressaltar que os antigos fluxos continuaram sendo ofertados na USF, podendo ser acionadas tanto consultas individuais como a renovação de receituário. Importante também explicitar que no encontro comunitário do grupo, enquanto os usuários aguardavam sua consulta individual, os participantes permaneciam inseridos em atividades lúdicas, com intuito de criar um segundo espaço para formação de laços e desenvolvimento de relações entre si, ocorrendo após a primeira parte do grupo estruturado, sendo desenvolvidas de forma atreladas a uma técnica específica.

Abordagens e procedimentos das práticas educativas no decorrer da experiência

Apesar da fragilidade quanto a um planejamento teórico e técnico acerca da educação em saúde mental na AB, os membros da equipe, à sua vez, empenharam sua proatividade e criatividade em tecer diferentes práticas educativas nas atividades grupais.

O primeiro encontro ficou sob responsabilidade do médico residente, o qual, como membro da referida equipe, também sentiu toda a angústia de planejar uma atividade para a qual nunca teve treinamento ao longo de sua formação enquanto médico. Talvez por entender as dificuldades da abordagem em transtornos mentais e comportamentais, as quais exigem, além do referido aporte teórico, um aporte emocional muito grande.

Em virtude disso, foi necessário conversar com alguns profissionais com experiências diversas em facilitação de grupos terapêuticos. Mesmo sem nada muito estruturado no dia do grupo, no decorrer do processo de facilitação e coordenação, percebeu-se que as pessoas presentes gostaram muito da ideia de estar em um espaço com aquela proposição e que tinham necessidade de expressar algo, mas que se sentiam, aparentemente, envergonhadas para tal. Era a primeira vez que a maioria daquelas pessoas se encontravam (15 participantes).

Ao compreender que existem várias outras formas de expressão que não a língua falada, foram utilizados recursos como a mobilização das pessoas a desenhar, como forma de ilustrarem suas histórias e situações de vida, tendo como base o procedimento do Desenho-Estória de Walter Trinca (2013).

Assim, foi proposto aos participantes do grupo que, em cada folha, fosse elaborado um desenho: em uma, aquilo que gerava mais sofrimentos; em outra, o que gerava mais alegria ou prazer. Após o término da confecção dos desenhos, propôs-se que cada um, desde que se

sentisse à vontade, falasse um pouco sobre seu desenho. Para nossa surpresa, o trabalho criativo desenvolvido por meio desse procedimento gerou repercussões. Houve uma rica troca de experiências sobre situações, sentimentos e vivências do cotidiano de cada pessoa.

De todos os desenhos, houve um que tocou profundamente a todos. Foi o caso de um participante que desenhou uma garrafa de bebida alcoólica em ambas as folhas, expressando ser aquilo tanto um sofrimento quanto um prazer. Com uma expressão de tristeza, mostrou o desenho e não falou mais nada. O grupo, mesmo sem talvez nunca ter vivenciado aquele tipo de atividade ou circunstância, fez o que estava proposto a fazer: acolher o sofrimento e a reflexão do participante, inclusive, conforme foi transmitida, com o silêncio. De tal modo, ficou evidente que a luta dele era travada na sensação antagônica do uso e abuso prazeroso e prejudicial ligado ao etilismo. A partir dessa situação, decorreu o compartilhamento de outras, com base nas quais prosseguiu o diálogo sobre as vidas das pessoas, seus processos, prazeres e dificuldades.

A partir da utilização dessa técnica, foi possível fomentar a expressão da subjetividade e a comunicabilidade de conflitos e aflições presentes em determinados momentos da vida da pessoa e, desse modo, conhecer características próprias dos indivíduos e tipicamente particulares, tais como de dimensões relativas aos seus afetos, angústias, desejos, sentimentos, entre outros (TRINCA, 2013).

Após o término da primeira parte da atividade, foi disponibilizado um espaço para o atendimento individual, em uma sala isolada do grupo, para quem julgasse necessário. Dessa forma, ensejou-se o contato com usuários que ainda não eram conhecidos. Esse acontecimento movimentou reflexões sobre como alguns profissionais de saúde habitam-se a prescrever mensalmente o receituário de acordo com o que está no prontuário na USF, sem saber o motivo de a pessoa estar em uso de determinada medicação ou mesmo de quem se trata (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015). Isso evidenciou o valor do grupo como criador e fortalecedor de vínculos entre a nossa equipe e a comunidade.

Por fim, as pessoas mostraram-se ansiosas por um novo encontro. Com isso, concluiu-se que a reunião inicial tinha chegado em seu objetivo: acolher as pessoas e suas histórias de vida e criar vontade de continuar naquele ambiente, possibilitando, talvez, já uma sensação de pertencimento.

Importa frisar que as atividades empreendidas pelo grupo foram sempre pensadas com atenção para aspectos julgados importantes para se estabelecer uma boa saúde mental, segundo Carvalho e Santana (2016), tais como: a) Manutenção de uma boa qualidade de vida cognitiva ou emocional (mente); b) Conseguir apreciar a vida; c) Estar de bem consigo

mesmo e com os outros; d) Reconhecer as exigências da vida e lidar com elas; e) Saber lidar com as emoções, as boas e as desagradáveis; f) Reconhecer seus limites; g) Buscar ajuda quando necessário.

Nessa perspectiva, utilizou-se de estratégias como as rodas de conversa, com o intuito de viabilizar uma maior aproximação e criação de vínculos; dinâmicas que favorecessem o autoconhecimento, assim como o partilhar da história e trajetória de vida de cada pessoa, de maneira que permitisse a aproximação entre os sujeitos; troca de experiências sobre aspectos favoráveis à prevenção do estresse e irritações no cotidiano; atividades com danças e alongamentos, de modo que viabilizassem a interação e participação; bem como oficinas com materiais reciclados para confecção de objetos, com ênfase na troca de saberes; além de outras atividades que viabilizassem a reflexão e a recuperação da autoestima dos membros do grupo.

Entre as atividades executadas, podem-se destacar a comemoração de datas festivas como o Dia Internacional da Mulher, Dia das Mães, festividades juninas, visando estabelecer maior integração entre os participantes. Além disso, visitas domiciliares realizadas por estudantes à casa de algumas pessoas para maior conhecimento da história individual, aproximação e melhor relação entre extensionistas e usuários.

Com o passar do tempo, novos encontros foram planejados e realizados. A sensação de insegurança quanto ao fazer do grupo pareceu estar presente em todas as pessoas que conduziam as atividades, sem exceção; em uns mais, em outros menos. À medida que os encontros tiveram sucesso, cada profissional foi se sentindo mais valorizado e confiante.

Nesse processo, foram ocorrendo os novos encontros. Por vezes, o grupo ainda possuía atividades mais expositivas e menos participativas, no que concerne à perspectiva da Educação Popular. Mas, a equipe compreendeu que elas eram menos efetivas em gerar boas experiências em grupo, em relação aos espaços de exposição de realidades e reflexões, em concordância com o explicitado por Oliveira *et al.* (2014), sendo essa uma dificuldade que tentamos superar nos novos planejamentos.

A presença de diversos atores das mais diversas formações em saúde no desenvolvimento de atividades no grupo foi vista como positiva na avaliação das ações, pelo potencial do trabalho multidisciplinar em desenvolver um cuidado mais integral. O que vai em direção ao apontado por Figueiredo e Campos (2014), que destacam que trabalhar em equipe não significa abdicar da singularidade de cada profissional, mas utilizar da cogestão do conhecimento para assegurar a oferta de uma saúde de qualidade.

Alguns usuários sentiam dificuldade em interagir com os demais participantes do grupo, principalmente por estarem diante de pessoas até então desconhecidas. Com isso em

vista, foi necessário buscar tornar o grupo dinâmico, para que houvesse uma atmosfera agradável e propícia ao diálogo, o que se destaca, talvez, como o maior objetivo e desafio de espaços terapêuticos que funcionam em grupo. Para tanto, a criatividade profissional foi necessária para a elaboração dessas ações integrais e efetivas, bem como uma boa comunicação com os usuários e os demais membros da equipe de saúde (GRYSCHKE; PINTO, 2015).

A experiência fortaleceu também processos de apoio social comunitário. Alguns dos participantes que sofrem com déficit cognitivo leve, sendo pessoas retraídas e, por isso, sem rede de apoio social que não a família e sem contatos para socialização, mostraram-se gradualmente participantes ativos no grupo e relataram, de forma espontânea, como gostavam de participar daquele ambiente.

Ademais, outros participantes com dificuldade relativa de acesso à USF ressaltaram também a importância de conseguirem contato com a equipe de forma cotidiana. O que nos leva na direção de refletir sobre um aspecto apontado por Vasconcelos (2015), ao falar da necessidade de superação do fosso cultural existente entre os trabalhadores do setor da saúde e os usuários dos serviços. Uma das ocorrências mais impactantes na forma de manejar os participantes do grupo como pacientes clínicos foi a compreensão e entendimento deles em relação aos seus transtornos e a noção de que a medicação não seria a única solução para seus problemas, e que, em grupo, poderiam melhor resolvê-los ou, pelo menos, entendê-los. Surgiram, então, diversas experiências de diminuição de dosagens de drogas psicotrópicas em importante experiência de desmedicalização.

O conjunto das atividades e seus processos educativos geraram frutos importantes. Vários exemplos apontam para conhecimento de aspectos dos indivíduos e de seus sofrimentos que eram antes desconhecidos e inalcançáveis apenas pela abordagem individual. Para mais desses relatos de desmedicalização, notória foi a diminuição da demanda por consultas médicas individuais no ambiente da USF, à medida que o grupo crescia em número de participantes.

As ações do grupo “Brincando com a Mente” buscaram fortalecer a autonomia e a corresponsabilização das pessoas pelo cuidado com sua própria saúde física e mental, ao enxergar as pessoas como protagonistas de seus processos de cuidado e de construção de bem viver. Como a dimensão da Promoção da Saúde não opera na lógica de entendimento da saúde como a ausência de uma determinada enfermidade, mas, sim, do reconhecimento da presença da saúde em suas amplas ramificações cotidianas, é de suma importância no trabalho de promoção da saúde no campo da saúde mental o desenvolvimento de esforços que visem

potencializar cada vez mais a autoestima, autonomia e cidadania; que oportunizem aos indivíduos serem protagonistas em seu processo de cuidado, com capacidade de fazer escolhas e retomar seu lugar social, caminhando na contramão das circunstâncias excludentes.

Refletindo sobre algumas dificuldades

Dentre as dificuldades, podem ser destacadas: a falta de apoio de outros serviços da rede, como o CAPS e o NASF, para a qualificação das ações realizadas, a experiência desse grupo está alinhada ao observado em outros estudos, os quais têm apontado a necessidade de maior atenção sobre as formas de atuação desses serviços, principalmente para a constituição de uma atenção à saúde mental no âmbito da AB eficaz, assim como para um efetivo funcionamento da RAPS. (PASQUIM; ARRUDA, 2013; OLIVEIRA; CAMPOS, 2017)

Mas, provavelmente, a maior dificuldade esteve em, como coletividade, conhecer e aprender técnicas educativas para o cuidado integral em saúde. Em nossa visão, a mais importante demanda dessa iniciativa foi a capacitação técnica para a realização de atividades que fossem integrais, participativas, cuidadoras e coerentes com a realidade e com as necessidades do território (DIERCKS; PEKELMAN, 2007). O caminho principal de superar essa dificuldade e buscar formação foi a valorização dos atores e das experiências exitosas presentes no próprio território, como a Terapia Comunitária e as diversas atuações de Extensão, Pesquisa e Ensino da universidade, como o programa PINAB e a residência multiprofissional. Além disso, permitir-se aprender no processo: se a equipe aguardasse uma formação completa em práticas educativas para saúde mental na APS, provavelmente, o grupo não teria ocorrido.

Um caminho profícuo fez-se por atitudes como: procurar inquietações no serviço, a partir de uma reflexão coletiva na ação; transformar tais inquietações em propostas de iniciativas e construção de processos de superação; envolver a equipe em sua diversidade profissional e mobilizar os vários atores locais com seus saberes diferentes; procurar redes, instituições e setores para apoio; aprender com experiências educativas em desenvolvimento na APS, no próprio território e em demais circunvizinhos.

Assim, desvelaram-se aprendizagens que tornaram a equipe minimamente preparada e segura para a construção de um cuidado integral e de uma conduta que valorizasse o diálogo e a construção junto com as pessoas.

Considerações finais

Ao longo das análises empreendidas no contexto desse estudo, evidenciaram-se caminhos e obstáculos das práticas educativas no cuidado integral em saúde mental na AB, com base na experiência de um grupo de encontro comunitário. Dentre os caminhos destacados, inicialmente cabe enfatizar a importância dos grupos de encontro comunitário e de suas práticas educativas em saúde mental como espaço de referência para o fortalecimento do apoio social e comunitário para os membros do grupo, de modo que os mesmos se sintam amparados e seguros em seus contextos de sofrimento, luta e construção de saúde e bem viver.

Nota-se que a Educação Popular constitui um caminho importante, referenciado por abordagens de trabalho em grupo para o cuidado integral em saúde mental. No transcorrer das ações, essa pedagogia favoreceu o delineamento de dinâmicas e de espaços de produção coletiva que estimularam a consciência dos sujeitos sobre o próprio corpo, construção de vínculos afetivos e desenvolvimento das potencialidades de resiliência e de superação individuais e reflexão sobre o processo de saúde e doença. Essa abordagem incentivou o fortalecimento da integração dessas pessoas no âmbito familiar e comunitário, ao propiciar sua inclusão e participação social, fortalecendo o trabalho integrado da equipe no contexto da saúde mental. A possibilidade de compartilhamento de experiências nos grupos entre os participantes propiciou a escuta, orientação e construção de projetos terapêuticos verdadeiramente condizentes com suas necessidades particulares e comunitárias.

No que se refere aos obstáculos, fica evidente a necessidade de uma melhor qualificação das equipes de saúde no que tange ao aprimoramento de estratégias, abordagens e dinâmicas de trabalho em grupo para o cuidado em saúde sob uma ótica integral. Outro limite importante foi a recusa de apoio matricial e de subsídios pedagógicos para a construção do grupo por parte de serviços locais da RAPS, como o CAPS, e por estratégias de apoio à Saúde da Família, como o NASF. Nesse sentido, cabe refletir sobre as fragilidades do NASF, quando sua característica organizacional se orienta pela priorização da dimensão gerencial e administrativa das equipes de Saúde da Família, o que vai ao encontro dos preceitos fundadores desse Núcleo no âmbito do Ministério da Saúde. Por sua vez, com relação ao CAPS, houve dificuldades de compreensão sobre seu papel como espaço institucional de matriciamento para as equipes de Saúde da Família. Tal episódio evidenciou também um viés operacional desse serviço que foi de encontro ao recomendado no contexto das políticas públicas atuais, pois é função do CAPS também dar suporte, discutir e intervir conjuntamente, supervisionar e capacitar os profissionais da ESF.

Cumprido, finalmente, destacar que a experiência em questão foi desenvolvida a partir de uma vivência coletiva que, assim como várias outras, procura expressar vivências positivas no trabalho em APS. Não se podem generalizar como receitas padronizadas as abordagens realizadas nessa equipe para as demais da rede de João Pessoa-PB e de outros municípios. É preciso, em verdade, a concretização de espaços que possibilitem dar visibilidade para iniciativas realizadas no contexto da APS e no SUS como um todo. Recomenda-se não somente a construção de produções teóricas que valorizem apenas a fala de profissionais, mas o desenvolvimento de outros estudos que tragam o olhar de profissionais, usuários e familiares para confronto dos resultados de análise.

Referências

ALBUQUERQUE, M. A. C.; DIAS, L. C. Abordagem em saúde mental pelo médico de família. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 233-240.

BATISTA, M. F. S.; ALBUQUERQUE, P. C. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco-Brasil. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 173-194, 2014. Doi: 10.18569/tempus.v8i2.1518. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1518>. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 18 fev. 2020.

CAMATTA, M. W.; TOCANTINS, F. R.; SCHNEIDER, J. F. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: expectativas de familiares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 281-288, abr.-jun. 2016. Doi: 10.5935/1414-8145.20160038. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/p6z3GBJv4VhnJ4GFS5PKrXG/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

CAMPOS JUNIOR, A.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, out.-dez. 2015. Doi: 10.1590/1414-462X201500040226. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/9jyCvb7PzTGW3c8sLwMRgfB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2020.

CARDOSO, A. J. C. *et al.* Reforma psiquiátrica e a política nacional de saúde mental. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 57-63, 2014. Doi: 10.18569/tempus.v8i1.1453. Disponível em:

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1453>. Acesso em: 16 maio 2020.

CARVALHO, L.; SANTANA, C. Visão geral sobre saúde mental. *In*: SANTANA, C. L. A.; ROSA, A. S. (org.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua**: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. p. 39-44.

CASANOVA, F.; OSORIO, L. C.; DIAS, L. C. Abordagem comunitária: grupos na atenção primária à saúde. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 265-273.

FAGUNDES JÚNIOR, H. M.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R. F. Reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015215.00872016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pd5MjNsgyn6XZsmpg67fGyz/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2013. Doi: 10.1590/S0103-73312013000200010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xPxyWfgpxy9Dq6kqg6knnRc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2020.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, 2014. Doi: 10.1590/1807-57622013.0323. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5jR4yDtHVmVDGB3QFKw79Hd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

FREIRE, P. **Cartas à Guiné-Bissau**: registros de uma experiência em processo. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2012.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martins. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, 2015. Doi: 10.1590/1413-812320152010.13572014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YF4znJCJgZfbgTnGtRrwGpN/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2020.

JARA, O. H. **A sistematização de experiências**: prática e teoria para outros mundos possíveis. Tradução de Luciana Gafrée e Sílvia Pinevro. Brasília: CONTAG, 2012.

JUSTO, L. G. *et al.* A territorialização na atenção básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface**, Botucatu, v. 21, 2017. Doi: 10.1590/1807-57622016.0512. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/G4rRVvny64R7HM9zfHkHQcc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 615-634.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, E. C. *et al.* O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2017. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z5XwdsmszGVFBdGKZnNGtCf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2020.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, 2014. Doi: 10.1590/1807-57622013.0357. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SM8D3ZLV9XQnhBrMp9T5pTr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Formação para o apoio matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 2017. Doi: 10.1590/S0103-73312017000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pnCPdtDKdTjTHLvzgQ8kkrs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2020.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**, Niterói, v. 9, n. 2, p. 34-44, 2013.

TRINCA, W. (org.). **Procedimento de desenhos-estórias**: formas derivativas, desenvolvimentos e expansões. São Paulo: Vetor; 2013.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

VIEIRA, S. S.; NEVES, C. A. B. Cuidado em saúde no território na interface entre saúde mental e estratégia de saúde da família. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 29, n. 1, 2017. Doi: 10.22409/1984-0292/v29i1/1375. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5115/4966>. Acesso em: 12 maio 2020.

Submetido em 10 de novembro de 2020.

Aprovado em 28 de janeiro de 2021.