

**GRUPO DE ESCUTA E ACOLHIMENTO-GEA: UMA FERRAMENTA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA-ESF<sup>1</sup>**

**LISTEN AND RECEPTION GROUP-GEA: A MENTAL HEALTH CARE TOOL IN THE FAMILY-ESF HEALTH STRATEGY**

**GRUPO DE ESCUCHA Y ACOGIDA-GEA: UNA HERRAMIENTA DE CUIDADO EN SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA-ESF**

---

**Gleyde Raiane de Araujo**

Escola de Saúde Pública do Ceará  
Email: [gleydearaujo@hotmail.com](mailto:gleydearaujo@hotmail.com)

**Felipe Sávio Cardoso Teles Monteiro**

Universidade Federal do Maranhão-UFMA  
Email: [felipesctm@hotmail.com](mailto:felipesctm@hotmail.com)

**Camila de Souza Machado**

Faculdade Maurício de Nassau/FAP

**Carlos Vitor Esmeraldo Albuquerque Beserra,**  
UNINASSAU

---

**RESUMO**

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a dinâmica e características de um grupo (de apoio) em saúde mental, em razão de sua consolidação e relevância comunitária no campo da atenção básica no município de Parnaíba-PI. A metodologia empregada foi a de entrevista, enviada por correio eletrônico aos profissionais que atuam/atuaram no referido grupo. As seguintes questões foram abordadas: Caracterização dos participantes do estudo; Intervenções realizadas junto ao GEA; Relação com o serviço/equipe/usuários; Características principais do grupo; Impactos na saúde da comunidade; Autoavaliação. Os principais resultados encontrados foram: Grande diversidade de práticas individuais/grupais realizadas que vão desde dinâmicas ao uso racional de medicamentos; Vínculo fortalecido com os usuários, equipe, mas entraves com ACS/Médico; Fortalecimento de vínculos, compartilhamento de experiências, melhor acesso a serviços/medicações, entre outros; O maior impacto do grupo

---

<sup>1</sup> Pesquisa com financiamento próprio.

foi o fortalecimento da autonomia/empoderamento dos indivíduos/comunidade; Necessidade de estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) e dificuldades/inseguranças na prática em saúde mental.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família. Saúde Mental. Grupo de Apoio.

### ABSTRACT

This research aims at the dynamics and characteristics of a (support) group in mental health, due to its consolidation and community relevance in the field of basic care in the municipality of Parnaíba-PI. A methodology used for an interview, sent by e-mail to the professionals who work / acted in that group. The following questions were addressed: Characterization of study participants; Interventions made with the GEA; Relationship with the service / team / users; Main characteristics of the group; Impacts on community health; Self-evaluation. The main results were: Great diversity of physical / group practices carried out since the dynamics of the use of medicines; Bond strengthened with users, staff, but barriers with ACS / Medical; Strengthening of links, sharing of experiences, better access to services / medications, among others; The greatest impact of the group on strengthening autonomy / empowerment of individuals / community; Need for Permanent Health Education strategies and difficulties / insecurities in the practice of mental health.

**Key words:** Family Health Strategy. Mental health. Support group.

### RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo comprender la dinámica y características de un grupo (de apoyo) en salud mental, en razón de su consolidación y relevancia comunitaria en el campo de la atención básica en el municipio de Parnaíba-PI. La metodología empleada fue la de entrevista, enviada por correo electrónico a los profesionales que actúan / actuaron en dicho grupo. Se abordaron las siguientes cuestiones: Caracterización de los participantes del estudio; Intervenciones realizadas ante el GEA; Relación con el servicio / equipo / usuarios; Características principales del grupo; Impactos en la salud de la comunidad; Autoevaluación. Los principales resultados encontrados fueron: Gran diversidad de prácticas individuales / grupales realizadas que van desde dinámicas al uso racional de medicamentos; Vínculo fortalecido con los usuarios, equipo, pero obstáculos con ACS / Médico; Fortalecimiento de vínculos, intercambio de experiencias, mejor acceso a servicios / medicamentos, entre otros; El mayor impacto del grupo fue el fortalecimiento de la autonomía / empoderamiento de los individuos / comunidad; Necesidad de estrategias de Educación Permanente en Salud (EPS) y dificultades / inseguridades en la práctica en salud mental.

**Palabras clave:** Estrategia de Salud de la Familia. Salud mental. Grupo de Apoyo.

---

## 1 INTRODUÇÃO

A partir dos movimentos realizados pela Reforma Psiquiátrica os serviços oferecidos no âmbito da saúde mental foram amplamente reformulados, as modificações

aconteceram e vem acontecendo desde a estrutura física (substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo comunitário) das instituições as práticas (realização de práticas multiprofissionais mais humanizadas e integrais) que são executadas (MENEZES, 2012).

Sobre a atual política de saúde mental Brasil (2013) afirma que “foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial”, todo esse processo de mudança foi/é Reforma Psiquiátrica e possui dimensões técnico-assistenciais, jurídico-políticas e culturais. Daí veio modelos substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Residências Terapêuticas e ações em saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como proposta inovadora de reorganização da saúde no país (CORREIA, BARROS & COLVERO, 2011; BRASIL, 2012). A Atenção Básica (AB), através da ESF, configura um campo de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade.

A ESF está inserida dentro do território aos quais os indivíduos vivem e se constroem diariamente, portanto é ferramenta importante no entendimento da realidade dos indivíduos e como estes se relacionam com o seu ambiente externo (Brasil, 2000). Entendemos que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários (BRASIL, 2013).

Neste contexto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através do trabalho compartilhado de suporte às equipes de Saúde da Família, por meio do desenvolvimento do Apoio Matricial, entre outras “ferramentas tecnológicas”, pode se constituir como estratégia de gestão para a superação do modelo médico e para a construção de uma rede ampliada de cuidados em saúde mental (GONÇALVES, 2015). O NASF é um serviço de suporte especializado na atenção básica que aumentam a resolubilidade de problemas de saúde da comunidade (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2014).

Assim, entre as várias áreas possíveis de atuação do NASF junto a ESF a Saúde Mental tem importante relevância, nos últimos anos, o Ministério da Saúde através das

políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, vêm estimulando ações que remetem a dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção (CORREIA, BARROS & COLVERO, 2011). A integração da saúde mental na APS favorece as práticas de cuidado integral, pois contempla a concomitância de transtornos físicos e mentais, melhora o acesso aos serviços de saúde mental, promove os direitos humanos e reduz a lacuna entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas atendidas (HIRDES & SCARPARO, 2015).

Os grupos são importantes estratégias para o cuidado em saúde mental considerados por muitos profissionais, como uma primeira linha de intervenção para os casos de sofrimento psíquico e são ferramentas comuns em encaminhamentos de pessoas em sofrimento psíquico (FROSI & TESSER, 2015).

Compreendendo a importância destas novas tecnologias no cuidado a pessoa em sofrimento psíquico, esta pesquisa tem como objetivo compreender a dinâmica e características de um grupo (de apoio) em saúde mental, em razão de sua consolidação e relevância comunitária no campo da Atenção Básica no município de Parnaíba-PI.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS), através da lógica da prevenção e promoção da saúde, fugindo da centralização hospitalar no tratamento das doenças, inserindo-se nas comunidades, valorizando a participação familiar, o vínculo e as práticas humanizadas e integrais em saúde.

A atenção psicossocial se apresenta como estratégica na nova forma de cuidado em saúde mental, para Tesser e Texeira (2011), ela “baseia-se na intensa reconstrução e mediação das relações do paciente consigo mesmo e seu mundo familiar e social, no sentido da reorganização e estabilização de suas dinâmicas afetivas, emocionais e vitais da forma mais saudável e sustentável possível”.

Assim, a inserção territorial é essencial para o fortalecimento das ações em saúde ofertadas para a população e do vínculo entre os atores do processo, sendo este um aspecto facilitador da inserção da Saúde Mental na Atenção Básica (ARCE; SOUSA, 2010, p. 37).

Entre as práticas que favorecem construções vinculares ESF são as atividades realizadas pela equipe como as visitas domiciliares (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011), assim o vínculo é fortalecido pelo aspecto longitudinal do trabalho e a proximidade dos profissionais

com a comunidade. “O território é o local por excelência para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de transtornos mentais, do uso e abuso de substâncias, da prevenção da violência, das patologias sociais [...]” (HIRDES; SCARPARO, 2015, p. 391).

Com a Reforma Psiquiátrica várias propostas começaram a emergir sobre mudanças necessárias nas práticas profissionais no cuidado em saúde mental, que valorizassem o indivíduo de forma singular através de um cuidado ampliado, criativo e reflexivo.

Esse novo modo de atuar pode ter vários benefícios como a inclusão social (BARROS et al., 2015), fortalecimento da autonomia (MINOZZO et al., 2012; FROSI; TESSER, 2015) e a valorização das potencialidades do indivíduo, para Tesser e Teixeira (2011, p. 91) as tecnologias terapêuticas e relacionais, individuais e grupais, manuais, corporais, artísticas e verbais, etc., desenvolvidas pela equipe, a comunidade e outros atores do grupo, podem e devem compor as abordagens, quando a situação assim indicar e em todo o cotidiano dos serviços de saúde.

Essas mudanças foram propostas e são necessárias visto o alto grau de práticas desatualizadas de cuidado, que valorizam o biológico e pautam-se em ações enrijecidas, fragmentadas e que propõe a medicalização do transtorno mental (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; FROSI; TESSER, 2015; LIMA et al., 2013; ARCE; SOUSA, 2010) a valorização exacerbada do saber médico e/ou de especialistas em saúde mental (FROSI; TESSER, 2015; MINOZZO et al., 2012; HIRDES; SCARPARO, 2015) e o excesso de encaminhamentos para serviços especializados (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011; LIMA, et al, 2013).

Entendemos juntamente com Antonacci e Pinho (2011, p. 141), que “os psicofármacos devem ser considerados como parte integrante do arsenal terapêutico para o tratamento dos transtornos mentais, e não como a única alternativa cabível” mas que essas estratégias sejam adaptadas as necessidades dos usuários para cuidado humanizado.

Nesse contexto, a inserção das práticas em saúde mental na AB construída coletivamente são essenciais, visto a alta demanda por tratamento (MINOZZO et al., 2012), a falta de manejo dos profissionais, a potência do trabalho preventivo, de base comunitária e junto à realidade sociofamiliar dos sujeitos (LIMA et al., 2013) esta prática evidencia “a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios” (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011, p. 542). As características da AB e da ESF potencializam o cuidado para as mais diversas formas de sofrimento psíquico dos sujeitos.

A Política Nacional de Atenção Básica e conseqüentemente o NASF incluíram a humanização em seus princípios/diretrizes, visando à reorientação e potencialização de suas práticas (BRASIL, 2010). As tecnologias leves segundo Mehry (1998) são abordagens assistenciais realizadas junto ao usuário, que acontece de forma relacional e viva, dentre elas estão: momentos de fala, escuta e interpretação, de cumplicidade e de confiabilidade e esperança.

Os profissionais da AB devem integrar e criar práticas que valorizem o coletivo e promovam a saúde, pois “o ser humano necessita das tecnologias relacionais, de produção de comunicação, de vínculos, o que se denominou anteriormente de tecnologias leves. Tais tecnologias têm como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação, tornando-se indispensáveis ao cuidado” (QUEVEDO; OLIVEIRA, 2016, p. 41).

Além da humanização, devido a necessidade de suporte às ESF em casos específicos criou-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que através do apoio matricial busca dar apoio multiprofissional em casos diversos, incluindo os de saúde mental. “O Apoio Matricial visa que os trabalhadores em saúde de um determinado território se comprometam e compartilhem saberes acerca dos casos em saúde mental visando resolubilidade e conjunta parceria para melhores condições de atendimento” (LIMA, et al., 2013 p. 79).

A inclusão dessas equipes ampliou as ferramentas de cuidado em saúde mental, aqui destacamos os grupos, estes “se constituem em um dispositivo da reforma psiquiátrica quando promovem aos seus participantes rupturas nas suas formas de cuidado com a vida, possibilitando que se reconheçam enquanto corresponsáveis pelo seu tratamento e pelo seu modo de ser” (MINOZZO et al., 2012, p. 336).

O grupo fortalece a individualidade dos sujeitos através do contato com o outro além de possibilitar a criação dos laços sociais importantes na proposta da desinstitucionalização. “Eles auxiliam na responsabilização dos usuários pelo tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, o que envolve outra relação com a psiquiatria, com os medicamentos e com a saúde” (MINOZZO et al., 2012).

Destarte, os grupos terapêuticos tem fundamental importância dentro das práticas de saúde mental na AB, pois possibilitam a responsabilização e protagonismos dos sujeitos sobre sua vida (MINOZZO et al., 2012), reflexão, catarse e apoio (FROSI; TESSER, 2015) através de uma escuta compartilhada que produz vida e potencializa as relação do sujeito consigo e com o outro (ANTONACCI; PINHO, 2011). Estes espaços coletivos de trocas

afetivas e fortalecimento vincular favorece um desenvolvimento saudável que extrapola o subjetivo.

Para Frosi e Tesser (2015) em alguns casos o compartilhamento de problemas em contextos ampliados como os grupos favorece a resolubilidade sem que seja necessário recorrer à medicalização. Dessa forma os grupos terapêuticos dão suporte aos indivíduos, pois estes necessitam de tecnologias ampliadas e coletivas de cuidado. Essas práticas são comuns dentre as atividades desenvolvidas pelo NASF junto a população (BRASIL, 2010).

Para Tesser e Teixeira (2011, p. 89) “deve-se ter em mente que a atenção a SM [Saúde Mental] deverá se adaptar às realidades socioculturais de cada região bem como aos limites organizacionais, políticos e profissionais de cada serviço: não há modelos prontos, acabados”. Destarte, os grupos surgem como importante ferramenta no cuidado das mais variadas problemáticas, e portanto, devem ser incorporadas as ações em saúde mental na AB e adequadas a realidade local, através dos ideais da interdisciplinaridade, território, vínculo, humanização, entre outros conceitos oriundos da luta antimanicomial.

### **3 METODOLOGIA**

A pesquisa possui abordagem qualitativa, os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa foi realizada através de uma entrevista (Apêndice A), que foi enviada por *email* aos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF que atuam/atuaram no Grupo de Escuta e Acolhimento – GEA. No total, 11 profissionais se adequaram ao critério descrito, entretanto apenas 8 participaram da pesquisa. Adotamos a entrevista como técnica de coleta de dados por permitir respostas mais profundas sobre o tema em questão que só os sujeitos selecionados são capazes de emitir (ROSA; ARNOLDI, 2006). Vale ressaltar que usamos estudos pertinentes e atualizados para análise das falas coletadas.

Este estudo respeita as normas éticas e não infringi nenhuma norma quanto ao respeito aos indivíduos e suas singularidades. Dessa forma, de acordo com a Resolução 510/16, não serão analisadas pelo CEP/CONEP pesquisas de opinião pública, com coleta de dados indireta em que os participantes não sejam identificados (BRASIL, 2016). A coordenação do NASF de Parnaíba – PI se dispôs a colaborar com este estudo.

O roteiro da entrevista foi dividido em seis seções: 1) Caracterização do contexto do estudo; 2) Intervenções realizadas junto ao GEA; 3) Relação com o serviço/equipe/usuários; 4) Características principais do grupo; 5) Impactos na saúde da comunidade; 6) Autoavaliação. Todos os entrevistados consentiram em participar da pesquisa e foram informados sobre a liberdade que teriam de retirar o consentimento.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados serão apontados de acordo com as seções das entrevistas. A discussão dos dados será realizada de forma concomitante durante toda a estruturação deste tópico.

##### **4.1 Caracterização dos participantes do estudo**

O Grupo de Escuta e Acolhimento - GEA nasceu da necessidade de promover saúde, de fazer uma atividade que favorecesse os encontros, as trocas de experiências e fortalecesse os vínculos na comunidade, pois a ESF só era procurada para falar de doença e existia uma alta demanda de uso de psicotrópicos no território. O coordenador do NASF (na época) havia iniciado o grupo e batizado de GEA, a forma como ele falava dessa experiência e dos frutos que colheu motivou a equipe do NASF a retomar a semente plantada, sistematizando melhor os dias e horários para que a comunidade assimilasse esse encontro como algo permanente e ampliando a proposta original. Dessa forma, o grupo retomou as atividades em 2010, as reuniões eram quinzenais e de início eram realizadas no salão da igreja, na escola ou em uma casa da comunidade. Crianças, jovens, adultos, velhos, mulheres e homens tinham um encontro marcado com a escuta de si e do outro.

O grupo continua com a mesma proposta (sem interrupções) e hoje conta com a participação em média de 40 pessoas e acontece semanalmente na mesma comunidade (Na Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba-PI). Além da ESF do território, o grupo é conduzido pela equipe multidisciplinar do NASF que é composta por seis profissionais, também tem o suporte da equipe da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UFPI e alguns estagiários de Serviço Social de uma IES particular do município.

O primeiro tópico da entrevista discorre sobre os dados pessoais dos participantes, pudemos concluir que: a amostra constitui-se por quatro mulheres e quatro homens; com idade entre 22 a 46 anos; no quesito estado civil, quatro solteiros, três casados e um divorciado; seis residem em casa própria; e apenas três são naturais de Parnaíba-PI.

Quanto às categorias profissionais temos: um da Educação Física, um da Terapia Ocupacional, um da Fisioterapia, um da Nutrição e três da Psicologia. Com relação à titulação há um doutorando (Saúde Coletiva), dois mestres (Desenvolvimento/Meio Ambiente e Saúde da Família), dois mestrados (Saúde da Família e Teologia), um especialista (Docência do Ensino Superior e Desporto Escolar) e um com especialização em curso (Saúde da Família).

De início também indagamos outras questões: 1) Grau de motivação no trabalho junto ao GEA, medido nos níveis baixo (1 a 4), médio (5 a 7) e alto (8 a 10); 2) Quanto tempo de trabalho no NASF e se é/foi a primeira experiência neste tipo de serviço; 3) Período de atuação no GEA; 4) Participação em capacitações ofertadas pelo município de Parnaíba-PI.

Em relação ao item 1), apenas um profissional mostrou baixa motivação, os demais apontaram alta motivação para o trabalho no NASF (De acordo com os padrões de mensuração citados anteriormente). A vinculação e relações interpessoais, valorização e reconhecimento do profissional e de suas práticas por todos os atores (Equipe, gestão e comunidade), remuneração salarial (ROSENSTOCK; SANTOS; GUERRA, 2011) são relacionadas ao grau de motivação dos profissionais da AB/ESF. Algumas estratégias que podem favorecer o aumento no nível de motivação são as ações em Educação Permanente e o processo de formação dos colaboradores (ROSENSTOCK; SANTOS; GUERRA, 2011).

Em 2) quanto ao trabalho no NASF junto ao GEA os participantes possuem vínculos, diretos/indiretos distintos, para 6 desses profissionais o serviço foi o primeiro contato com a AB/ESF/NASF. Quanto ao quesito 3) três profissionais estiveram na implantação do grupo (mas, apenas um, continua atuando), dois profissionais colaboraram com o grupo durante curto espaço de tempo e três atuam há três meses. Podemos perceber grande rotatividade de profissionais, esta provoca descontinuidade no cuidado, dificuldade na construção do vínculo entre comunidade e ESF (ONOCKO-CAMPOS et al, 2011; LIMA et al, 2013), aspecto fundamental na AB.

No tópico 4) que fala sobre capacitações ofertadas pelo município três profissionais relataram ter participado de cursos com as temáticas: Redução de Danos, Suicídio e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, cinco profissionais declararam nunca ter participado de cursos relacionados à saúde mental. A educação continuada dentro da

saúde mental é necessária para a ampliação das estratégias de manejo ao lidar com o sofrimento psíquico e construção de conceitos baseados no modelo psicossocial (MINOZZO et al, 2012; ARCE; SOUSA, 2010). No entanto, esta prática realizada de forma pontual pode ser ineficiente (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011), elas devem possibilitar práticas ampliadas e integrais de cuidado que se relacionem com a realidade dos territórios.

#### **4.2 Intervenções realizadas junto ao GEA**

O NASF faz parte da AB e opera como apoio as diversas atividades realizadas pela ESF, no âmbito individual e coletivo, através de um trabalho em equipe junto à população adscrita. “A interação e o desenvolvimento de projetos comuns e compartilhados entre ESF e NASF oportuniza aos profissionais a incorporação de um novo saber-fazer em saúde, de caráter interdisciplinar, dando aos usuários mais qualidade e resolutividade no âmbito da Atenção Básica (PAGONI; NASCIMENTO, 2016, p. 81)”.

Segundo os entrevistados as intervenções grupais realizadas pelo NASF (em equipe) no GEA são variadas (Dinâmicas, biodança, educação em saúde, etc.) e com focos diversificados. Também são conduzidas ações específicas relacionadas a cada categoria profissional como: alimentação saudável (Nutrição), relaxamentos e alongamentos (Fisioterapia e Educação Física), aconselhamento psicológico (Psicologia), entre outros. Sobre isso, Brasil (2014) afirma que “é imprescindível também que as equipes apoiadas possam identificar o NASF como um coletivo organizado de profissionais que oferta apoio na Atenção Básica, porém que possui singularidades em cada profissional”. Estas, quando solicitadas podem/devem ser feitas individualmente dentro dos parâmetros da AB.

De acordo com o profissional P2, entre as atividades realizadas no GEA estão, “(...) dinâmicas de autoconhecimento, reflexão, autoestima, escutas e acolhimento individuais e/ou em grupo, também trabalhamos rodas de discussão com temáticas levantadas pelo grupo (...)” (P2). É essencial para o trabalho na ESF e dentro da saúde coletiva a valorização do saber/necessidades do outro, como podemos constatar no final do relato anterior. O diálogo deve imperar na relação profissional/usuário, através desse é possível realizar aproximações e intervenções condizentes com necessidades (PAGONI; NASCIMENTO, 2016), que façam sentido para os sujeitos e tenham capacidade de ser força motriz em suas vidas.

Além disso, o GEA atua também como proposta de gestão racional de medicamentos psicotrópicos. Essa prática se dá devido ao alto nível de uso desse tipo de remédio na comunidade. Segundo Oliveira, Assis e Barboni (2010) “é necessário que o usuário tenha acesso a medicamentos de qualidade no momento oportuno e de maneira coerente, ou seja, receba todas as orientações pertinentes quanto ao uso correto das medicações”. A prática medicamentosa como única forma de tratar as desordens psíquicas esta fortemente relacionada ao modelo biomédico que tende a tratar com reducionismo o sofrimento humano, assim, faz-se necessário utilizarmos novas formas de cuidado em saúde mental (ANTONACCI; PINHO, 2011; HIRDES; SCARPARO, 2015), mais ampliadas, integrais e humanizadas de cuidado.

#### **4.3 RELAÇÃO COM O SERVIÇO/EQUIPE/USUÁRIOS**

O trabalho realizado na atenção básica é atravessado cotidianamente pela lógica multi e interdisciplinar. Esta é entendida como essencial para alcançar a integralidade no cuidado ofertado aos usuários e melhorias na qualidade das terapêuticas realizadas.

Na organização do processo de trabalho em saúde, é importante a dinâmica, comunicação e integração entre a equipe formal da Saúde da Família e os demais membros da equipe de apoio da Unidade (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 136), para transpor o paradigma fragmentado de atendimento. A proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 93).

Todos os profissionais se referiram ao vínculo/ relação com os usuários utilizando adjetivos positivos como na fala: “A minha relação com os usuários do serviço, considero ótima. Os participantes dos grupos se mostraram extremamente receptivos e acolhedores (...)” (P3). Esse aspecto é essencial, pois uma boa relação gera vínculos de confiança que são primordiais para o trabalho com grupos comunitários.

Dentre os entrevistados seis profissionais relataram possuir uma boa relação com a sua a equipe, como pode ser constatado a seguir: “Considero ter uma ótima relação com todos das equipes (NASF e ESF) assim como com os usuários (...)” (P2). Essa interação detectada na fala dos profissionais é ponto importante para a realização de um trabalho humanizado que seja capaz de ver o grupo e as complexas singularidades nele presentes, pois

o trabalho em equipe é essencial para atingirmos a equidade e a integralidade nos serviços de saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Entretanto, notamos o distanciamento de duas categorias profissionais, evidenciadas nas falas a seguir: “A relação com a maioria dos ACS ainda é distante (...)” (P3), “Os principais entraves com a ESF era com a falta ou o manuseio do serviço médico” (P6). Esses dois aspectos apesar de não terem surgido na maioria das falas solicita uma reflexão, visto que essas problemáticas podem dificultar a qualidade do serviço prestado. “O trabalho em saúde, principalmente frente à proposta da ESF, é essencialmente coletivo, no qual a contribuição de cada um dos integrantes e a integração dos saberes é condição essencial na manutenção e qualificação da assistência prestada” (PERES et al, 2011, p. 906).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são peças básicas no trabalho em AB, por residirem no território e pela periodicidade de seus encontros com os usuários. “O ACS representa um novo elemento e é considerado como personagem-chave na organização da assistência, na medida em que assume uma posição bidirecional, pois é morador da comunidade em que trabalha e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde” (PERES et al, 2011, p. 906). No entanto, este aspecto merece maior análise, inclusive com relação a vinculação entre esse profissional e a equipe do NASF, visto a alta rotatividade já citada.

Quanto ao profissional médico e seu distanciamento ou inadequação à lógica comunitária, Viegas e Penna (2013, p. 136) colocam que, “o médico ainda permanece, quase no período integral de seu trabalho, confinado ao consultório atendendo à demanda da consulta, fato que acontece principalmente pela permanência da cultura médica formal: consulta/consultório”, essa postura é intimamente influenciada pelo modelo biomédico centrado na doença, que vai de encontro às propostas da AB/ESF/NASF.

Esses fenômenos devem ser analisados mais profundamente devido à importância desses profissionais na AB, no entanto não nos deteremos à análise destes aspectos.

O trabalho interdisciplinar realizado em uma equipe integrada que dialoga através de relações horizontais é atravessado constantemente por variáveis diversas, estratégias objetivando a compreensão e posterior melhora/mudança nesse processo são fundamentais para garantir a eficácia do cuidado. Para Peres et al (2011) a mediação é uma boa proposta de combate com vistas a evitar a realização de ações desarticuladas e isoladas.

#### **4.4 Características principais do grupo**

O GEA é um grupo de abordagem comunitária em saúde mental consolidado no município e que possui inúmeras características, positivas e negativas. No entanto, apenas as citadas com maior frequência serão aprofundadas neste estudo.

Dentre as positivas destacamos o fortalecimento de vínculo entre os moradores da comunidade, a aproximação dos usuários com os profissionais ESF/NASF, compartilhamento de experiências, empoderamento/autonomia dos usuários, inserção de temas da saúde mental na ESF, melhor acesso a procedimentos e medicações, ações de promoção e prevenção da saúde.

Através de vínculos fortalecidos (inclusive com os profissionais) as relações comunitárias podem se construir de forma potente, no caso específico da saúde mental, esse também auxilia no combate aos estigmas relacionados aos problemas da ordem *psi* (HIRDES; SCARPARO, 2015) e conseqüentemente valoriza as singularidades dos sujeitos.

Trabalhar saúde mental na AB é proposta básica do Ministério da Saúde neste campo. Por meio do grupo o sofrimento ganha espaço e as desordens mentais passam a ter um cuidado humanizado e integral como o disposto a partir da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido “as equipes de Saúde da Família apresentam potencial para o cuidado em Saúde Mental, devido, sobretudo, ao vínculo que estabelecem com as famílias, essencial para a atenção psicossocial” (ARCE; SOUSA, LIMA, 2011, p. 555).

Essa nova forma de cuidar da doença mental propõe colocar a doença entre parênteses e valorizar a existência e os sofrimentos do sujeito (MINOZZO et al, 2012; TESSER; TEIXEIRA, 2011), evitando reducionismos ao se deparar com o processo saúde/doença.

Como pontos negativos temos os entraves com a gestão, irregularidades/falta do acesso à medicação, dificuldade de articular a rede, pouco envolvimento da ESF no grupo, exacerbado número de usuários utilizando psicotrópicos, estrutura inadequada para a realização dos encontros, falta de capacitação dos profissionais em Saúde Mental, falta de recursos para a realização de atividades, dificuldade em articular a rede, participação (dos usuários) no grupo vinculada à obtenção de medicação.

Muitos aspectos citados pelos participantes como problemas no cotidiano do GEA também são identificados em experiências diversas como a falta de estrutura física e até de recursos humanos capacitados para o cuidado em saúde mental, falta de recursos materiais e rede desarticulada (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011; ARCE; SOUSA, 2010). No entanto, os

gestores também citados nos aspectos negativos tem grande protagonismo nestes aspectos, mostrando a necessidade de um diálogo entre os atores: serviço, comunidade gestão.

Ponto importante que se fez presente em todas as falas dos profissionais foi o papel central da medicação na vida dos usuários que participam do grupo. Neste quesito, podemos notar como a medicalização está entrelaçada nas ideias e comportamentos da comunidade, sendo colocada pelos profissionais como um obstáculo a ser superado, como na fala seguinte: “(...) há ainda uma dificuldade em desvincular a participação do grupo com o uso e recebimento de medicamentos psicotrópicos” (P3). Esse obstáculo também é relatado em outros estudos da área (ANTONACCI; PINHO, 2011; ONOCKO-CAMPOS, 2011; FROSI; TESSER, 2015; LIMA et al, 2013).

Destarte, podemos perceber por intermédio da fala dos profissionais que uma forma ampliada de cuidado que preconiza um novo olhar sobre a Saúde Mental (Para além da patologia) é realizada no grupo GEA.

#### **4.5 Impactos na saúde da comunidade**

Além dos pontos positivos citados no tópico anterior, que estão intimamente relacionados ao bem-estar da comunidade e a melhoria da saúde. Aqui iremos destacar o aspecto de maior relevância, devido às inúmeras vezes que emergiu na fala dos profissionais durante toda a pesquisa. Isto posto, destacamos a autonomia/empoderamento dos usuários do grupo.

Estes conceitos podem ser verificados nas falas a seguir: “Acho que um dos grandes impactos foi à conquista de direitos” (P5), “Empoderamento e participação social” (P6), “Mais autonomia dos pacientes a cerca de seu tratamento” (P7).

O conceito de autonomia está intimamente relacionado com o de promoção da saúde, esta propõe estratégias relacionadas à diminuição das iniquidades sociais através de diversas forças, entre elas a de ampliar a capacidade das pessoas gerenciarem a própria vida.

O diálogo, a escuta e o acolhimento, são fundamentais para o fortalecimento da autonomia dos que sofrem alguma desordem psíquica, por meio da valorização do saber do outro e do interesse em suas necessidades (JORGE et al, 2011). Essas tecnologias de cuidado estão presentes no grupo como detectamos anteriormente, reforçando a ideia de o GEA estar alinhado às ideias da Reforma Psiquiátrica.

A partir de relações democráticas, várias ações dos profissionais (Coletadas no tópico: Intervenções realizadas junto ao GEA) foram identificadas direta ou indiretamente relacionadas ao fortalecimento da autonomia/empoderamento (Orientações sobre direitos, educação em saúde, empoderamento do usuário). “Seu significado é fundamental, traduzindo desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, da percepção e da participação real e simbólica dos pacientes, que assim passam a ser sujeitos, e não meramente objetos das ações” (BRASIL, 2009, p. 62). Dessa forma, os sujeitos são incentivados a serem donos de si e buscar alternativas saudáveis para viver.

A autonomia como dispositivo do cuidado integral é o resgate da cidadania dessas pessoas, buscando a autoestima, o poder contratual e o autocuidado (JORGE, et al 2011). A autonomia relacionada a ações comunitárias coletivas possui grande poder político no gerenciamento dos serviços e na busca por melhorias no âmbito global.

Outros aspectos como desconstrução do preconceito, diminuição dos casos em crise no território, indivíduo olhado em sua totalidade, uso consciente da medicação em alguns casos, melhora percebida na vida dos usuários, grupo visto como inovador na cidade e na comunidade para o cuidado em saúde mental foram mencionados.

#### **4.6 Autoavaliação**

Este último tópico foi construído a partir das ideias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde-EPS (2009), que dispõe sobre a importância de os profissionais refletirem frequentemente sobre suas ações e assim transformar, melhorar, ampliar, (re)construir formas de atuação condizentes com a realidade vivenciada.

Esse processo de autoavaliação constante faz-se necessário devido a anos de formação centrada no modelo biomédico/fragmentado de cuidar e que apesar de já sofrer algumas mudanças ainda tem forte influência nos profissionais da saúde, ao promover práticas e visões reducionistas sobre o processo saúde/doença (PAGONI; NASCIMENTO, 2016; PAGONI, 2016; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Sobre esse reducionismo Brasil (2013) afirma que “ao focarmos no sofrimento, corremos assim o risco, enquanto profissionais de Saúde, de negligenciar as dimensões da pessoa que esteja indo bem, que seja fonte de criatividade, alegria e produção de vida, e ao agir assim, podemos influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades”.

A maioria dos profissionais realizou uma narrativa profunda sobre suas ações, incluindo inseguranças, sentimento de impotência, dificuldades no trabalho em saúde mental, eles relacionam esses aspectos à formação profissional deficitária e falta de política de formação permanente dentro do serviço. Por meio da fala seguinte podemos verificar isso:

Acreditamos que o fortalecimento dos processos de educação permanente com foco na saúde mental, com interação de todos os setores (rede) envolvidos com um maior apoio por parte da gestão na garantia de recursos humanos (profissionais qualificados) e logística adequada são os principais pontos a serem trabalhados para potencializar o GEA e a saúde mental do município, quem sabe até, multiplicando o grupo em outros territórios. (P2)

Nessa perspectiva, a EPS e o aperfeiçoamento profissional contínuo realizado através de construções e trocas coletivas podem viabilizar processos de autocritica e possibilitar melhorias e o enfrentamento de problemas do cotidiano (PERES et al, 2011; ARCE; SOUSA; LIMA, 2011; MINOZZO et al, 2012), esta pode ser estratégia importante para aumentar a motivação dos profissionais.

Para Nascimento e Oliveira (2010) “o trabalho em saúde, e especialmente no NASF, o foco da formação em saúde deve ser o usuário e o processo de cuidado”. Como estratégias para propiciar a formação dos profissionais neste campo multiprofissional de cuidado são citadas as Residências Multiprofissionais em Saúde como fator positivo que permitiu a construção de um olhar ampliado (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010; PAGONI, 2016).

Também é relatado problemas com a gestão devido a questões já mencionadas em tópicos anteriores (Estrutura inadequada, falta de recursos, irregularidades na oferta de medicamentos) dentre outras, evidenciada a seguir:

Acredito que as ações em saúde mental podem ser potencializadas se houvesse uma preocupação maior por parte daqueles que fazem a gestão, uma vez que problemas políticos ou mesmo administrativos muitas vezes interferem no funcionamento e no desenvolvimento de ações de saúde mental, como a frequente troca de profissionais de equipes como o NASF. Isso interfere no vínculo do grupo, no desenvolvimento de atividades e em diversas outras problemáticas que afetam os usuários, como a entrega de medicamentos e agendamentos de consultas, entrega de receitas, e etc. A gestão tem que estar mais preocupada sobre os efeitos que suas ações têm sobre os usuários do SUS, e investir em ações de prevenção ao de doenças mentais. (P3)

Este aspecto é corroborado por Onocko-Campos (2011) “A rotatividade de profissionais nas UBS e de modelos de assistência à saúde a cada eleição municipal prejudica

a continuidade das propostas”, entretanto, singularidades também devem ser consideradas. A alta rotatividade já mencionada neste estudo prejudica a continuidade da atenção, favorecendo quebras no cuidado e nos vínculos estabelecidos entre usuário/serviço/profissional.

Entretanto, o trabalho em equipe interdisciplinar foi ressaltado como grande componente que fortalece e dá suporte para o enfrentamento dos entraves, para Viegas e Penna (2013) este “é um princípio de troca ou completude de saberes e práticas que implica a valorização do cognitivo e do afetivo, da intuição e da sensibilidade própria e do outro, com possibilidade de ampliação do diálogo e do vínculo entre os componentes da equipe”.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de tudo que foi exposto é importante destacar que os profissionais demonstram íntimo alinhamento com o modelo biopsicossocial que preconiza justamente a superação da utilização excessiva de medicamentos psicotrópicos e a busca por novas terapêuticas. Assim, propostas como o GEA são ferramentas potentes e possíveis de cuidado.

Aspectos positivos e negativos contrastam no cotidiano do grupo e as várias peculiaridades demonstradas no estudo solicitam melhor investigação e uma maior heterogeneidade na pesquisa, demonstrando algumas limitações como a necessidade de uma análise da visão dos demais atores do processo: gestão e usuários.

Esta pesquisa também contribui para lacunas na literatura em Psicologia, Saúde Coletiva, principalmente com relação a grupos de acolhimento/apoio/comunitários, em saúde mental dentro da Atenção Básica em Saúde.

Destarte, esta pesquisa não se finda aqui e através dela pretendemos abrir caminhos para novas discussões, estudos e aprofundamentos sobre as práticas de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica ainda trilha seus caminhos, muito ainda precisa ser superado, mas muito já foi feito.

## **REFERÊNCIAS**

ANTONACCI, Milena Hohmann; PINHO, Leandro Barbosa de. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Ver. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n1/a18v32n1.pdf>. Acesso em: 08 out 2016.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Práticas de saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão das potencialidades e dos limites para a construção de um cuidado integrado. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 4, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/939/885>. Acesso em: 10 out 2016.

ARCE, Vladimir Aandrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de; LIMA, Maria da Glória. A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a11v21n2.pdf>. Acesso em: 08 out 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de maio de 2016. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/116492885/dou-secao-1-24-05-2016-pg-44/pdfView>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica. Programa de saúde da família**. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_cab1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de apoio a saúde da família – volume 1: ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano**. Brasília: MS; 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde Mental**. Brasília: DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos humanizados atenção básica**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf). Acesso em: 03/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 18 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 29 nov. 2016.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

FROSI, Raquel Valiente; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3151.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

GONÇALVES, Rita Maria de Abreu. et al. Estudo do trabalho em núcleos de apoio à saúde da família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O Labirinto e o minotauro: saúde mental na atenção primária a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>. Acesso em: 10 out 2016.

JORGE, Maria Salete Bessa. et al. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

LIMA, Ana Izabel Oliveira. et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a05.pdf>. Acesso em: 08 out 2016.

MINOZZO, Fabiane. et al. Grupos de saúde mental na atenção primária. **Fractal Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/555/690>. Acesso em: 08 out 2016.

MENEZES, Gilson Abreu de. **Interface entre saúde mental e atenção básica à saúde: território de promoção da qualidade de vida**. 2012. 22 f. Monografia (Especialização) – Especialização em Saúde Mental e Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70229>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã, 1998.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2010. Disponível em: < [http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2016.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no sistema único de saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a31.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária a saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>. Acesso em: 10 out 2016.

PAGONI, Rosani; NASCIMENTO, Débora Dupas G. do. Equipe do núcleo de apoio a saúde da família. In: SANTOS, Maria Lisiane de Moraes dos; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; FERRARI, Fernando Pierette (Org.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Cap. 2, p. 53-83.

PAGONI, Rosani. A educação popular em saúde e o fazer/aprender - interagir/agir do núcleo de apoio à saúde da família. In: SANTOS, Maria Lisiane de Moraes dos; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; FERRARI, Fernando Pierette (Org.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Cap. 3, p. 87-112.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 45, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a16.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2016.

QUEVEDO, Michele Peixoto; OLIVEIRA, Fernanda Rocco. O cuidado como prática reflexiva. In: SANTOS, Maria Lisiane de Moraes dos; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; FERRARI, Fernando Pierette (Org.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Cap. 1, p. 13-49.

ROSA, Maria Virgínia de Figueiredo Pereira do Couto; ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzalez Colombo. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação de resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg V.; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; GUERRA, Camila de Senna. Motivação e envolvimento com o trabalho na estratégia saúde da família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 35, n. 3, 2011. Disponível em: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/280/pdf\\_89](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/280/pdf_89). Acesso em: 27 nov. 2016.

TESSER, Charles Dalcanale; TEIXEIRA, Beatriz de Carvalho. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, 2011. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/9188>. Acesso em: 08 out 2016.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da Integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Rev. Esc. Anna Nery**. v. 17, n.1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2016.

