



---

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
Especialização Lato Sensu Em Saúde Pública

Tânia Moreira Duarte

**“SE A BOCA FALA O CORPO SARA”**  
**A experiência das rodas de conversa com mulheres e seus efeitos na saúde.**

Belo Horizonte

2020

Tânia Moreira Duarte

**“SE A BOCA FALA O CORPO SARA”**

**A experiência das rodas de conversa com mulheres e seus efeitos na saúde.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do grau de  
Especialista em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientador: Marconi Moura Fernandes

Belo Horizonte  
2020

D812s

Duarte, Tânia Moreira.

"Se a boca fala o corpo sara": a experiência das rodas de conversa com mulheres e seus efeitos na saúde. /Tânia Moreira Duarte.

- Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

54 f.

Orientador(a): Marconi Moura Fernandes.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sofrimento. 3. Rodas de Conversa.  
4. Mulheres. 5. Práticas Grupais. I. Fernandes, Marconi Moura. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 309

Tânia Moreira Duarte

**“SE A BOCA FALA O CORPO SARA”**

**A experiência das rodas de conversa com mulheres e seus efeitos na saúde.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do grau de  
Especialista em Saúde Pública.  
Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientador: Marconi Moura Fernandes

---

Marconi Moura Fernandes (Orientador)

---

Alessandra Rios de Faria (Banca Examinadora)

---

Simone Ribeiro Teixeira Braga (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 27 de outubro de 2020.

*Às mulheres participantes das Rodas de Conversa,  
por compartilharem suas histórias de vida, sofrimento e superação!*

## **AGRADECIMENTOS**

A Escola de Saúde Pública pelo acolhimento, pelas trocas e afetos compartilhados.

À Gerente da Unidade de Lotação e a Secretaria Municipal de Saúde pela liberação para a participação das aulas.

Aos colegas do NASF – Núcleo IV da Regional Leste de BH, que apesar de todas as adversidades, colaboram para um trabalho de qualidade e do sempre “fazer o melhor”.

À minha parceira e colega do Curso de Especialização Alessandra Tavares por me salvar de todas as demandas tecnológicas e de participar de todas as minhas “invenções de moda”. Não existem palavras para expressar a importância da sua presença na nossa equipe NASF e agradecer todos os momentos compartilhados.

À assistente social Camila Otaviano Santos, que participou em vários momentos do projeto piloto “Se a boca fala e o corpo sara” na comunidade Granja de Freitas.

À assistente social Simone Ribeiro por manter o acreditar no projeto e assumi-lo após a minha saída do Centro de Saúde Granja de Freitas.

Ao colega Vitor Sérgio Alves Ferreira que sempre colabora com a tradução.

Um agradecimento em especial aos usuários dos SUS, com destaque para as mulheres/usuárias com as quais convivo e aprendo muito. Não posso deixar de acrescentar o quanto me sinto lisonjeada com a permissão de conhecer e compartilhar as suas histórias.

À minha mãe e ao meu pai que nos deixou quando iniciei a especialização.

*“Mulheres fortes não disputam espaços,  
Praticam ajuda mútua,  
Pois sabem-se fortes na união  
Cuidam e zelam umas pelas outras.  
Acolhem as dores e os medos  
Estendem as mãos para o auxílio  
Oferecem o colo e o abraço  
Praticam a cura, não a doença  
Mulheres belas, feras,  
Que quebram pedras e plantam flores  
E florescem juntas no jardim da vida!”.*

*(Adaptação texto Rose K.Ponce)*

## RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado a partir da trajetória de uma psicóloga da equipe NASF-AB na Atenção Primária à Saúde (APS), na regional leste de Belo Horizonte. O objetivo desse relato é analisar como as rodas de conversa, no contexto da saúde pública, podem ser uma estratégia de intervenção e produção do cuidado em saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) parte dessa rede, que surge com o intuito de superar o modelo tradicional de cuidado em saúde centrado na doença e em práticas predominantemente curativas. Em 2008, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) é instituído com o objetivo de apoiar as Equipes de Saúde da Família, na tentativa de superar a lógica tradicional de assistência à saúde, incorporando a corresponsabilização, gestão integrada do cuidado e atuando na clínica para além da fragmentação do sujeito. Partindo do relato da experiência com um grupo de mulheres desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), intitulado “Se a boca fala o corpo sara”, pudemos refletir sobre como as práticas de grupo, no formato de rodas de conversas, contribuem para o cuidado em saúde de mulheres consideradas poliqueixosas pelos profissionais de saúde da atenção primária. Habitualmente o sofrimento somente é percebido ou localizado com o desencadeamento de sintomas físicos inscritos no corpo, levando a procura dos serviços de saúde, onde geralmente a oferta para a cura são os medicamentos os quais nem sempre promovem resolutividade para as queixas das usuárias. Este formato de assistência possibilitou que as usuárias problematisassem o seu cotidiano, as relações consigo e com o mundo, e ao mesmo tempo, construísem um novo olhar para as práticas da psicologia na saúde pública, fundamentalmente na atenção primária. Foi na tentativa de desconstruir o padrão habitual da racionalidade biologicista que utiliza a lógica sintoma-diagnóstico, e ofertar uma estratégia para cuidar, acolher, compreender e legitimar os diversos formatos de expressão do sofrimento, apropriando-se dos conceitos de humanização que definem a prática de uma clínica ampliada, que as rodas de conversa foram pensadas. O recurso da fala e o espaço para a escuta permitiram a descoberta de soluções individuais e comunitárias, ampliando as redes de alternativas para enfrentar os desafios da vida. Podemos concluir que abrir-se para o entendimento diferenciado de como enfrentar a doença/sintomas pode ressignificar a escuta promovendo sua função acolhedora pelo profissional de saúde e uma atenção à saúde mais integral, dialogada com os modos que cada um encontra para construir sua saúde e vida.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Sofrimento, Rodas de Conversa, Mulheres, Práticas Grupais.



## ABSTRACT

This is a descriptive study, type experience report, which was done from psychology experience in family health support center in primary health care, located at eastern region in Belo Horizonte city. The aim of this study was to analyze about round tables, in a health public context, can be a strategy of intervention and production of health care. The primary health care is the first level in a health public system, where the health family strategy takes place in health network, this strategy came so that to overcome the traditional model in health care where the central point is an illness and healing practices. In 2008, the support center in primary health care was created to give support to family health teams in a hope to overcome the traditional health system through co-responsibility, managing comprehensive care offering assistance in addition to the fragmented subject. Based on the report of the experience with a group of women developed in a primary care system which title: "if the mouth speaks the body is healthy", it was possible to get reflection about the group practices, in this case round tables, contribute to health care for the woman which are considered by professional health as people with multiple complaints. In usually the suffering just can be noticed through the symptoms when appears in the body, in this time the people looking for assistance and generally the option for treatment is the medicine, which not always give solutions for the women with multiple complaints. This kind of assistance made it possible for the women to get a new problematization about their daily, the relationships by themselves and the world, in the same time, to building a new look for the practices in psychology in a health public, especially in primary care. The round table was thought in an attempt to deconstruct the pattern about rationally biologicist which has just the symptom-diagnosis as logical, and offer some strategy to take care, to accept, to understand and become legitimize all different kind expressions about suffer, taking the concept about humanization which describe clinical practice amplified though round table was thought. Though of speech and listening in appropriate local was possible to discover individual and community solutions, amplifying the possibility of solutions on the network so that to confront the challenges in life. This study concluded that to be available for the different comprehension and how to confront the illness / symptoms can reframe about the listening promoting your function to accept for the health professional and whole attention health, dialogued with the manner each person can be build their health and life.

**Key words:** primary health care, suffering, circles of conversation, women, group practices.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Foto da capa do diário de campo .....	33
Figura 2- Foto da contra capa do diário de campo .....	34
Figura 3- Foto da roda de conversa com mulheres da comunidade Granja de Freitas.....	34
Figura 4-Foto da confraternização de fim de ano na comunidade Granja de Freitas.....	35
Figura 5- Foto do logotipo da camiseta.....	36
Figura 6- Foto da roda de conversa na Comunidade do Taquaril.....	37

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS -	Atenção Primária à Saúde
CS -	Centro de Saúde
ESF -	Equipe de Saúde da Família
MS-	Ministério da Saúde
NASF-AB -	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Objetivos específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>19</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>5. PRIMEIRAS REFLEXÕES: OS BASTIDORES DO PROJETO “SE A BOCA FALA O CORPO SARA”.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1. Sofrimento emocional e queixas somáticas: a banalização da dor emocional na clínica tradicional. ....</b>	<b>23</b>
<b>5.2. “Poliqueixas”: representações sociais construídas na atenção primária à saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>6. RELATO DE EXPERIÊNCIA- AS RODAS: ENCONTROS DE SAÚDE E AFETO.....</b>	<b>29</b>
<b>6.1. Centro de Saúde Granja de Freitas: transformando realidades .....</b>	<b>29</b>
<b>6.2. Semeando novas sementes: a implantação da roda em outras comunidades.....</b>	<b>35</b>
<b>7. DISCUSSÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>7.1. Se a boca fala o corpo sara: a potência do diálogo e da coletividade nas rodas de conversa. ....</b>	<b>38</b>
<b>7.2. Saúde pública e educação popular: reorientando a forma de “fazer saúde”.....</b>	<b>41</b>
<b>7.3. O profissional de saúde nos grupos: apoiador/facilitador/mediador? .....</b>	<b>44</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>50</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade – constituindo-se em um dos principais dispositivos de cuidado do sistema de saúde (BRASIL, 2020). A APS está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo cuidado (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde, em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). O Programa Saúde da Família surgiu como uma estratégia para responder a uma nova concepção de saúde não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Em 2006 o PSF se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária no Brasil. A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como parte da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas predominantemente curativas, incorporando conceitos e diferentes tecnologias do cuidado para responder às necessidades apresentadas nos espaços onde as pessoas constroem as suas histórias e vivem o seu processo de saúde-doença.

Após a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção para a reorganização e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no Brasil, as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), nesse nível de atenção, têm buscado o fortalecimento das intervenções multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde. A implantação das atividades

multiprofissionais e não médicas no âmbito da atenção primária tiveram início em 2005, para o alcance da integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, construindo de forma coletiva práticas de saúde baseadas na identificação do perfil de uma comunidade (BRASIL, 2008).

Constituiu-se em desafios à ESF sua integração à rede assistencial, o aumento de sua resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. Com o objetivo de superar estes desafios foi criado pelo Ministério da Saúde, com a Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB, pensado como uma estratégia que tem como base as diretrizes do SUS e da Atenção Primária à Saúde (APS), para estimular a produção de novos saberes e a ampliação da clínica. O NASF-AB chegou com a proposta de produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. A integralidade requer a existência e organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, bem como práticas profissionais eficazes no sentido do aumento dos graus de autonomia dos usuários, da redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades, além do aumento da potência de vida. (BRASIL, 2014).

A proposta do NASF-AB tem na clínica ampliada e multiprofissional o conceito norteador das ações. Objetiva não reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas como uma ferramenta para que os profissionais e gestores dos serviços de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada e individual, a proposta de trabalho do NASF-AB busca superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. As ações são realizadas por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários, que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Uma das estratégias do NASF-AB para romper com os modelos tradicionais de atendimento são as práticas de grupo. As atividades de grupo podem ser consideradas um importante recurso para a assistência em saúde, pois contribuem para possibilitar mudanças no modo como o ser humano compreende e se responsabiliza por sua saúde tornando mais efetiva as relações entre os usuários e as unidades de saúde. Um instrumento de grande valor que faz parte desse processo é a estratégia de educação em saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011), afirmada como uma “prática na qual existe a participação ativa da

comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida” (BRASIL, 2007).

Segundo Dias, Silveira e Witt (2009) outra importante quebra do modelo tradicional de cuidado vem com a contribuição da educação em saúde, pois representa um componente essencial não somente da promoção da saúde e da prevenção de doenças, como também contribui para o tratamento precoce e eficaz das doenças. Por meio da produção do conhecimento vinculado aos saberes emergentes da vida, a educação popular em saúde, atua na transformação das práticas do cuidado de si, nas causas da opressão, do sofrimento e da incapacidade, sejam individuais ou coletivas.

Além disso, as práticas educativas fazem parte do princípio da integralidade do SUS, pois o mesmo diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado (BRASIL, 2007). Atuar na perspectiva da promoção da saúde, com grupos implica modificações nos modelos técnico-assistenciais. Desta forma, abrem-se as portas para a construção e a consolidação de novos referenciais teóricos e práticos, os quais visam a uma melhor qualidade de vida e saúde da população, a partir de uma assistência diferenciada e da compreensão do processo saúde-doença, ocasionando assim uma maior autonomia do sujeito.

O NASF-AB não é porta de entrada do sistema de saúde ofertado ao usuário. É por meio do apoio matricial, ferramenta de trabalho das equipes de NASF-AB, que se dá a relação das equipes de saúde com as equipes do NASF-AB. O apoio matricial, também chamado de matriciamento, é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Esta metodologia pretende assegurar uma maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção da autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007). São durante estes encontros que são pensadas propostas e condutas terapêuticas para os sujeitos em discussão pela equipe interdisciplinar.

No Município de Belo Horizonte o NASF-AB, no momento da implantação, iniciou com uma configuração peculiar. Ele se integrou à Política de Reabilitação no SUS BH, com ênfase nas ações de promoção à saúde, a reabilitação e a inclusão social e foram identificados, como Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação (NASF-R). Na sua composição foi

incluído o psicólogo, além de outras categorias profissionais, como fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, educação física e outras.

Nessa proposta, os trabalhos dos profissionais do NASF-AB atuavam em três eixos: as práticas grupais, as visitas domiciliares e os atendimentos individuais, com ênfase na promoção e prevenção à saúde. Vale ressaltar que previamente incorporadas à atenção básica em Belo Horizonte as equipes de saúde mental já contavam com psicólogos em sua composição. Foi neste contexto, que em outubro de 2008 iniciei minha trajetória na Saúde Pública, no NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (atualmente Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica- NASF-AB) na Regional Leste de Belo Horizonte.

Eu era a única psicóloga do NASF-AB desta regional que tem 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nesta época, na maioria das UBS, não existiam psicólogos da Equipe da Saúde Mental como hoje, que cumprem 20 horas semanais nas UBS. Comecei atuando diretamente em quatro UBS: Centro de Saúde (CS) Alto Vera Cruz, CS Taquaril, CS Novo Horizonte e CS Granja de Freitas, e na medida do possível participava de ações nos outros CS da regional Leste. Destas UBS somente o CS Alto Vera Cruz tinha dois psicólogos da Saúde Mental.

As reuniões de matriciamento, mencionadas anteriormente, aconteciam mensalmente com cada equipe da saúde da família nas quatro UBS, totalizando 16 equipes de saúde da família. Foi um desafio organizar o atendimento das demandas que surgiam nas reuniões, principalmente, porque a prática do cuidado na atenção básica ainda é pautada por formas hegemônicas e tradicionais, fazendo prevalecer a lógica das consultas no cotidiano da assistência em saúde.

Desde aquela época percebo que o desejo da maioria dos profissionais das equipes ESF é que o psicólogo estabeleça uma agenda de horários para atender individualmente os usuários que apresentem sofrimento psíquico. Observo ainda que esta expectativa de atuação iminente clínica da psicologia colabora para manter a representação social que a população ainda tem do psicólogo, onde a prática do atendimento individual é a única alternativa para “tratar” as questões emocionais.

Em 2009 os pedidos para atendimento psicológico de mulheres eram crescentes, especialmente nas unidades de saúde localizadas em territórios de populações vulneráveis. As demandas que justificavam o pedido para o atendimento psicológico eram anunciadas como “mulheres poliqueixosas”, frequentadoras constantes das UBS, as quais os médicos ofereciam como resposta ao sofrimento relatado, nas consultas médicas, a alternativa da medicalização. O termo poliqueixa é característico da linguagem médica para se referir a pacientes que sofrem



com frequência de dores variadas, sem que nenhum exame explique ou revele qual é o problema.

Assim, para atender estas demandas discutidas no matriciamento, inicialmente sucumbi à rotina dos atendimentos individuais, no modelo da “clínica tradicional”. Ao longo do tempo percebi que as mesmas mulheres sempre retornavam ao atendimento buscando continuidade do acompanhamento psicológico. Foi quando fiquei instigada a pensar em outro modelo de atenção e cuidado ao sofrimento psíquico.

Segundo Vasconcelos (2008) o intervir e o compreender são duas atitudes que, ao mesmo tempo, se completam e se antagonizam. Compreendendo, intervém-se melhor. Intervindo, compreende-se. Mas, intervindo, também se fecha para a compreensão. Pela natureza de sua prática, o profissional de saúde tende mais para o intervir. Isto me lembra da fala de uma médica, em uma reunião de matriciamento, que o seu único recurso para responder a uma queixa de tristeza de uma usuária era a prescrição de antidepressivos. Intervenção esta, que na maioria das vezes, conta com a passividade de quem quer uma saída para sua dor.

O sofrimento psíquico, muitas vezes, vem mascarado por um sintoma físico, e é nesta forma que pode chegar aos serviços de saúde, inscrito no corpo. Como nem sempre é localizado nos exames não é reconhecido no diagnóstico clínico. Neste momento, a dor emocional é entendida como “poliqueixa” pelos profissionais de saúde, especialmente os médicos. Por termos dificuldade de compreender o ser humano na sua multidimensionalidade ora banalizamos o seu sofrimento, ora procuramos tamponá-lo com a medicação.

Atualmente temos a “psiquiatrização” e a medicalização da sociedade, com o uso irrestrito de medicações como a única possibilidade diante dos acontecimentos do cotidiano, permitindo que os sofrimentos passageiros da vida, como o luto, por exemplo, só possam ser curados pela medicação. Segundo Guarido (2007) se a psiquiatria clássica, de forma geral, esteve às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, guardando espaço à dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios.

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis a necessidade em algumas situações, mas de questionar a sua supremacia e de ser pensado como o único instrumento de intervenção terapêutica valorizado. Para além disto, observo muitas vezes, uma culpabilização do usuário “pela não adesão ao tratamento, por se queixar que aquele

tratamento não está fazendo efeito”, desvalorizando a percepção do usuário e não reconhecendo os limites que os medicamentos oferecem para a “cura”.

Ao se falar no atendimento psicológico como aliado aos tratamentos medicamentosos oferecidos na atenção primária ao sofrimento psíquico, o que encontramos habitualmente são as tradicionais consultas individualizadas, no mesmo modelo biomédico. A formação do psicólogo ainda é fundamentada pelo ideal do profissional liberal e autônomo e precisamos enfrentar o desafio de redimensionar as nossas práticas. Faz-se necessário a complementação e superação da formação acadêmica no sentido de uma efetiva flexibilização das tecnologias para o desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com o contexto de atuação. (BOING; CREPALDI. 2010).

Então, a partir de todas as minhas inquietações, em 2010, optei por fazer uma proposta diferente do caminho tradicional do atendimento psicológico até então ofertado. Gostaria de ressaltar que este relato coincide com a minha história no SUS e com a minha insistência/persistência no projeto “Se a boca fala o corpo sara”, do qual falarei posteriormente.

Partindo do relato da experiência com um grupo de mulheres no território do CS Granja de Freitas da regional leste de Belo Horizonte, pretendo refletir sobre como as práticas de grupo, no formato de rodas de conversas, podem contribuir para o cuidado em saúde de mulheres na atenção primária. Este novo formato de assistência possibilitou que as usuárias (re)pensassem o seu cotidiano, as relações consigo e com o mundo, e, ao mesmo tempo, construíssem um novo olhar para as práticas do psicólogo na saúde pública, fundamentalmente na atenção primária.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Relatar a experiência do projeto “Se a boca fala o corpo sara” como dispositivo de cuidado coletivo de mulheres na atenção primária à saúde na regional leste do município de Belo Horizonte.

### **2.1. Objetivos específicos**

- Colaborar para o entendimento do termo “poliqueixa” como um desdobramento do processo de sofrimento psíquico que merece cuidado e acolhimento;
- Apontar a necessidade dos profissionais de saúde se sensibilizarem para a percepção e valorização das queixas somáticas/emocionais no processo de cuidado;
- Analisar a aplicabilidade das rodas de conversa como metodologia de cuidado e escuta na APS;
- Refletir sobre o uso da Educação Popular como estratégia de acolhimento de mulheres em situação de sofrimento;
- Refletir sobre o papel dos profissionais de saúde na condução das práticas coletivas na APS.

### 3. JUSTIFICATIVA

No modelo assistencial de atenção à saúde, de forma geral, ainda encontramos a predominância de um modo hierarquizado, com participação passiva dos usuários, prescritivo, com jargões técnicos, ênfase no atendimento individual e na medicalização do problema. E quando se trata de sofrimento psíquico o manejo do “tratamento” é mais complexo porque na sua maioria das vezes os problemas são muito profundos para serem “curados”, mas não para serem “cuidados”. (VASCONCELOS, 2008).

Quando procuramos alternativas ao modelo de cuidado à saúde predominante encontramos muitas dificuldades em romper com o conhecido e o estabelecido. Mudar padrões de crenças, de formas de atuar é um desafio constante.

A adoção do SUS com seus princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular possibilitou a introdução de práticas que permitem romper com as formas tradicionais do atendimento em saúde, mas ainda é muito incipiente o movimento para reinventar os modelos de atendimento e de promoção à saúde no território onde tenho atuado.

Apesar das práticas de saúde pública e coletiva no Brasil recomendarem, em suas portarias e programas, ações coletivas, principalmente na Atenção Primária, o que vemos ainda hoje, são as práticas de saúde em âmbito individual em detrimento das ações coletivas. As agendas dos serviços da APS são organizadas por atendimentos clínicos individuais e os profissionais relatam sentir dificuldades de atuar em ações de educação, prevenção e promoção e considerar interesses de coletivos e suas singularidades (MAFFACCIOLLI, 2006; SANTOS *et al.*, 2010).

Acredito que tenham muitas experiências com práticas coletivas na atenção primária, mas no meu percurso profissional na saúde pública percebo ainda muita desvalorização e descrença na efetividade dos grupos como práticas de cuidado em saúde. As intervenções com grupos nem sempre são reconhecidas como atendimentos às demandas dos usuários. Segundo Furlan (2012) estar em grupo, na maioria das vezes, é visto como não fazer clínica, acarretando desvalorização dos profissionais que nele atuam, como se fosse uma ação sem valor, “não clínica”.

Furlan (2012) corrobora as minhas observações quando relata, nos seus estudos, que nos serviços de saúde a atividade de assistência parece ser mais valorizada se for realizada em atendimento individualizado. E quando alguma ESF alega “fazer grupos” observa-se é a

reprodução de uma prática médico-centrada, com baixa participação ativa dos pacientes, pautada em procedimentos e que excluem os sujeitos da construção da própria saúde, reforçando uma subjetividade que desconsidera o usuário do serviço, seja com gestos, ações, atitudes e falas. Afirma também que, de forma geral, as atividades educativas e preventivas são realizadas de forma hierarquizada e verticalizada do profissional de saúde, supostamente daquele que sabe mais, para o usuário, aquele que viria para aprender passivamente. Esta mesma autora convida a pensar se as ações coletivas são marginais ao invés de fazerem parte da diversidade dos meios de produção de saúde que potencializam o cuidado e a intervenção.

Partindo do conceito mais ampliado de saúde, que leva em conta a melhoria da qualidade de vida dentro de um contexto sócio-histórico e político-cultural, considerando os determinantes sociais de saúde e a participação social, chega-se ao conceito de promoção da saúde. Neste sentido, propõe-se que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde, além de seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010).

Um dos recursos para prover tais cuidados integrais pode ser pelo desenvolvimento de grupos educativos, principalmente, se constituírem espaços de interação e discussão coletiva entre equipe e comunidade sobre os problemas de saúde experimentados naquele território. E assim comecei a vislumbrar formas de oferecer uma “clínica” coletiva, com participação dialogada e em espaços da comunidade, fora dos muros do CS. Pensei em oferecer espaços com condições favoráveis para trocas de conhecimento e compartilhamento de informações por meio de tecnologias leves em saúde, as quais farei referência posteriormente. Naquele momento ainda não tinha clareza que estaria incentivando um processo de luta por direitos e cidadania que está fortemente ligado ao diálogo libertador, que preconiza uma transformação cultural, em que a pessoa passa a se ver como sujeito ativo e social, capaz de problematizar e modificar sua própria realidade.

Como afirma Soratto e Witt (2010), a problematização através do diálogo visa gerar mais autonomia e criticidade nos sujeitos, tornando-os protagonistas de suas próprias vidas através da compreensão da sua história, dos seus valores, da política e da cultura para promover uma releitura da realidade e a implementação de ações concretas na direção da mudança.

E foi procurando uma estratégia de atuação em saúde que considere o conceito ampliado de saúde e partindo da educação popular em saúde, que optei pelas rodas de conversa. Com esta abordagem pretendia ir além das disposições circulares das cadeiras (até porque nem sempre os espaços utilizados permitem este formato tão preciso), mas desconstruir os papéis socialmente e historicamente construídos (aqueles que “sabem mais” e aqueles que “sabem menos”) e apostar na capacidade do ser humano não somente de aprender, mas também de ensinar, além de possibilitar a participação livre e crítica dos sujeitos.

Neste relato pretendo fazer algumas considerações sobre como as práticas grupais, no formato das rodas de conversa, podem contribuir para a saúde das mulheres na atenção primária. Considero relevante este estudo para apontar à necessidade de se diversificar as tecnologias de cuidado e os modelos de intervenção na atenção primária à saúde, especialmente para as usuárias que vivenciam cotidianamente situações de sofrimento pessoal, familiar e comunitário.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. Os estudos descritivos são metodologias usadas no campo da saúde para descrever uma realidade ou recorte do processo de saúde/doença, sendo que sua finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos individuais/ biológicos ou psicossociais. O relato de experiência permite ao pesquisador formas de descrever uma experiência/vivência, podendo ser exitosa ou não, pois trata-se de uma produção do conhecimento que implica os atores envolvidos nas soluções dos problemas do cotidiano, dispondo um olhar sensível para a compreensão das singularidades das relações humanas e suas significações. Também se destaca a natureza qualitativa desse estudo, pois:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p.22)

As rodas de conversa foram desenvolvidas com mulheres, de diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) da regional Leste de Belo Horizonte, com destaque para a comunidade do CS Granja de Freitas realizadas no período de maio de 2010 a julho de 2012. As rodas eram semanais, com duração de 1 hora e meia, com participação média de sete usuárias a cada encontro. As participantes eram mulheres adultas na faixa etária entre 28 a 80 anos e de pouca escolaridade. Os encaminhamentos das usuárias para a participação no grupo eram realizados a partir das reuniões de matriciamento. Os encontros dos grupos foram realizados em espaços dentro da própria comunidade como igrejas, escolas, associações, etc. A temática era definida a cada encontro pelas próprias participantes. O produto dos encontros e a lista de presença eram registrados em um diário de campo.

No presente trabalho retrato a experiência vivida ao desenvolver rodas de conversa na atenção primária, pautadas por metodologias participativas e grupais como estratégia de cuidado e de promoção de saúde. Busco descrever alternativas ao modelo predominante de cuidado à saúde, ampliando as perspectivas de atuação do profissional de saúde, tomando minha experiência como ponto de partida para reflexão das questões propostas.

## **5. PRIMEIRAS REFLEXÕES: OS BASTIDORES DO PROJETO “SE A BOCA FALA O CORPO SARA”**

### **5.1. Sofrimento emocional e queixas somáticas: a banalização da dor emocional na clínica tradicional.**

Ao tentar “explicar o sofrimento” por meio das várias dimensões da vida biológica, psicológica, social, cultural, espiritual e outras podemos pensar em uma tentativa de superar as fronteiras da dicotomia corpo-mente, mostrando que o sofrimento emocional afeta a vida e restringe o usuário de encontrar formas de enfrentamento de seu mal-estar e de criar novos meios de melhor viver.

Entender a complexidade do sofrimento emocional e sua apresentação em queixas físicas requer cuidado integral desse usuário, que envolve seu contexto de vida. Assim, oferecer espaço para conversar sobre os aspectos psicossociais e apresentar uma atitude de apoio, acolhimento e disponibilidade para escutar são alguns fatores que minimizam o sofrimento emocional.

O estudo de Menezes *et al* (2019) aponta que no Brasil os clínicos gerais de unidades APS têm dificuldades de manejar problemas emocionais, questões psicossociais e transtornos mentais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende o lema “Não há saúde sem saúde mental” e sugere pacotes de cuidado principalmente em regiões de baixa renda, que superem as intervenções biomédicas padronizadas e descontextualizadas. Para isso, o cuidado deve ser culturalmente sensível e socialmente relevante, sendo imprescindível, portanto, considerar a dimensão psicossocial do paciente (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

O que observamos, muitas vezes, é o usuário expressar sua vivência de estar doente dentro do seu contexto sociocultural, incluindo tradições, crenças e valores, e o profissional agir com base na racionalidade biomédica enfocando a doença. A discrepância entre o preparo dos profissionais e as necessidades dos pacientes justifica ampliar o nosso olhar para o usuário e diversificar os recursos terapêuticos disponíveis. Segundo Menezes *et al.* (2019) os aspectos que dificultam a identificação do sofrimento emocional seriam: a ênfase na sintomatologia física, o modelo de formação centrado nas doenças, entendimentos divergentes entre usuário e médicos sobre o processo saúde-doença, fragilidade nos vínculos que conferem caráter terapêutico representados pela oferta de acolhimento, escuta, suporte e esclarecimento.



O sofrimento emocional constitui uma demanda prevalente na atenção primária à saúde (APS). Segundo Menezes *et al.* (2019), frequentemente, as pessoas queixam-se de “sofrer dos nervos” e apresentam queixas somáticas difusas e inespecíficas sem justificativa médica, como: fadiga, pressão no peito, palpitação, dores múltiplas incessantes, falta de ar, tremedeira, insônia, agitação, e outros sintomas de ansiedade e depressão. De forma correlata nos serviços de atendimento básico à saúde é grande a demanda de pacientes com queixas somáticas, sem uma base orgânica identificável. O fenômeno, universal, é conhecido como “somatização”, termo utilizado com frequência no meio médico e psiquiátrico que foi melhor conceituado por Lipowiski em 1988: “Somatização é uma tendência que o indivíduo tem de vivenciar e comunicar suas angústias de forma somática, isto é, através de sintomas físicos que não têm uma evidência patológica, os quais atribui a doenças orgânicas, levando-o a procurar ajuda médica”. Acredita-se que fatores psicológicos e psicossociais desempenham um papel importante na etiologia dessa condição. Em pacientes com transtornos de somatização, o sofrimento emocional ou as situações de vida difíceis são experimentados como sintomas físicos (LAZZARO; ÁVILA, 2004). No processo assistencial, a complexidade dessa apresentação sintomatológica e sua ambiguidade desafia a racionalidade biomédica, requerendo abordagens ampliadas que considerem a experiência do paciente.

Observamos a dificuldade e o despreparo de muitos médicos para entender o paciente como um todo e acolhê-lo de uma maneira integral. Muitas vezes os médicos chegam a dizer que não há nada errado e que está tudo "na cabeça" do paciente. Convivemos com uma herança médica e cultural da divisão mente/corpo, originalmente proposto por Descartes, na qual somente doenças do corpo são valorizadas.

Oferecer a atenção integral prevista nas diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica é assegurar a construção de práticas baseadas na integralidade do cuidado e intensificar as terapêuticas baseadas em tecnologias leves. Sobre tecnologias leves, Merhy (2005) vem considerar que elas estão relacionadas à produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho. Tais terapêuticas são muito utilizadas em intervenções psicossociais e envolvem abordagens relacionais e comunicacionais que, sem descartar a intervenção medicamentosa quando necessário, enfatizam a escuta ampliada, o diálogo e o fortalecimento dos vínculos, que por si já é uma ação terapêutica (GONÇALVES *et al.*, 2013). Sendo assim, permitem explorar a complexidade da experiência do paciente e incorporá-la no ato de cuidar, evitando pacotes de intervenções padronizadas que utilizem exclusivamente abordagens biomédicas que desconsideram o contexto local (MENEZES, 2012). Este trabalho pretende

apontar ações que potencializem o ato clínico na APS e minimizem o sofrimento humano, e consequentemente reduzam as queixas somáticas por meio do cuidado integral, com o protagonismo do usuário.

## **5.2. “Poliqueixas”: representações sociais construídas na atenção primária à saúde**

Na medicina tradicional o médico tem como objetivo identificar a doença e sua causa para, ao remover a causa, curar a doença. Segundo Júnior (2003), as doenças são vistas como coisas, com existência concreta, fixa e imutável, e se expressam por meio de um conjunto de sinais e sintomas que devem ser corrigidos por algum tipo de intervenção concreta.

O método clínico tradicional, que consiste em o médico ouvir o paciente apresentar seus sintomas e sua evolução e, posteriormente, investigar seus sinais físicos, tem sido abandonado pela supervalorização da tecnologia diagnóstica. Isso resulta no afastamento do método subjetivo de diagnóstico – que envolveria a subjetividade dos sintomas do paciente e a interpretação dos sinais físicos por parte do médico – e na ênfase em métodos objetivos. Desse modo, o levantamento e a mensuração dos fenômenos patológicos podem ser identificados através de recursos como tomografias, exames de sangue, radiografias, entre outros (HELMAN, 2003).

A partir disso, o médico procura a correspondência do sintoma com os fatores biológicos, a fim de que se possa diagnosticar a entidade patológica. Um sofrimento somente é tido como legítimo quando se apresenta uma concretude em regularidades orgânicas classificáveis a partir de critérios anatômicos, fisiológicos, celulares e biomoleculares (BLANK, 1985). Desse modo, aquilo que possui legitimidade para o paciente não corresponde ao que é legítimo para o médico. O primeiro remete a suas sensações subjetivas, e o segundo transforma esse discurso em patologia inserida numa nosologia médica. Receber um "rótulo" ou diagnóstico legitima as queixas do usuário, “explica o sofrimento” e confirma para os outros que o problema não é imaginário, e permite que o paciente assuma o papel de doente. Vale dizer que neste momento “medicaliza-se o problema”.

Os sintomas indefinidos, ao não se encaixarem nos referenciais taxonômicos da biomedicina, tornam-se um problema para o diagnóstico, colocando em xeque o saber médico, já que esses pacientes possuem persistentes sintomas físicos sem que o médico possa detectar uma doença. Normalmente esses usuários, com queixas inomináveis pela medicina, são considerados chatos pelos profissionais de saúde e identificados como cansativos,

intransigentes, difíceis de lidar e negligentes quanto ao cuidado com a saúde. São estes os pacientes que ficam vagando e estabelecendo uma rotina de ir e vir nas unidades de saúde sem que haja resolutividade de seus sintomas.

Segundo Vescosi, Souza e Avellar (2015) fenômenos como saúde e doença encontram no paradigma biomédico definições que amparam os profissionais de saúde em suas práticas, teorias que se afirmam como verdade e como superiores ao conhecimento do senso comum. E os fenômenos que escapam aos seus domínios, como a dor sem lesão ou sem correspondência com uma disfunção orgânica tem muitas denominações em manuais diagnósticos como somatização, transtornos somatoformes ou mesmo conversão, hipocondria e psicossomática.

Os sintomas a que se referem essas diversas denominações dizem respeito a dores difusas que não encontram associação direta com causa orgânica. São queixas como dores de cabeça, dores abdominais, dores no corpo, insônia, entre outras, que aparecem em grande número como demanda de usuários de serviços de saúde, principalmente na APS. Frequentemente, o diagnóstico não é estabelecido de maneira precisa, o que influencia diretamente as condutas terapêuticas, muitas vezes equivocadas e limitadas a prescrições de psicofármacos, pedidos de exames laboratoriais desnecessários, hospitalizações e, até mesmo, intervenções cirúrgicas (GUEDES; NOGUEIRA; JÚNIOR, 2008).

Muitas vezes, por se caracterizarem como quadros refratários às terapêuticas médicas e às medidas paliativas realizadas, a tendência é de intensificação da condição de abandono dessas pessoas por parte dos profissionais e a impressão de que elas superutilizam os serviços médicos. Àqueles que manifestam tais quadros cabe uma empreitada rumo à legitimidade de seus sintomas.

Outros recursos devem ser desenvolvidos na tentativa de lidar de forma mais eficaz com esses casos. Tendo como norte a concepção psicossocial, recomenda-se a adoção de uma atitude psicoterapêutica e do envolvimento da equipe tanto na vida social, como na relação com o usuário (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 2001). Compõe-se nessa orientação o encontro entre profissionais de saúde e usuários que constitui o território das denominadas “tecnologias leves” (MERHY, 2003), por envolver tecnologias das relações em oposição ao modelo “procedimento-centrado”. Vale reforçar que de acordo com Merhy (2005), as tecnologias leves são as tecnologias de relações, dispositivo de atendimento humanizado na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.

Aponta-se a necessidade de considerar além da enfermidade, o sujeito e seu contexto, abrindo caminho para a construção de dispositivos clínicos que ultrapassem os procedimentos

técnicos padronizados e pouco resolutivos presentes no paradigma biomédico, como é o caso da clínica ampliada (CAMPOS, 2005). O efeito das relações de poder assimétricas muitas vezes é o de excluir o usuário, destituindo-o de voz sobre seu próprio sofrimento, postura que o faz não se sentir acolhido e que reafirma seu lugar de destituído de saber (SAMPAIO, 2010). As questões emocionais e relacionais apontadas como explicação para os sintomas poderiam ser tomadas como ilegítimas. No estudo de Guedes (2007), os médicos em contato com sofredores somáticos sugeriam que os sintomas manifestos não deveriam ser levados em consideração, uma vez que não eram “sérios” ou “verdadeiros”.

Nesse espaço, em que se desenvolve uma relação entre médico e usuário, considerada como dinâmica interpessoal complexa, há o encontro de culturas diversas, grupos sociais diferentes, o que requer a contribuição de outras áreas do saber para sua discussão, como a psicologia social. A análise dos processos psicossociais, feita sob a perspectiva de representações sociais, constituem para os sujeitos sociais um conjunto de teorias e explicações sobre a realidade que nos cerca, formando o conhecimento do senso comum. As representações sociais são construídas e enraizadas historicamente e permitem tornar o estranho, o inusitado, em algo familiar e factível, orientam e justificam comportamentos, práticas (MOSCOVICI, 2003).

Foi na tentativa de desconstruir o padrão habitual da racionalidade biologicista que utiliza a lógica sintoma-diagnóstico e na de ofertar uma estratégia para cuidar, acolher, compreender e legitimar os diversos formatos de expressão do sofrimento, apropriando-se dos conceitos de humanização que definem a prática de uma clínica ampliada, que as rodas de conversa foram pensadas (CAMPOS, 2005).

*Quem sou eu?*

*Eu às vezes não entendo!  
As pessoas têm um jeito  
De falar de todo mundo  
Que não deve ser direito.*

*Aí eu fico pensando  
Que isso não está bem.  
As pessoas são quem são,  
Ou são o que elas têm?*

*Eu queria que comigo  
Fosse tudo diferente.  
Se alguém pensasse em mim,  
Soubesse que eu sou gente.*

*Falasse do que eu penso,  
Lembrasse do que eu falo,  
Pensasse no que eu faço  
Soubesse por que me calo!*

*Porque eu não sou o que visto.  
Eu sou do jeito que estou!  
Não sou também o que eu tenho.  
Eu sou mesmo quem eu sou!*

*Pedro Bandeira*

## **6. RELATO DE EXPERIÊNCIA- AS RODAS: ENCONTROS DE SAÚDE E AFETO**

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2014).

Como tudo começou? Viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde utilizando tecnologias leves nem sempre é simples. Requer muitos ensaios e erros. Como citei anteriormente tudo começou com o meu incômodo com o modelo de atendimento individual e padronizado da psicologia e sua reprodução na saúde pública, acrescido da forma como as mulheres referenciadas nas reuniões de matriciamento eram encaminhadas para a psicologia. Como dar voz a estas dores que a medicina tradicional tem dificuldade de escutar? Como sensibilizar os profissionais de saúde para apostar e dar credibilidade a outros formatos de organizar o modelo assistencial?

### **6.1. Centro de Saúde Granja de Freitas: transformando realidades**

A definição do CS Granja de Freitas para a implantação do projeto piloto se deu por vários motivos, incluindo a aceitação de parte dos profissionais de saúde em experimentar este modelo. Naquele momento a proposta surgiu como uma estratégia de atendimento das mulheres da comunidade Granja de Freitas, onde, de forma geral, eram consideradas “poliqueixosas” pelos profissionais do Centro de Saúde.

O objetivo era de se criar um espaço onde as usuárias da UBS pudessem falar de suas vivências, especialmente aquelas produtoras de sofrimentos. Sofrimentos estes que observamos terem consequências significativas no processo de adoecimento das mulheres e interferem em sua organização pessoal, comprometendo a dinâmica de suas relações sociais (família, comunidade, programas sociais, trabalho, etc.). O recorte para a intervenção foi direcionado a mulheres adultas com quadros de insônia, ansiedade, depressão, dores crônicas, em uso prolongado de medicação psiquiátrica, dentre outras.

Optei pelo formato de grupo aberto, que é definido pela liberdade e autonomia no que se refere às entradas e saídas dos membros, não havendo preocupação na continuidade ou no processo ao longo do tempo para atingir os objetivos pretendidos, sendo que a regularidade e a frequência nos encontros são dadas pelos participantes.

O projeto “Se a boca fala o corpo sara” no CS Granja de Freitas iniciou-se em 06 de maio de 2010. Pela dificuldade de espaço físico no CS uma agente comunitária negociou com um pastor a utilização de uma igreja evangélica do bairro, que era localizada do outro lado da rua do CS. Nesta data compareceram 12 mulheres usuárias do Centro de Saúde Granja de Freitas. Em vários momentos, contei com a participação, de uma colega do serviço social de outra equipe do NASF-AB da regional leste nas rodas de conversa. O projeto, com a minha presença, aconteceu até 05/07/2012, época em que, por mudanças na organização do NASF-AB, deixei de trabalhar nesta UBS. Com a minha saída a gerente da UBS articulou a continuidade do trabalho com a assistente social da unidade. No período de dois anos frequentaram a roda de conversa aproximadamente 35 mulheres, sendo a frequência média por encontro de sete mulheres (faixa etária entre 28 a 80 anos, predominância do analfabetismo (“sei assinar só o nome”), com exceção de uma participante que tinha ensino médio completo). Neste intervalo de dois anos a igreja evangélica foi desativada, mas a proprietária do espaço permitiu a continuidade dos encontros, inclusive participando das rodas de conversa. Por um período a chave para abrir a igreja ficou com um morador da comunidade e quando ele não comparecia no dia e horário do grupo toda a comunidade próxima ao CS se mobilizava para encontrá-lo. Percebi neste período, que mesmo não participando da roda de conversa, moradores da comunidade a respeitavam e sabiam direcionar onde encontrar as pessoas que a frequentavam.

No primeiro momento, foram convidadas a participar da roda de conversa as mulheres adultas, consideradas pelos profissionais do centro de saúde “poliqueixosas”, com quadro sistemático de adoecimento e baixa resolutividade das intervenções clínicas, especialmente as medicamentosas.

No primeiro encontro realizamos o contrato de convivência do grupo com a contribuição de todas as participantes. Acordamos que os encontros seriam semanais, às quintas-feiras das 8:30 às 10 horas, baseados no respeito, sigilo, solidariedade, ouvir sem julgamentos e críticas, e onde a palavra circulasse entre todas as participantes.

O grupo foi pensado para ter começo, meio e fim, mas as participantes solicitaram a continuidade dos encontros. Propomos a escolha de um tema para cada encontro, mas o grupo preferiu a palavra livre, as participantes definiram que “o rumo da conversa seria dado a cada encontro”. E a partir do cotidiano da vida os temas geradores de reflexão foram diversos: violência, raiva, morte, sofrimento, solidão, desesperança, tristeza, ansiedade, culpa, traição, abandono, adoecimento, homossexualidade, injustiça. Ao longo do tempo foi possível

conversar sobre outros sentimentos que a vida possa oferecer: afeto, alegria, confiança, superação, reparação, conquistas, solidariedade, justiça, saúde. E atendendo ao pedido das participantes no fim do ano fazíamos uma confraternização, com a presença de familiares.

A disposição circular, em roda, das cadeiras foi fundamental para o trabalho. O círculo permitiu que todas pudessem falar e escutar umas às outras inclusive com o olhar, de igual para igual. A circularidade e a horizontalidade da comunicação permitiram uma nova leitura de uma mesma problemática. Como reafirma Cavalcante e Góis (2015) a disposição das pessoas em círculo é um modo de criar condições de horizontalidade, de diálogo e de expressão, reconhecendo as diferenças e singularidades de cada um no grupo.

Podemos pensar que este formato se aproxima do Círculo de Cultura criado por Paulo Freire em 1964. O círculo de cultura propicia uma interação em grupo, busca compartilhar e ampliar os conhecimentos sobre determinada situação, incentiva a ação coletiva, estimula o desenvolvimento de uma consciência crítica e da participação popular (FREIRE, 1979).

Em círculo, não há hierarquização, nenhuma pessoa é mais importante que as outras e todas podem aportar seus conhecimentos a partir das vivências e compreensões pessoais. Já a palavra cultura pode ser compreendida como a aquisição sistemática da experiência humana, que compõem os valores, histórias, mitos, resultado da práxis humana (CAVALCANTE; GÓIS, 2015). Os temas, definidos a cada encontro pelas próprias participantes, envolveram dor, sofrimento, doenças, perdas, morte, traição, decepção, violência, abandono, homossexualismo, etc. Sempre foi importante manter a acolhida e a compreensão diante das múltiplas situações de vida compartilhadas no grupo.

Neste espaço a proposta não era oferecer soluções, mas reflexões construídas coletivamente, sem desconsiderar a subjetividade de cada usuária do grupo, o que favoreceu o reconhecimento dos próprios recursos para trilhar os caminhos de enfrentamento da dor e dos conflitos vividos no cotidiano.

O produto dos encontros foi registrado em um diário de campo. No período de dois anos foram realizados 90 encontros e a análise dos dados do diário de campo e da observação participante permitiram categorizar os resultados em três eixos:

**1-Protagonismo:** A conversa nos possibilitou que, em meio ao cotidiano da vida, cada uma refletisse sobre suas queixas e mesmo não sendo possível voltar atrás e fazer um novo começo, poderiam começar agora e fazer um novo fim. As participantes, ao longo do tempo, tornaram-se agentes de mudança da própria história e começaram a propor soluções coletivas para problemas individuais e comunitários. Surgiu no grupo o projeto de uma biblioteca



comunitária. Uma participante foi para Brasília como delegada na 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para Mulheres e posteriormente candidatou-se a vereadora na Câmara Municipal de Belo Horizonte. As mulheres mostraram interesse em temas de política e cidadania e transmitiram umas para as outras informações sobre direitos sociais e acessos a serviços.

**2- Valorização do diálogo:** A partir dos espaços de escuta e troca cada usuária pode recontar a própria história. Percebeu-se que o grupo criou vínculos a partir da fala. Os segredos e a intimidade foram compartilhados ao longo do tempo: tentativa de autoextermínio, sexualidade, violência doméstica, o medo da quimioterapia, a decepção com a traição do companheiro, etc. Apesar das diferenças entre as participantes, o recurso da fala foi reconhecido como fonte de compreensão e conciliação, levando-as a priorizar o diálogo em contraposição à agressão verbal ou física nas situações de vida.

**3 - Melhoria nas condições de saúde:** Estar na roda permitiu compreender que o outro vive situações parecidas com a minha. Observou-se que a possibilidade de expressar o sofrimento em um espaço coletivo contribui para a mobilização de recursos internos, colaborando para que se tornem capazes de cuidar de si sem recorrer somente à medicalização. “Me misturei com cês, o que me tocou lá fundo e hoje não preciso de tomar remédio para dormir... tá me fazendo muito bem isto aqui...” (sic). Observa-se que compartilhar as histórias de vida, escutar os dramas alheios, é um recurso que potencializa a cicatrização das feridas que produzem sofrimento. E mesmo que estar na roda incluía diálogos íntimos e silêncios reflexivos nota-se a descoberta de recursos internos e a possibilidade de promover mudanças na própria história, apesar das adversidades e dificuldades cotidianas. As mulheres relatam sentirem-se mais fortalecidas e incentivadas a continuar a luta “enquanto existir vida” (depoimento de usuária com câncer de mama, realizando quimioterapia e com prognóstico de retirada total da mama). Neste contexto a compreensão da saúde vai além da dicotomia corpo-mente, produzindo o reconhecimento de que o corpo fala onde a boca se cala.

O processo do grupo tem uma função terapêutica na medida em que dá outro significado para o sintoma que aparece no corpo, que estimula a digestão da angústia e do sofrimento, facilitando a retomada da vida, muitas vezes paralisada nas queixas.

O uso dizer que os encontros funcionam como um espaço de (re) habilitação biopsicossocial. O modelo biopsicossocial, ao contrário do modelo biomédico o qual atribui à doença apenas fatores biológicos, propõe a compreensão do adoecimento utilizando-se de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A escuta recíproca, o compartilhar de experiências e sofrimentos, as diversas emoções suscitadas, me fazem pensar em quais ferramentas de enfrentamento podemos utilizar para as dores psicológicas que, muitas vezes adoecem o corpo. Acredito que este trabalho contribuiu para ressignificar algo que antes não era nomeado por estas usuárias e que se manifestava em várias formas de dores: (queimAÇÃO no estômago (falta de ação diante das coisas que discorda), boca AMARga (raiva de si e do mundo por amar e se doar e não receber em troca o valor que julga merecedora), hiperTENSÃO descontrolada (dificuldade em colocar limites no outro), prisão de ventre, enxaqueca, fibromialgia, etc.

Figural – Capa do diário de campo



Fonte – acervo pessoal

Figura 2 – Capa do diário de campo



Fonte: acervo pessoal

Figura 3 – Roda de Conversa com mulheres da Comunidade Granja de Freitas



Fonte: Acervo pessoal

Figura 4 – Confraternização de fim de ano – Comunidade Granja de Freitas



Fonte: Acervo pessoal

## 6.2.Semeando novas sementes: a implantação da roda em outras comunidades

Os resultados alcançados na trajetória do grupo de mulheres no CS Granja de Freitas me fizeram acreditar que é possível “produzir saúde” por meio de rodas de conversa. A partir desta data venho replicando as rodas em vários outros CS como o CS Taquaril, o CS Novo Horizonte e o CS Vera Cruz. Para iniciar os encontros as participantes são convidadas por meio da divulgação do projeto no Centro de Saúde e na comunidade, por encaminhamento da ESF/NASF-AB e convites entregues pelos agentes comunitários de saúde. Apesar de todos estes recursos de divulgação é ainda o “boca a boca” que traz mais participantes para as rodas. Antes de iniciar as rodas de conversa construo regras de convivência com as participantes, que são lembradas se necessário. Os encontros são sempre semanais, com horários fixos e as rodas são realizadas em espaços fora das Unidades Básicas de Saúde, em equipamentos da comunidade, sendo o registro dos encontros em um diário de campo.

Em toda implantação posterior do Grupo “Se a boca fala o corpo sara”, além do objetivo principal do projeto de ofertar espaços de expressão verbal e outras formas de linguagem, tem como objetivo secundário reproduzir o método da roda de conversa e verificar se os efeitos desta tecnologia de cuidado se confirmam em outros contextos. Vale dizer que atualmente o

grupo não se restringe somente a mulheres, mas também frequentam as rodas participantes do sexo masculino.

Um dos produtos das rodas de conversa foi a criação, por uma das participantes, de um logotipo para uma camiseta. O desenho para representar o Grupo de Mulheres “Se a boca fala o corpo sara” pretendeu simbolizar, de acordo com a participante, “uma roda de união, acolhimento, respeito, amizade, afeto, e empatia, aspectos que despertam na gente um processo de autoconhecimento e autocuidado”.

Observo que as participantes sempre fazem referência ao “bem-estar” que é produzido nas e pelas rodas de conversa. Referem-se ao conforto que o grupo oferece, ao aprendizado do autocuidado, às descobertas das próprias capacidades, à função “calmante” das conversas, corroborando as análises categorizadas anteriormente.

Foto 5 – Camisa elaborada por uma das participantes



Fonte – acervo pessoal

Foto 6 – Roda de Conversa na comunidade do Taquaril



Fonte – acervo pessoal

Estas experiências destoam do ideário individualista que marca a contemporaneidade e propõe espaços de compartilhamento de ideias, crenças, histórias e angústias, onde os sujeitos possam conviver com seus próximos distantes, pessoas que em geral vivem no mesmo bairro há anos, mas que, por vezes, não se conhecem. O entrelaçamento das histórias pessoais, o particular que se torna público e ao mesmo tempo subjetivo favorecem a (re) assimilação da própria história com a criação de possibilidades e estratégias de enfrentamento do sofrimento e das dificuldades.

A promoção de saúde acontece a partir da oportunidade que os sujeitos têm de ouvir a si mesmos e aos outros, e de reformular, recriar seus modos de pensar e de estar no mundo, confrontando concepções por vezes enrijecidas e adoecedoras.

A promoção de saúde é conceituada como a produção de estilos de vida diversos, que cultivem a melhoria da qualidade de vida e o aumento da autonomia (BRASIL, 2010). Promover saúde é construir práticas que se pautem pela humanização e pelo cuidado integral, entendendo saúde como um movimento contínuo e incessante que atravessa diferentes dimensões da condição humana.

Assim, a promoção de saúde não busca a aplicação de técnicas e métodos estabelecidos a priori para a resolução de dificuldades e de carências da comunidade, mas busca potencializar sujeitos e coletivos. Desse modo podemos pensar que as rodas promovem saúde, considerando que são guiadas pelo objetivo de (re) ativar potências, articular vivências, aprender, ensinar, gerar reflexões, sensações e (re) significações.

## 7. DISCUSSÃO

### 7.1. Se a boca fala o corpo sara: a potência do diálogo e da coletividade nas rodas de conversa.

*“Perdi muito tempo até aprender que não se guarda as palavras,  
ou você as fala, as escreve, ou elas te sufocam”.*  
(Clarice Lispector)

A hegemonia do modelo biomédico apresenta limites na atenção à saúde, já reconhecida por vários autores, destacando-se o foco nas intervenções no corpo e na parte afetada; a ênfase nas ações curativas e no tratamento de doenças e a medicalização como única alternativa aos sofrimentos. Pode-se mencionar ainda pouca análise dos determinantes do processo saúde-doença, o distanciamento dos aspectos culturais implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano. Ainda prevalece a prática da clínica tradicional em que o acolhimento, a verdadeira escuta e o fomento à autonomia dos usuários são desconsiderados. Mesmo quando se pretende inovar o modelo assistencial com práticas coletivas, ela é revertida em formas clássicas de atendimento, com suas concepções estagnantes, como os grupos de renovação de receita.

A conduta de enquadrar os sintomas na “cura” pela medicalização nem sempre colabora para a produção de outras maneiras de lidar com o mal-estar que chega ao consultório do médico. Estes usuários retornam sempre e continuarão retornando até que consigam direcionar a alguém sua dor e que recebam o cuidado de que necessitam. E neste percurso são taxados de “chatos”, que “não aderem aos tratamentos”, de “poliqueixosos”, “superutilizadores”, etc.

O cuidado posicionado como um valor pode nos ajudar a (re) pensar ações que voltadas para a integralidade em saúde faça significados e sentidos para o sujeito. Pinheiro (2008) aborda a integralidade como uma construção coletiva que passa a ganhar forma e expressão nos encontros com diferentes sujeitos implicados.

Penso nas rodas de conversa como momentos de olhar e enxergar este sujeito que participa da roda, sem julgamento, definições, apontamentos, culpabilizações, valorizando as suas queixas como uma forma de expressão de “algo”, mas ao mesmo tempo ressignificando estas queixas, a partir das suas vivências, da sua vida, dos seus valores. E neste contexto da roda construímos a potência transformadora do pensar sobre mim, pensar sobre o outro, falar para o outro, falar para mim sobre mim e a partir daí agir. E eu agindo posso transformar minhas

queixas em soluções possíveis para melhorar a minha condição de vida. E me responsabilizo pela minha vida, minha saúde e pelo lugar que ocupo no mundo.

A roda de conversa é uma dinâmica ancorada nos “Círculos de Cultura” propostos por Freire que favorecem trocas de experiências e de saberes. A finalidade básica da roda de conversa é proporcionar o compartilhamento de conhecimentos, valorizando os saberes e a experiência dos participantes. Medidas como essa, são de extrema importância no âmbito da atenção primária à saúde, particularmente, na abordagem às populações vulneráveis, porque na maioria das vezes as intervenções nestes espaços são unilaterais e verticais em relação à saúde, com nenhuma participação ou escuta dos usuários.

Para Freire (2002) o ser humano tem capacidade de criar, basta oportunizar as condições e ele terá o poder e o conhecimento para proporcionar as transformações. Nesse sentido, Freire destaca a necessidade de o indivíduo ser respeitado e que seus conhecimentos e ideias sejam incorporados, tornando-o sujeito ativo pensante e crítico, com direito de se expressar, criar, analisar e debater.

As práticas grupais no cotidiano da APS, como ferramenta de promoção da saúde, integram a lista de reorientação dos serviços proposta pelo Ministério da Saúde (MS), por serem consideradas ferramentas que ampliam o entendimento do usuário sobre seus problemas e, conseqüentemente, favorecem mudanças nos hábitos de vida que constituam risco à saúde.

Participar, pertencer a um grupo significa tecermos junto um método/caminho que viabiliza a produção da saúde nas suas várias formas, utilizando-se da tecnologia leve para dar respostas aos problemas de saúde. Sobre tecnologias leves, como mencionado anteriormente, Merhy (2005) vem considerar que elas estão relacionadas à produção de vínculo, acolhimento, valorização das contribuições dos sujeitos envolvidos no grupo, permeados pelo protagonismo sobre suas condições de saúde, compreendendo-se esta em seu conceito ampliado.

Compartilho das conclusões de Almeida (2010) que o trabalho com grupos comporta duas dimensões ou potencialidades: uma terapêutica, na medida em que se favorecem os *insights* e a elaboração de questões subjetivas, interpessoais e sociais; e outra pedagógica, uma vez que se desencadeia um processo de aprendizagem partindo de reflexões sobre a experiência e elaboração do conhecimento sobre si mesmo no mundo e com o mundo.

Para ser significativo na vida de seus participantes, o grupo deve promover encontros, que estimulem a reflexão e a capacidade dos participantes de buscar soluções para seus problemas. Em Nogueira *et al* (2016) encontramos equivalência nas conclusões a respeito da participação em grupos: estimula a ressignificação das experiências, percepções, emoções e



pensamentos, assim como a construção de outros modos de agir. Além disto, proporciona a socialização, o suporte em períodos de mudanças, tratamentos ou crises e apoio na adaptação a comportamentos mais saudáveis.

Afonso e Abade (2008) destacam que as rodas de conversa são utilizadas nas metodologias participativas, tendo por objetivo a constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho, com o projeto de vida. Para que isso ocorra, as rodas devem ser desenvolvidas em um contexto onde as pessoas possam se expressar, buscando superar seus próprios medos e entraves. Ainda segundo Afonso e Abade (2008) os facilitadores das rodas de conversa podem utilizar recursos para “quebrar entraves”, mas é o grupo quem “dá a palavra final”. Conforme ressaltam essas autoras, as rodas de conversa se diferenciam de outras atividades grupais, como a terapia de grupo, pois, para o desenvolvimento das rodas os sujeitos podem se expressar ou não no grupo. Na roda de conversa a expressão dos sujeitos no grupo não precisa significar revelação de segredos, muito menos a invasão da intimidade dos participantes. As pessoas devem poder escolher o que dizer sobre si, sobre o que pensam, como agem, etc.

Assim, a roda de conversa se constitui em uma situação de diálogo entre sujeitos que têm uma história e uma singularidade. Não visa uma conversa estereotipada e impessoal, mas também não é um grupo de terapia, apesar de ter uma função terapêutica.

Souza e Cadete (2017) também propõem a roda de conversa por ser uma metodologia Freiriana de educação social afinada à educação para a saúde. Consideram que a roda de conversa apresenta uma proposta de construção e reconstrução da realidade, por meio do ato educativo reflexivo, que acontece tanto por meio da fala e da escuta, quanto por meio da discussão e da participação.

O processo de autoconhecimento – olhar para si, ficar atenta ao que acontece na própria vida e reconhecer suas relações com os sintomas inscritos no próprio corpo, correlacionar sofrimento psíquico com adoecimentos físicos é um passo importante na construção da autonomia. Problematizar, trocar informações, refletir para agir são os efeitos das rodas de conversa com as mulheres.

Encontramos em Neto e Kind (2011), nos efeitos das práticas grupais, semelhanças compatíveis com as observações no Grupo de Mulheres “Se boca fala o corpo sara”. O primeiro efeito é de suporte para condições de vida difíceis. Os usuários valorizam os grupos como ambiente de acolhimento e apoio mútuo. O segundo efeito, associado ao primeiro, é o de criação de espaços de convivência e sociabilidade. O terceiro efeito é a melhora nas condições gerais

de saúde consubstanciados na redução de medicamentos. O quarto efeito é a de troca de conhecimentos entre os usuários e entre estes e os profissionais. Essas trocas horizontais produzem também efeitos psicoterapêuticos.

Em outro estudo, com grupos similares, Nogueira *et al* (2016) na sua análise dos dados apontou três categorias temáticas que podem ser consideradas aspectos potencializadoras dos grupos na APS: O grupo é o nosso remédio; Vida saudável e aprendizado; a Liderança que vale ouro.

Quero dar destaque à categoria “o grupo é o nosso remédio” que foi construída a partir dos conteúdos relacionados ao cuidado físico, espiritual e social conquistados em um ambiente acolhedor, na companhia de pessoas que vivenciam condições semelhantes de vida. A vida compartilhada no grupo instiga o sentimento de pertencimento e formação de uma família unida, com atenção, carinho e a valorização que muitos não encontram em suas famílias. A construção de vínculos, a troca de experiência, a superação dos conflitos, produzem aprendizagem e um efeito terapêutico. Neste estudo conclui-se que a atividade grupal voltada para promoção da saúde pode contribuir para a manutenção da saúde física e mental, do autocuidado, da autonomia e do empoderamento dos indivíduos; além de diminuir a vulnerabilidade, facilitar a adesão a tratamentos, minimizar complicações de doenças.

Estes exemplos, aliados às experiências mencionadas neste trabalho, constituem outra perspectiva na produção de cuidados. Podemos pensar que o grupo é um poderoso recurso de assistência e promoção à saúde, com significativa capacidade terapêutica quando conduzidos adequadamente, evitando a transmissão vertical e impositiva do conhecimento prescritivo do profissional e considerando o saber popular ou a perspectiva do sujeito sobre sua vida.

E foi acreditando na potência do diálogo coletivo e nos seus efeitos na saúde que propus as rodas baseadas na premissa “se a boca fala o corpo sara”.

## **7.2. Saúde pública e educação popular: reorientando a forma de “fazer saúde”.**

As dimensões da educação popular em saúde diferem do treinamento ou da simples transmissão de informações (PELOSO, 2005), pois estimula a criação de um senso crítico, que provoque o entendimento, o comprometimento e a capacidade de reivindicar, de formular propostas e transformar, por meio de um processo, que a partir da ação gera-se reflexão e desta nova ação.

A política Nacional de Educação Popular em Saúde foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.761 de novembro de 2013. A incorporação da integralidade no cuidado, compreendendo as várias dimensões do ser humano, a perspectiva de protagonismo dos diversos sujeitos, o diálogo e a construção compartilhada de saberes, a valorização das culturas locais nas suas organizações, suas expressões artísticas e as possibilidades de envolvimento de outros setores na perspectiva de enfrentamento dos problemas cotidianos, são premissas da Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013).

Ainda se referindo à Política de Educação Popular em Saúde de 2013 (Pneps-SUS), citada anteriormente, gostaria de mencionar os princípios que orientam as práticas educativas no campo da saúde, as quais podemos reconhecer nas rodas de conversa desenvolvidas com as mulheres nas UBS:

- Diálogo: Expressa e intenciona colaboração, troca, interação e se faz em relação horizontal, com confiança de um no outro e respeito mútuo. Implica escuta interessada, amorosidade para o encontro, esperança na mudança de si e do outro.
- Amorosidade: Acolhê-la nas ações e nas práticas de saúde e educação significa ampliar o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais, especialmente àqueles em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem as explicações e argumentações, fortalecendo o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça.
- Problematização: Problematizar significa reconhecer a experiência prévia dos sujeitos e usá-la para identificação das situações de vida presentes no cotidiano e as potencialidades para transformá-las por meio de ações para sua superação. Essa forma de olhar a realidade, baseada na ação-reflexão-ação e no desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização, permite que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos e protagonistas na “busca do ser mais”.
- Emancipação: É um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e dos grupos de superação e da libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.
- Construção compartilhada do conhecimento: Pressupõe que o conhecimento só torna-se potente se construído a partir da ação coletiva de pessoas e tem como base a prática do diálogo que acontece no encontro com formas diferentes de compreender os diversos modos de andar na vida, na complementaridade entre as tecnologias científicas e populares e nos amplos sentidos que a saúde apresenta. (BRASIL, 2016, p.22-23).

Para Paulo Freire, a “palavra” é a ferramenta que promove a transformação do mundo e o meio pelo qual os sujeitos pronunciam sua visão de mundo e se permitem “encontrar com o outro” (FREIRE, 2003).

O processo de educar para Freire (2003) desenvolve-se por meio da comunicação horizontalizada, respeitosa, de modo a despertar a criticidade, a esperança, a fé e a confiança no outro e no mundo, características necessárias para compreender o mundo em toda a sua complexidade, diversidade e conflitos. Essa teoria parte de uma visão de mundo em que o homem dialoga e respeita o outro, mesmo quando este outro não tem a capacidade de perceber a importância dessa dinâmica.

Desta forma, o entendimento do processo ensino-aprendizagem está calcado na afirmativa de que todo ser nasce sabendo de algo, e este algo é o seu mundo e é nele que estão os elementos principais que irão despertar a curiosidade que é a mola propulsora do ato de aprender.

A educação em saúde aparece como um direcionamento para consubstanciar a prática assistencial e a promoção em saúde. Segundo Maffaccioli e Lopes (2011) os grupos podem ser oportunos para os esclarecimentos de informações sobre as doenças, para a troca de conhecimentos e experiências. A terapêutica é executada por meios não intervencionais e refere-se ao autocuidado e à proposta preventiva em relação às situações e agravos à saúde. Articulam-se o saber técnico e a informalidade do saber popular e tem-se em funcionamento espaços que de reelaboração das relações entre usuário e profissional de saúde e, com isso reorientam mesmo que pontualmente, o modelo assistencial vigente em saúde.

Na perspectiva de criação de estratégias para mobilização e participação social pelo direito à saúde, a educação popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos e grupos, favorecendo a mudança necessária (VASCONCELOS, 2007). A reflexão, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento seriam as ferramentas para o encontro trabalhador-usuário, na tentativa de aproximar os saberes, alterar as diferenças de poder e a favorecer a relação (VASCONCELOS, 2007). Buscaria, através da valorização dos saberes do educando, fomentar as “formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (VASCONCELOS, 2007). Desse modo, o coletivo seria espaço de problematização sobre os incômodos e opressões da vida social, de busca de soluções para superação dos modos de subordinação e exclusão. Revelar-se num grupo, a partir do sofrimento, pode ter alto valor terapêutico.

Nesta interação de saberes, marcados por aproximações e doações multifacetadas, a convivência é moldada por diversas mãos, toma formas, cores e as conotações mais variadas. Dessa maneira de viver e conviver emerge um jeito peculiar de encarar o mundo, de interpretar e decidir a vida (BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva podemos reorientar a forma de “fazer saúde”, para estar articulada com a realidade social e a história do sujeito participante da roda. O movimento proposto é de busca de soluções possíveis por meio de um processo contínuo de reflexão-ação-reflexão. Os movimentos de ação-reflexão estão inseridos no processo dialético freiriano quando se assume o pressuposto de que a educação compreende a autotransformação dos seres humanos, promovendo a postura interferente desses sujeitos no contexto onde estão inseridos. “O educador e o povo se conscientizam através do movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a subsequente ação no processo daquela luta” (FREIRE, 2011).

...se os homens são seres do que fazer é exatamente porque seu fazer é ação e reflexão. É práxis. É transformação do mundo. E, na razão mesma em que o que fazer é práxis, todo fazer do que fazer tem de ter uma teoria que necessariamente o ilumine. O que fazer é teoria e prática. É reflexão e ação. (FREIRE, 2011).

O grupo então consistiria não somente em lócus para a educação, mas na produção de um espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência de adoecimento ou de sua condição de vida e as formas que encontraram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, espelhem-se, apoiem-se ou criem novas formas para enfrentar situações semelhantes.

Podemos ver aqui a função do coletivo operando para efeitos terapêuticos, no aprendizado, no aumento nos graus de autocuidado e autonomia, na criação e no fortalecimento das redes sociais. Este é um dos grandes eixos para nossa composição da função do trabalho em grupos. Investigando sobre esse efeito, a forma de abordagem analítica e o objetivo reflexivo facilitariam a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas. A necessidade de compreender a si mesmo e aos outros criaria maior abertura na solução dos próprios problemas e corresponsabilização (CAMPOS, 2000).

### **7.3. O profissional de saúde nos grupos: apoiador/facilitador/mediador?**

Campos (2005), a partir de teorias da psicanálise, da pedagogia construtivista, da política, da gestão, da análise institucional, desenvolveu um método de análise e cogestão de coletivos organizados para a produção – denominado também como método Paidéia ou método da roda.

O método Paidéia buscaria através dos espaços coletivos, potencializar o papel terapêutico-político-pedagógico das relações no trabalho e no cuidado em saúde (CAMPOS, 2005). Práticas clínicas e de gestão seriam indissociáveis, na medida em que para a produção de saúde haveria que se ter a participação daquele que trabalha e daquele que sofre a intervenção, além daquele que gerencia.

A função Paideia – ou função apoio – seria ativada a partir da ampliação da capacidade dos sujeitos e coletivos de analisarem e intervirem sobre os contextos, para isso seria necessária uma prática de cogestão (CAMPOS, 2005). O apoiador – diferente da lógica do coordenador, facilitador, supervisor ou líder – ajudaria a realizar a supervisão, operacionalização e avaliação do trabalho, de forma interativa e em cogestão com os trabalhadores (ou membros do coletivo) (CAMPOS, 2005; OLIVEIRA, 2011).

O apoiador institucional teria a função de manter os espaços coletivos, criando dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes nos espaços criados; mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos; promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (OLIVEIRA, 2011).

Segundo Moreira (1999), o profissional denominado facilitador é aquele que proporciona vários encontros de histórias, de vivências e de convivência. O facilitador deve possibilitar o desenvolvimento do grupo de maneira flexível e sem predeterminantes, ou seja, o facilitador não se comporta como guia do grupo, ele propicia condições mais adequadas para seu desenvolvimento dentro do ritmo do próprio grupo, deixando que seja trabalhado o tema emergente escolhido pelo grupo, sem direcionamentos.

O facilitador é alguém que participa da roda, realizando o movimento de “entrar e sair de cena”. Estar dentro com sua formação e com sua história de vida é uma forma de estar com, apesar das diferenças de papéis no contexto da roda. Observa-se que, o compartilhar de histórias e de experiências, a circulação de afetos, em alguma medida, produz efeitos terapêuticos – diferente de uma abordagem só centrada em informações, que agrupa as pessoas para passar informações e culpabilizar o indivíduo que não cumpra a meta estabelecida.

Andaló (2006) diz que os grupos têm a função de mediação. Mediar é um processo que possibilita ao sujeito incorporar novos significados e repensar sua vida, espaço que propicia a criação de novas possibilidades, que viabiliza compartilhamentos, afetações, e que também gera inquietações. É um espaço promotor de reflexões sobre assuntos naturalizados, que faz pensar

sobre questões que não são comumente pensadas, permitindo a ampliação das possibilidades, quebrando com o que é tido como natural. Por mediação entende-se que a própria relação é o que facilita e possibilita ao sujeito a apreensão dos significados do mundo no qual está inserido, permitindo que ele se assenhere dos novos significados e assim remodele suas ações e sua vida, mostrando ao sujeito que nada é isolado (ANDALÓ, 2006).

O mediador tem um papel fundamental no grupo por estar a certa distância do que é trazido, podendo instigar reflexões, desafiando os integrantes do grupo a questionarem a posição que ocupam diante do mundo, auxiliando-os a encontrar novas respostas para velhos problemas. O mediador deve explorar a diversidade dos integrantes do grupo, aproveitando a riqueza que as diferenças proporcionam e as trocas que elas possibilitam (ANDALÓ, 2006).

É transitando pelas posições de apoiador, facilitador, mediador, ora junto, ora tomando distância, fazendo parte do círculo dos afetos e dos afetados, me envolvendo com o grupo, que vou acolhendo, respeitando, fazendo pontuações ou perguntas que abrem para os usuários outros sentidos e significados. Essas perguntas que abrem para novos sentidos e novos olhares, que favorecem a reflexão, diz respeito ao que Souza *et al.* (2014) consideram comunicação dialógica. A comunicação dialógica diz respeito a um universo no qual os serviços de saúde deveriam se apropriar mais nas Unidades Básicas de Saúde, especialmente no contexto grupal. É uma comunicação que visa à promoção de saúde por valorizar uma amplitude de temáticas e em que o profissional de saúde é parceiro na conversa, buscando ampliação de repertórios. Nela, não é preciso que haja um sujeito certo e outro errado, mas é importante que se esteja atento e curioso ao que o outro fala, com uma escuta atenta, com questionamentos que proponham reflexões com o intuito de ampliar a compreensão da fala desse outro. Na conversa dialógica não é necessário que se mude de opinião, mas é preciso que se ouçam as diferentes opiniões, possibilitando o novo, dando lugar ao diferente. Ela diz de uma postura do não saber, que é definida como a postura que o profissional constrói em uma relação horizontalizada com o outro, saindo da dualidade “quem sabe/quem não sabe”. O trabalhador da saúde tem como desafio desconstruir as intervenções centradas na queixa-conduta, potencializar as conversas, criar ambientes sem impor, sem direcionar, julgar e definir o que se tem que conversar. Essa escolha é dificultada por uma formação acadêmica, que seguindo o paradigma biomédico e a lógica das dicotomias, centra-se em práticas clínicas individuais. Há outra clínica a ser produzida no coletivo, que não seria a reprodução da lógica do atendimento individual ou da tradição da dicotomia indivíduo x coletivo.

A formação de vínculos é considerada produtora de efeitos terapêuticos e facilitadora para a grupalidade. O vínculo, para Pichon-Rivière (2007) é uma relação social particular de uma pessoa com outra, com um objeto e com o mundo. Poderíamos, a partir dele, compreender um pouco de cada pessoa, o modo com ela se relaciona, como se liga às pessoas e aos objetos no mundo, sua história, pois o fenômeno que se manifesta, naquele momento, tem sua história inscrita no sujeito que o manifesta, em seu papel e em suas identificações na vida. Reforçando esta ideia Heberle e Oliveira (2016) afirmam que o vínculo é necessário para o enfrentamento dos problemas. Declaram que é por meio do convívio e das trocas entre os participantes do grupo que nascem as reflexões a respeito das práticas de autocuidado e surgem propostas de solução para as dificuldades individuais e coletivas. Ressaltam também que o vínculo entre os usuários e com os profissionais de saúde tornam o movimento a favor da saúde mais efetivo.

O fato de o grupo ter encontros semanais fortalece os vínculos, potencializa o acompanhamento longitudinal e favorece a percepção do processo “Se a boca fala o corpo sara”, sendo os resultados percebidos tanto pelo usuário quanto pelo profissional. A convivência facilita aos usuários sentirem maior abertura para expor e dividir com os demais a experiência que têm com a doença, trazendo dúvidas e curiosidades que somente um compartilhar (troca e participação) poderia propiciar. Durante todas as rodas de conversa faz-se necessário ter atenção com a linguagem utilizada e a forma de abordar os usuários, fatores que influenciam e potencializam diretamente o diálogo.

E por fim, ao longo destes 12 anos de trabalho na atenção primária procurei desmitificar a utilização do grupo como forma de lidar com o excesso de demandas de atendimento. A minha prática deixa claro que, ao promover encontros coletivos, a escolha não tem como consequência uma clínica degradada. Pelo contrário, quando pauto o atendimento em uma relação respeitosa, de troca e intercâmbio de saberes proponho o cenário de uma clínica ampliada.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolhi a Roda de Conversa por ser um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas, estimulando assim a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, do compartilhamento de informações e da reflexão para a ação (CAMPOS, 2000).

Nestes encontros brota-se o processo do refazer-se. Podemos concluir que abrir-se para o entendimento diferenciado de como enfrentar a doença/sintomas podem significar uma escuta mais acolhedora pelo profissional de saúde e uma atenção à saúde mais integral, dialogada com os modos que cada um encontra para construir sua saúde.

Tristeza, desesperança, angústia, ansiedade, solidão, incompreensão, culpa, apatia, raiva, abandono são alguns dos sentimentos que se transformam em sofrimentos recorrentes na história de vida das mulheres da comunidade Granja de Freitas, dentre outras comunidades. E habitualmente o sofrimento somente é percebido ou localizado com o desencadeamento de sintomas físicos inscritos no corpo, levando a procura dos serviços de saúde, onde geralmente a oferta para a cura são os medicamentos. Esses nem sempre promovem resolutividade para as queixas das usuárias.

O grupo enquanto espaço de compartilhamento de experiências revela-se interessante para favorecer a criação de redes de apoio social aos processos de adoecimento e de sofrimento no cotidiano das comunidades. Mostra-se como estratégia para, a partir da valorização de diferentes modos de lidar com a situação, contribuir para o enfrentamento da doença e o autocuidado dos usuários. Acredito que o recurso da fala e o espaço para a escuta permitem a todas as participantes “clínica” sobre o sofrimento emocional e encontrar soluções individuais e comunitárias, ampliando suas redes de alternativas para enfrentar os desafios da vida.

E o fruto de relações de acolhimento, de vínculo e responsabilização contribui para o alcance de um dos principais resultados esperados com o cuidado na atenção primária que é a ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida. “Não se dá autonomia a alguém, mas é possível “interferir” sobre a capacidade e o modo de conduzir a vida”. (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que este tipo de intervenção tem limites, visto que, os determinantes sociais, sobretudo as várias formas de violência presentes no território, impactam diretamente na saúde pública e são responsáveis por grande parte do sofrimento emocional/psíquico da

comunidade. Neste sentido o sofrimento emocional/psíquico perpassa a prática clínica e constitui um processo complexo, envolvendo diversos cenários, e portanto a promoção da saúde não fica restrita ao profissional de saúde. Outros atores são necessários para atuarem no enfrentamento das vulnerabilidades sociais e contribuir para a melhoria da qualidade de vida desta população

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Maria Lúcia Miranda; ABADE, Flávia Lemos. **Para reinventar as Rodas**. 1. ed. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008.

ALMEIDA, Shirley Pereira de; SOARES, Sônia Maria. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1123-1132, jun. 2010.

ANDALÓ, Carmen. **Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural**. 1. ed. São Paulo: Ágora. 2006

BLANK, Nelson. **Raciocínio clínico e os equipamentos médicos: subsídios para a compreensão do significado do equipamento diagnóstico: terapêutica para a medicina**. 1985. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 2014.

BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, DF, vol.30, n.3, pp.634-649, 2010 ISSN 1414-9893. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>. Acesso em: 25 julho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 2.761, 19 de novembro de 2013**. Institui a política nacional de educação popular em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS). Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html) Acesso em: 14 de julho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 21 de Agosto de 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: 1. ed. Hucitec, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23; n.2, p. 399-407 Fev 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.

CAVALCANTE, Ruth; GÓIS, Cezar Wagner de Lima e Colaboradoras. **Educação Biocêntrica** Ciência, Arte, Mística, Amor e Transformação. 1. ed. Fortaleza: Edições CDH (Centro de Desenvolvimento Humano), 2015

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16. Supl. 1, p. 1547-1554. Rio de Janeiro, 2011.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em saúde: o trabalho em grupos na atenção primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, pp. 221-227, abr./jun. 2009.

FREIRE, Paulo. **Educação como Prática da Liberdade**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2002.

FREIRE, Paulo. **Educação e atualidade brasileira**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FURLAN, Paula Giovana. **Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional**. 2012. Tese (Doutorado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2012.

GONÇALVES Daniel Almeida *et al.* Intervenções psicossociais na atenção primária à saúde. *In: DUNCAN Bruce, SCHMIDT Maria Inês, GIUGLIANI Elsa e (org.) Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.* 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.1189-99.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa.** São Paulo, v.33, n.1, pp.151-161, jan/abr 2007.

GUEDES, Carla Ribeiro. **A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina.** 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva não publicada). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; JÚNIOR, Kenneth Camargo. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v 13, n.1, p. 135-144, 2008.

HEBERLE, Andréia Yess; OLIVEIRA, Lisandra Antunes. **Grupos terapêuticos em saúde mental: Uma modalidade na prática dos serviços de atenção à saúde mental.** Universidade do Oeste de Santa Catarina. UNOESC. 2016. Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-ANDR%C3%89IA-YESSHEBERLE.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença.** 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JUNIOR, Kenneth Rochel de Camargo. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

LAZZARO, Celina; ÁVILA, Lazslo. Somatização na prática médica. **Arq. Ciênc. Saúde;** São Jose do Rio Preto, v.11, n.2, p.105-108, abr.-jun. 2004.

LIPOWSKI, Zbigniew. Somatization: the concept and its clinical application. **The American Journal of Psychiatry,** 145, p.1358-68, 1988.

MAFFACCIOLLI, Rosana. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MAFFACCIOLLI, Rosana; LOPES Marta Júlia Marques. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 16, p. 973-982, Supl. 1, 2011.

MENEZES Alice Lopes do Amaral. **Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na atenção primária à saúde.** 2012. Dissertação. (Pós-graduação em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MENEZES, Alice Lopes do Amaral *et al.* Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface,** Botucatu, v.23, e1 70803. Epub Apr 04, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170803>. Acesso em 20 de agosto 2020.

MERHY, Emerson *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, Marco Antônio. **Aprendizagem significativa**. 1.ed. Brasília, Editora da UNB. 1999.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

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 da Saúde (CUSC)**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan-mar. 2010.

NETO, João Leite Ferreira, KIND, Luciana. **Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte, MG: Fapemig, 2011.

NOGUEIRA, Alyne Leite Gomes, *et al.* Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, [Internet] v.69, n.5, p.907-914, 2016. ISSN 0034-7167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>. Acesso em: 12 maio 2020.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas Campinas, 2011.

PELOSO, Ranulfo. Aprendendo e ensinando uma nova lição: educação popular e metodologia popular. **Adital**. São Leopoldo, RS. 2005. Disponível em [https://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/quintana/educacao\\_popular\\_ranulfo\\_peloso.htm](https://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/quintana/educacao_popular_ranulfo_peloso.htm). Acesso em: 26 março de 2020.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de São Joaquim Venâncio (EPSJV), 2008.

RIVIÈRE, Enrique Pichon. **Teoria dos Vínculos**. 7. ed. São Paulo. Ed Martins Fontes. 2007.

SAMPAIO, Adriano Cavalcante. **Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em cinco hospitais do Recife/PE**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2010.

SANTOS, Luciane de Medeiros *et al.* Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n.1, p. 177-184, fev 2010.

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio e TOGNONI, Gianni. **Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e Controle Social em Saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p 1227-1243, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400009>. Acesso em: 13 maio 2020.

SOUZA, Kátia Reis *et al.* O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.2, p.495-504, 2003.

SOUZA, Alcione Aguiar; CADETE, Matilde Meire Miranda. Roda de conversa: ferramenta pedagógica para a compreensão dos problemas alimentares contemporâneos. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Madri, abril-junho 2017. Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/ccss/2017/02/roda-conversa.html>. Acesso em: 15 de julho 2020.

VASCONCELOS, Eymard Mourão *et al.* **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 18-29, 2007.

VESCOSI, Renata Goltara Liboni; SOUZA, Luiz Gustavo Silva e AVELLAR, Luziane Zacché. Usuários poliqueixosos: representações sociais construídas por médicos da Atenção Primária à Saúde. **Psicologia em Estudo**, Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, v. 20, n. 1, p.71-82, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.25519>. Acesso em: 25 jul. 2020.

WENCESLAU Leandro David, ORTEGA Francisco. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu v. 19 n.55 p. 1121-1132 Epub Aug 21, 2015.