

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**

ANTONIA JESSICA ARAÚJO BRITO

GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E PRÁTICAS CORPORAIS:
Estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Básica

**BRASÍLIA
2022**

ANTONIA JESSICA ARAÚJO BRITO

GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E PRÁTICAS CORPORAIS:

Estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, como pré-requisito para a obtenção do grau de especialista, sob a orientação da Profa. Dra. Luara da Costa França e coorientação da Esp. Amanda Araújo Mendes.

BRASÍLIA

2022

Informações para elaboração de Ficha Catalográfica

Nome do Autor: Antonia Jessica Araújo Brito

Título e subtítulo: Grupo de exercícios físicos e práticas corporais: estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Instituição: Escola de Governo Fiocruz Brasília

Programa: Pós-Graduação Lato Sensu na Modalidade Presencial – Ensino em Serviço. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica.

Local e Data: Brasília/DF, março de 2022

Tipo de Trabalho: Trabalho de Conclusão de Residência

Orientadora: Luara da Costa França (Doutora)

Coorientadora: Amanda Araújo Mendes (Especialista)

Descritores: Grupo. Exercícios Físicos. Práticas Corporais. Saúde Mental. Atenção Básica. Autonarrativa. Pandemia. Covid-19.

Descrição Física: 37 páginas e 39 folhas (com capa e ficha catalográfica)

ANTONIA JESSICA ARAÚJO BRITO

GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E PRÁTICAS CORPORAIS:

Estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, como pré-requisito para a obtenção do grau de especialista.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Luara da Costa França (Orientadora)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Esp. Amanda Araújo Mendes (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Ma. Cássia de Andrade Araújo
Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Esp. Wendel de Oliveira Morais
Hospital de Base do Distrito Federal e Universidade de Brasília

Aos amigos que me acompanharam e apoiaram nesta experiência como residente.

AGRADECIMENTOS

À minha família.

À Romário, Thaís pelo apoio no campo prática.

À Carolina pelas discussões sobre Atenção Básica em um contexto de vulnerabilidades e o auxílio na condução dos casos complexos.

À Ana Cecília pelas caronas com conversas banais e divertidas e pela escuta e apoio que deu a minha saúde mental e física.

À Gilmara pelo acolhimento das angústias, elogios aos acertos e seus ensinamentos sobre como realizar o trabalho em uma Atenção Básica caótica e dinâmica.

À Keverson Hugo por sua amizade e pela ajuda nas situações de dificuldade.

À Juliana Pinho por apresentar a opção de realizar a residência em Atenção Básica, seu apoio e compreensão diária quanto a rotina de uma casa e pelo cuidado em momentos de crise.

À Livia Alves por seu amor, carinho e ajuda com o português, que me deu ânimo para prosseguir com o trabalho.

À Dory, por suas lambidas de cachorro, sua fofura, carinho, os passeios e ajuda na organização da rotina.

À Amanda Araújo Mendes pelos momentos descontraídos e de descanso, sua atenção ao meu cuidado, ajuda nas situações de dificuldade e de crise, por ter me apresentado Brasília, pessoas e atividades interessantes, pelas discussões esclarecedoras e pela co-orientação deste trabalho.

À Luara da Costa França pela sua paciente orientação na construção da pesquisa e ampliação das discussões que pude fazer e do conhecimento que pude conseguir a partir deste trabalho.

À Helena, psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Caps, pelas discussões de caso, pelo apoio aos pacientes e por acreditar nas atividades do grupo como forma de cuidado.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fiocruz Brasília.

RESUMO

O presente estudo aborda o cuidado em saúde mental na Atenção Básica a partir de experiências vivenciadas em um grupo de exercícios físicos e práticas corporais realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, cenário prático do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Trata-se de um trabalho de conclusão de residência que teve como principal questionamento: "Que efeitos um grupo de exercícios físicos e práticas corporais tem para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica?". Para responder a essa questão, foram autonarradas cenas de produção de cuidado, articuladas a aspectos teóricos de grupo como dispositivo e análise de implicação para a pesquisa. Como reflexões, observou-se implicações relacionadas à busca por uma formação profissional consistente com o modelo psicossocial e do grupo como dispositivo que efetuou mudanças nos modos de fazer especializados e manicomial, possibilitando a construção de práticas de saúde psicossociais e desinstitucionalizadas no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Palavras-chave: Grupo. Exercícios Físicos. Práticas Corporais. Saúde Mental. Atenção Básica. Autonarrativa. Pandemia Covid-19.

ABSTRACT

The present study addresses mental health care in Primary Care from experiences lived in a group of physical exercises and body practices carried out in a Basic Health Unit (UBS) in the Federal District, practical scenario of the Multiprofessional Residency Program in Primary Care of the Oswaldo Cruz Foundation Brasília. This is a residency conclusion project whose main question was: "What effects does a group of physical exercises and body practices have on mental health care in Primary Care?". To answer this question, scenes of care production were presented from a self-narrative perspective, in articulation to theoretical aspects of the group as a device and analysis of implication for the research. As reflections, implications were observed related to the search for professional training consistent with the psychosocial model and group as a device that effected changes in the specialized and asylum care practices, enabling the construction of psychosocial and deinstitutionalized health practices in the context of Primary Care.

Keywords: Group. Physical exercises. Body Practices. Mental health. Primary Care. self-narrative. Covid-19 pandemic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA.....	13
3 CENA 1: A CHEGADA E IMPACTO INICIAL DA PANDEMIA	16
4 CENA 2: O GRUPO, OS ESPECIALISTAS, A DISPUTA DE MODELOS.....	20
5 CENA 3: OS EMBATES ENTRE OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se configura como um Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Brasília. Aborda a temática da saúde mental na Atenção Básica a partir de uma autonarrativa que compartilha experiências vivenciadas em um grupo de exercícios físicos e práticas corporais realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Distrito Federal, durante a pandemia de Covid-19. O território onde está localizada a UBS é caracterizado por uma grande concentração de pessoas que tem como atividade laboral o trabalho doméstico, população com baixa renda e pouca escolaridade, em sua maioria imigrantes vindo de cidades da Região Nordeste. A atuação neste cenário prático da Residência foi iniciada em março de 2020.

As vivências que experimentei como residente e foram escolhidas para serem autonarradas e analisadas aconteceram em um grupo criado e coordenado por uma fisioterapeuta servidora vinculada ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que contou também com a participação de alguns profissionais residentes de diferentes categorias. A ação grupal foi criada antes da pandemia e foi inicialmente desenvolvida para atender pessoas da região com sintomas de dores físicas, com foco na reabilitação e prevenção através de alongamentos e exercícios físicos. Contudo, também agregava pacientes encaminhados por outros profissionais e pessoas que se interessavam pelos exercícios do grupo - como estratégia de promoção de saúde - que ocorria em praças públicas do território.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) são equipes multiprofissionais que atuam apoiando e incorporando-se às Equipes de Saúde da Família (eSF) e Atenção Básica (eAB), compartilhando práticas e conhecimentos, auxiliando no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como somando práticas que ampliem o escopo de ofertas dos serviços¹.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) é a porta de entrada da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve realizar o cuidado em saúde considerando as singularidades pessoais e socioculturais, com atividades de vigilância em saúde para embasar o planejamento e a implementação de intervenções públicas de proteção e promoção da saúde, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças com a intenção de produzir uma atenção integral à saúde¹. É uma política balizada por uma compreensão da saúde definida como um conjunto de múltiplas determinações e condições, portanto, a melhoria da saúde dos indivíduos e coletividades requisita o encontro de múltiplos

fatores e ações, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica (AB)¹. Entre as condições e fatores que devem ser abordados na AB, está a saúde mental.

O sofrimento mental é responsável por grande parte da carga global de doenças, pois as pessoas com essa condição estão mais expostas aos fatores associados ao desenvolvimento de doenças crônicas como o sedentarismo, a má alimentação, tabagismo, uso de substâncias psicoativas, inclusive drogas psiquiátricas². Os transtornos mentais também podem causar incapacidades cognitivas e laborais, assim como têm menos chances de receber tratamento adequado quando comparados a outras enfermidades, devido ao preconceito social voltado às pessoas com adoecimento mental².

A Portaria nº 3.088/2011 regulamenta a inclusão da AB e das UBS, na Rede de Atenção Psicossocial, definida como um conjunto de serviços voltados ao cuidado das pessoas com transtorno e sofrimento mental, inclusive aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas, no SUS³.

Além da garantia de cuidado integral e da realização de promoção de saúde, a importância da saúde mental na AB vem do seu potencial de contribuir com a construção de um modelo de cuidado não-manicomial e não biomédico, pautado no cuidado em liberdade e inserido na comunidade e cotidiano dos usuários, considerando, dessa forma, as pessoas e suas demandas para além de “transtornos mentais”.

Como apontam Soalheiro e Martins⁴, ao tratar de saúde mental na Atenção Básica (AB), os princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem dialogar bem com o projeto de saúde mental no SUS, que tem como base a (des)institucionalização. Este processo de (des)institucionalizar é um ato de desmantelamento do modelo de tratamento focado no manicômio/hospital - local onde não há trocas sociais - e pela ação de construção de um novo modelo pautado na liberdade e autonomia das pessoas, que vai se formando no interior das estruturas institucionais por meio da mobilização e participação, constantemente conflitiva, dos atores envolvidos⁴.

O trabalho terapêutico desenvolvido nessa perspectiva contribui para que pessoas mais ou menos doentes, tornem-se sujeitos ativos e não objetos no relacionamento com a instituição⁴. Não é um processo que visa abolir as instituições, mas que introduz entre suas práticas a (des)institucionalização com o objetivo de superar vícios de saberes que se acham completos presentes nas instituições fechadas e totalitárias que operam para o enfraquecimento da autonomia das pessoas⁴.

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado na década de 1970, tem na reforma Italiana, movida por Franco Basaglia, a referência para seus projetos de

(des)institucionalização e de criação de um novo modelo de cuidado em saúde mental, que vise a superação da abordagem manicomial. No Brasil, o referencial italiano deu impulso a mudanças legislativas, desativação de leitos psiquiátricos e a criação de novos serviços de saúde mental públicos, além de invenções e inclusão de novas abordagens e atividades, que modificaram o entendimento sobre as pessoas em situação de sofrimento psíquico no contexto familiar e sociocultural⁴. Contudo, essas estruturas anti-manicomiais, vêm sendo gradativamente desmontadas e desinvestidas - somente 1% dos recursos dedicados à saúde são investidos na saúde mental² - contribuindo para a manutenção das práticas manicomiais na saúde pública.

O diálogo com a AB está na sua aproximação com o território e a vida das pessoas e na sua proposta de construir o cuidado em saúde em conjunto com os usuários, de acordo com suas necessidades e potencialidades, envolvendo a família, a comunidade e outros coletivos, por vezes condicionantes e determinantes da vida de populações¹. As ações na AB devem auxiliar as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões e competências, assim como a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e processo de cuidado de forma mais efetiva¹.

Durante o trabalho no campo de prática da residência, percebi a tentativa de construção dos profissionais de fazer um cuidado condizente com a AB através de ações em grupo ou reunião de pessoas, utilizando diversos espaços do território e, por vezes, unindo diferentes categorias profissionais. Pude vivenciar o contato com estratégias coletivas de maneira multiprofissional em diversas situações que podem ser exemplificadas com o grupo de exercícios, automassagem, o contato com o Programa de Saúde na Escola (PSE), participação em reuniões, matriciamentos e discussões de caso.

Segundo Jorge⁵, as ações em grupo têm grandes potencialidades na Atenção Básica, especialmente no que tange à responsabilidade quanto à promoção da saúde, um dos motivos pelo qual os profissionais realizam muitas destas atividades. Cabe salientar que a pandemia de COVID-19 e, especialmente, as medidas de prevenção, como o distanciamento social, afetaram essas reuniões e as intervenções grupais, inclusive o grupo de exercícios, tendo estas que se recriar, ficar limitados ou, em alguns casos, inexistentes. A situação foi ainda agravada pelo contexto de grande fragilidade em que as políticas públicas de saúde brasileiras se encontram.

A partir do que pude experienciar durante uma residência em contexto de pandemia, da minha formação em psicologia e do constante questionamento teórico-prático sobre como manejar as condições de saúde mental na Atenção Básica, orientada pela Atenção Psicossocial e abordagens de cuidado psicossocial na AB, o Grupo de Exercícios e Práticas Corporais com

o uso da Automassagem, exercícios físicos e alongamentos, foi escolhido como cenário do estudo.

A Atenção Psicossocial é uma forma de organização do cuidado em saúde mental que se fundamenta na pretensão de conectar as dimensões social e subjetiva, assim como aborda o sofrimento psíquico como um processo complexo, que necessita de variados olhares e práticas interdisciplinares⁶. Pode-se definir abordagens psicossociais como aquelas que empregam a (des)institucionalização e a criação da autonomia possível, de modo que são

abordagens não medicalizantes e não psiquiatrizantes que visam a superação de práticas de saúde curativas individuais e organizadas por especialidades e da dicotomia entre relações sociais e subjetivas, da qual falamos. Práticas de cuidado que abordam o sofrimento das pessoas nos territórios de vida, muitas vezes tão complexos e hostis⁷.

Jorge⁵, ao refletir sobre os grupos na AB, aponta suas potencialidades enquanto processos de cuidado em saúde, devido a sua capacidade de promover a interação dos participantes, coletivização e compartilhamento de sofrimentos vivenciados. O coletivo passa a ser buscado como forma de resolução de problemas⁵. Além disso, os grupos podem ser realizados em diferentes espaços e por qualquer categoria profissional que se dedica a formação e ao trabalho com grupos, aqui incluído o espaço a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus profissionais⁵.

A importância do trabalho em grupo está baseada na crítica a uma noção de subjetividade fundamentada em uma identidade individual, que coloca o indivíduo como única fonte de suas angústias e de sua cura, lógica presente no modelo biomédico⁵. O modelo biomédico foca apenas na máquina corporal e, com isso, negligência fatores psicológicos, sociais e ambientais do adoecimento, desse modo, tem na doença seu principal objeto de estudo e intervenção profissional na saúde. Tem como características principais a medicalização, a intervenção especializada e hospitalocêntrica⁸. O grupo rompe com dicotomias indivíduo-sociedade, psicologia-sociologia e faz esse rompimento se for compreendido como dispositivo, que é aquilo que possibilita o funcionamento de modos de subjetivação⁵.

Modos de subjetivação são como jogos de verdade que produzem formas de ser sujeitos, associados a campos de saber que articulam práticas que produzem certos modos de vida⁹. Os modos de subjetivação estão relacionados aos “[...] modos en que el sujeto aparece como un objeto de una determinada relación de conocimiento y de poder”¹⁰. Já o conceito de processos de subjetivação, segundo Nardi e Ramminger¹¹, corresponde a como cada sujeito se produz a partir de certos modos de subjetivação - a maneira como cada um se constitui, através da relação com discursos e práticas. Os modos e processos de subjetivação são definidos pela

forma de relacionar-se com as regras estabelecidas em cada período histórico, o “modo de subjetivação diz respeito à forma predominante dessa relação, ao passo que o processo de subjetivação é a maneira particular como cada um estabelece essa relação em sua vida.”¹¹. Considerando essa argumentação, é possível questionar quais os modos de subjetivação que o grupo de exercícios mobilizou.

A partir dos argumentos apresentados, somados às minhas vivências de formação durante a residência no campo de prática, transpassadas pela pandemia da Covid-19, o trabalho foi estruturado com os seguintes objetivos: articular reflexões acerca das possibilidades de construção de cuidado em saúde mental na Atenção Básica em um Grupo de Exercícios Físicos e Práticas Corporais; construir reflexões sobre as experiências de cuidado em saúde mental vivenciadas no cotidiano de uma UBS em Brasília, enquanto campo de prática de um Programa de Residência em Atenção Básica; apresentar cenas de produção de cuidado em um Grupo de Exercícios e Práticas Corporais em uma UBS; analisar as implicações da autora na pesquisa. Para alcançar esses objetivos, a metodologia escolhida foi a autonarrativa, dialogando com os conceitos de dispositivo e de análise de implicação.

2 METODOLOGIA

O uso do método da autonarrativa permite que as experiências sejam intermediárias das relações entre a produção de conhecimento e acontecimentos da vida, tendo potencial formativo e transformador no processo de aprendizagem de sujeitos¹². Narrar transforma uma experiência em linguagem, que, dessa maneira, pode ser compreendida e auto organizada para gerar conhecimento, o que proporciona também que o sujeito ordene uma produção de sentido sobre o que foi por ele vivenciado¹³.

Diante disso, o objetivo foi contar a própria história, a partir do que fora por mim vivenciado e tecer discussões por meio dos acontecimentos que, para este estudo, marcam meu processo formativo como residente vinculada a um NASF, inserida no trabalho com um grupo de exercícios e práticas corporais durante a pandemia de COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde de Brasília-DF. Há, portanto, um contexto específico em que as experiências e o estudo ocorrem, desse modo, a escrita da pesquisa considerou a não autonomia de uma autora frente às suas condições históricas, de seu país, de seu tempo, que produzem um conjunto de fatores que estarão presentes no seu texto¹⁴.

A partir desse entendimento, inclui-se o conceito de "análise de implicação", que visa se debruçar sobre o processo de construção da pesquisa e leva em conta um conjunto de condições da pesquisa e da produção de conhecimento que podem ser materiais, afetivas, desejantes, entre outras¹⁵. Esta análise norteou a pesquisa no sentido de verificar o impacto que as cenas vividas ou observadas e o conhecimento produzido têm sobre a história de formação da pesquisadora e o lugar que ocupa nas relações sociais no âmbito de sua intervenção, pesquisa e no cotidiano de sua vida profissional¹⁶. Foi um esforço “em analisar as forças que operam e atravessam a pesquisa e o pesquisador: as “misturas” (pesquisadora e técnica), as angústias, os cansaços, as resistências, etc”¹⁴.

A escolha do tema vem de experiências vividas no meu processo formativo na graduação em psicologia, e, também, durante a residência. Em minha trajetória, tive contato com a produção de cuidado em saúde mental perpassado por questionamentos sobre o desenvolvimento de uma prática em saúde condizentes com o potencial da multiprofissionalidade do NASF e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da PNAB e da Reforma Psiquiátrica. No atual contexto, vivi essa atuação inserida na conjuntura da pandemia de COVID-19, trazendo novas especificidades, desafios e aprendizados.

Foram por mim vivenciadas e observadas exigências abruptas e precariamente impostas aos profissionais de saúde da UBS e aos serviços públicos, devido à pandemia, que

afetaram minhas possibilidades de aprendizado durante a residência. Desse modo, meu desejo por uma formação para além do que o contexto e o campo de prática permitiam e o cansaço em relação ao trabalho direcionado a pandemia impulsionaram uma vontade de inserção nas práticas desse grupo. Do mesmo modo, tinha esperanças de que o estado pandêmico passasse e que voltemos a construir a AB, que todos os dias passa por desafios que limitam sua efetivação, principalmente no DF, onde a organização dos serviços aconteceu de forma diferente de outros estados, a partir de três portarias publicadas em 2017 e 2018.

A escolha do tema está relacionada a minha participação na atividade também como usuária, do contato corporal com as práticas de prevenção e promoção da saúde e do reconhecimento dos efeitos que o grupo teve na minha saúde. Assim como ao estar em contato com outras formas de trabalho, com as pessoas, com as discussões interessantes e interessadas, com a movimentação do corpo e os movimentos que o grupo proporcionou nas relações com os profissionais da Unidade de Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial.

A construção da metodologia se relaciona a produção de conhecimento sem a necessidade de submissão para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos¹, contudo, houve a submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília². Além disso, a escolha dos conceitos visa analisar a experiência para promover a ampliação do seu entendimento como prática inserida na Atenção Básica à Saúde. Desse modo, cenas desse grupo foram escolhidas e tratadas como um dispositivo para discutir e refletir sobre saúde mental na AB.

“O dispositivo [...] está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam.” (FOUCAULT, 2010b, p. 246), como um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos¹⁷.

O dispositivo está sempre referido a um regime de enunciação e operando sentidos diversos. Cabe, então, perguntar: qual regime e com quais sentidos tal dispositivo se produz?¹⁸.

Além disso,

o que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca

¹ O estudo cumpriu as exigências éticas estabelecidas para a pesquisa no Brasil por meio da Resolução do n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

² Foi emitido parecer de aprovação desta pesquisa sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 53582021.5.0000.8027

para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras. Tais conexões não obedecem a nenhum plano pré-determinado, elas se fazem num campo de afecção onde partes podem se juntar a outras sem com isso fazer um todo¹⁸.

Dessa maneira, as perguntas que nortearam minha análise, articuladas a noção de dispositivo, foram: quais efeitos e sentidos foram produzidos com o Grupo de Exercícios? Quais enunciados sustentam as práticas desse grupo em específico? Para responder essas questões, narrarei algumas cenas, como um recurso analítico.

As cenas escolhidas são tratadas como mais que interações de atores em um cenário determinado, mas como resultado e resultante de um enovelado de forças que mostram e falam de um conjunto de saberes e práticas que evidenciam lugares políticos, modos de subjetivação, discursos misturados¹⁴. Dito isso, são consideradas cenas de enunciação, compostas pelos lugares sociais de quem as escreve, a quem se destina essa escrita, pelo espaço e pelo momento, não são, portanto, um dado a priori, mas uma construção¹⁹. Logo, foram escolhidas as cenas que chamaram atenção em relação aos objetivos da pesquisa e que estavam ligadas às implicações da pesquisadora.

A análise do grupo por meio do conceito de dispositivo foi a partir de 3 cenas. Cena 1, “A chegada e o impacto inicial da pandemia”, que fala das mudanças iniciais da pandemia sobre os grupos e reuniões e como o serviço e o cuidado em saúde mental se organizaram; Cena 2, “O grupo, os especialismos e a disputa de modelos”, que conta sobre a retomada do grupo em meio a pandemia, do contato com o trabalho multiprofissional e o início dos questionamentos sobre a prática profissional para a saúde mental da AB e a influência dos especialismos das categorias profissionais; Cena 3, “Os embates entre os modos de subjetivação”, que analisa a continuação do trabalho e os movimentos e conflitos que podem ser observados em profissionais e usuários da UBS e traz reflexões sobre as práticas de saúde mental que o grupo proporcionou.

3 CENA 1: A CHEGADA E IMPACTO INICIAL DA PANDEMIA

Era o primeiro dia na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde trabalharia durante todo o período da residência. Lembro-me de estar ansiosa para conhecer o local, a equipe e começar o trabalho.

Enquanto eu estava sendo apresentada à estrutura e às ações da Unidade Básica de Saúde (UBS), era notória a empolgação dos profissionais ao falar delas, assim como havia intenção da preceptoria de apresentar as atividades em grupo realizadas na instituição. Nesse mesmo dia iria acontecer o grupo de exercícios, lembro do profissional de fisioterapia organizando os cabos de vassoura que seriam usados. O grupo ocorria em praças públicas do território da UBS e atendia a pessoas com demandas de dores físicas, visando o fortalecimento músculo esquelético através de exercícios físicos e alongamentos. Além disso, era aberto às pessoas que se interessavam, tendo, portanto, foco no tratamento e prevenção de doenças e na promoção da saúde física.

Contudo, no mesmo momento em que nos preparávamos, a gerência da UBS informou que devido a pandemia todas as atividades coletivas deveriam ser imediatamente canceladas. Naquele momento, percebi o quão real era a ameaça da COVID-19 e senti muito medo e ansiedade. Foi ali que entendi que o campo de prática em Atenção Básica havia se modificado, as experiências que antes tínhamos a oportunidade de participar não existiam mais e o trabalho ficaria limitado às demandas da pandemia.

Nesse contexto inicial, cenário de indefinição, eu era atravessada por ansiedade e dúvidas relacionadas ao cuidado das pessoas do território, a atuação em saúde mental, além de tensões relacionadas ao trabalho com uma doença pouco conhecida e que poderia causar o adoecimento e a morte de profissionais da saúde e usuários do serviço. Nesse sentido, os meus esforços e os da residência foram direcionados para enfrentar a pandemia, através de aulas que visavam entender as primeiras informações sobre o coronavírus, suas formas de prevenção e como implementá-las. Além disso, em como compreender e tratar os impactos sociais e à saúde mental da população devido à pandemia e às medidas de prevenção. O contexto de minha formação na residência ficou limitado à pandemia e o trabalho prático se direcionou para criar estratégias de como cuidar da saúde na Atenção Básica em relação às necessidades da COVID-19.

Na UBS, a chegada da nova demanda e a gravidade da situação exigiu o afastamento e remanejamento de profissionais - que já eram poucos. Houve a reformulação da

estrutura de atendimento das UBS; limitação dos atendimentos dos usuários que já eram acompanhados; reformulação das escalas para atender prioritariamente o Covid-19; reorganização de espaços de isolamento para doentes e suspeitos; adaptação ao uso de tecnologias da comunicação e informação e o cancelamento das ações em grupo que já aconteciam nas UBS. Não somente atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde, mas também reuniões de discussão de caso e entre diferentes setores que constituem a rede de saúde, a rede socioassistencial e a rede comunitária.

A pandemia colocou novas formas de se relacionar com a saúde. Entre a UBS e a população do território, sua relação tornou-se perpassada por uma priorização das demandas sintomáticos respiratórios, à contaminação pelo vírus, exigências e atritos em relação às medidas de prevenção a covid-19 e à limitação da assistência a outras necessidades de saúde. Tudo isso em um território com vulnerabilidades socioeconômicas, que, em muitos casos, limitavam a efetivação das medidas de prevenção pelos usuários do serviço.

Diante disso, a UBS não conseguiu se organizar com estratégias grupais como forma de lidar com a pandemia, mesmo que o contexto exigisse uma posição mais coletiva. A UBS, como aquela que deve estar mais próxima a população, não conseguiu ser propulsora desse processo devido ao baixo quantitativo de profissionais em comparação a alta demanda nas tendas de atendimento ao COVID-19 e ainda às dificuldades de implementação do modelo de saúde proposto pela Atenção Primária, política que teve início no DF a partir de 2017. A cena mostra um cancelamento indiscriminado das atividades coletivas sem que se discutisse uma forma de reorganização do trabalho com as pessoas acompanhadas nos grupos ou coletivos.

O intuito das reflexões do estudo não é tratar de negatividades e positivities, mas apontar considerações desse processo complexo que envolveu diferentes atores em vários pontos da rede de Atenção à Saúde mundial e local, que causaram efeitos no grupo de exercícios e que se constituíram como um modo de ser e de fazer na Atenção Primária desse território específico e nesse determinado momento. Diante disso, nota-se que algumas ações teórico-práticas da Atenção Primária à Saúde se fizeram funcionar, ainda que perpassadas pela precarização existente no SUS, agravada pela pandemia.

Dentre essas ações, está a Atenção Básica como porta aberta preferencial, centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde, atentas às necessidades do território, sendo referência de cuidado da população adscrita.

Dito isso, o território de responsabilidade dessa UBS tem como algumas de suas características a vulnerabilidade socioeconômica, representado pelo número expressivo de sua população que eram contempladas pelo Programa Bolsa Família, baixos níveis de escolaridade, baixos salários e com um grande número de pessoas que tinham como função os serviços domésticos - que foram afastadas do trabalho nas residências em razão do isolamento de seus moradores. À vista disso, a pandemia, as formas de prevenção da covid-19 e o *lockdown* tiveram efeitos de agravamento destas vulnerabilidades, para além do adoecimento provocado pela coronavírus.

Destaca-se o isolamento social extenso, a precarização da vida social e econômica, violência doméstica, aumento do uso de álcool e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos²⁰ e o aumento do desemprego. Esses efeitos são considerados determinantes sociais, que representam fatores de risco para a saúde mental dos indivíduos e determinam diferenças em seus estados de adoecimento².

Além disso, a pandemia limitou as possibilidades de atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Do mesmo modo, membros servidores do NASF-AB também tiveram seu processo de trabalho alterado devido o redirecionamento de profissionais fisioterapeutas para hospitais, afastamentos pelo risco representado pela doença e suas ações práticas no serviço canceladas - grupos, reuniões, ações em escolas, atendimentos - diminuindo a capacidade resolutiva da APS. Contudo, os trabalhadores do NASF-AB, e os residentes que vieram somar ao quantitativo desses profissionais e que não ficaram limitados aos atendimentos de sintomáticos respiratórios, ainda assim tiveram que atuar com as demandas da pandemia.

Nesse contexto inicial, a minha atuação em saúde mental na pandemia se inseriu na dos profissionais de outras categorias - servidores e residentes - no sentido de contribuir com orientações sobre as medidas de prevenção do coronavírus, lidar com impactos socioeconômicos e o sofrimento mental consequentes da pandemia e isolamento social através da busca ativa, via telefone, de beneficiários do Bolsa Família. Com esse trabalho, passei a motivar as outras categorias profissionais sobre o entendimento de que qualquer um deles poderia acolher demandas de saúde mental fruto do contexto pandêmico e, dependendo da situação identificada, ter o apoio e orientação, não somente minha, mas de diferentes profissionais que compunham a ação e o serviço.

Com essa prática, fazia-se operar a interdisciplinaridade, o vínculo com a população, a escuta de sofrimentos, acolhimento de demandas e a prática da intersetorialidade em parceria de ações realizadas pelo Centro de Referência em Assistência Social - CRAS.

Considerando essas demandas, a limitação dos recursos humanos e acontecimentos, a operacionalização do grupo de exercícios e práticas corporais foi suspensa e os profissionais seguiram o fluxo para uma nova organização de trabalho, que fosse possível e atendesse as necessidades ligadas à saúde da população desse território naquele momento.

4 CENA 2: O GRUPO, OS ESPECIALISTAS, A DISPUTA DE MODELOS

Um dia decidi ir ao grupo, foi a primeira vez que encontrei com os participantes, era uma situação nova e eu não sabia bem como atuar. Ainda não havia iniciado os exercícios, estávamos esperando outros participantes chegarem e, nesse momento, uma das integrantes do grupo com quem já havia realizado alguns atendimentos sobre demandas de ansiedade me aborda e começa a contar que estava sofrendo devido a problemas familiares. Afastamo-nos e ali realizo uma breve escuta de saúde mental. Fomos interrompidas, pois os outros profissionais decidiram iniciar os exercícios e eu me juntei aos participantes na realização deles.

Lembro de sentir dores com os exercícios e de pensar que eu não me exercitava a bastante tempo. Finalizamos a atividade com uma pequena reunião sobre como elas estavam se sentindo e orientações dos outros profissionais sobre a realização dos exercícios. Após eles irem embora, um dos profissionais comenta que viu que eu atendi uma das participantes ali e que esse era o potencial da minha participação no grupo, pois só o fato de eu estar ali abriria o espaço para que elas comesçassem a trazer as questões de saúde mental. Além disso, os profissionais notavam uma demanda por contato social, pois durante a espera pelos exercícios havia muitas conversas e ao final também. Esses comentários fizeram com que eu ficasse mais motivada a trabalhar com as necessidades relacionadas à saúde mental que não necessariamente se encaixavam em diagnósticos de transtornos mentais.

Em 1º de outubro de 2020, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) publicou uma Nota Técnica com orientações para a retomada das atividades coletivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no contexto da pandemia de COVID-19. Assim, após 7 meses de cancelamento, o grupo voltou a ocorrer. Saberes e práticas relacionadas à prevenção da contaminação pelo SARS-CoV-2 perpassaram o planejamento e a execução das atividades. Houve a priorização de um local aberto e ventilado, com o uso de máscara, álcool gel, distanciamento social. Recomendações consideradas como o menor risco de transmissão do vírus em atividades coletivas presenciais, segundo a Nota Técnica (15). O local escolhido foi uma praça do território, afastada da região comercial mais movimentada. Além disso, reativamos um grupo de *WhatsApp* com os participantes, que havia ficado com pouca movimentação, e o usamos para entrar em contato com os participantes sobre a retomada das atividades.

A Nota Técnica²⁰ orienta para um retorno gradual de grupos de forma presencial e virtual e é válida enquanto o contexto de pandemia perdurar. A medida tinha como objetivo responder às necessidades de saúde da população decorrentes da pandemia pela COVID-19²⁰. Os grupos são incentivados como estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças que iriam atender a demandas de saúde agudizadas devido a desassistência às pessoas com condições crônicas e vulnerabilidades clínico sociais e o sofrimento mental, necessidades que foram ampliadas na pandemia²⁰.

Profissionais de qualquer área de conhecimento em saúde podem trabalhar com grupos nos serviços de Atenção Básica⁵. Observei que o NASF desta Unidade de Saúde em específico ficava à frente de organizar, fomentar e participar de diferentes atividades coletivas com profissionais de diferentes instituições, em parte com a presença de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com isso, um NASF-AB, que se formou com os profissionais, servidores e residentes, de diferentes áreas de conhecimento (psicologia, fisioterapia, educação física), se dedicou à leitura da nota e à reflexão sobre a retomada do grupo de exercícios. Era uma atividade já realizada na Unidade de Saúde por uma fisioterapeuta servidora do NASF, que se dispôs a movimentar a retomada da atividade e a incluir os residentes nessa experiência de trabalho. Nesse momento, me senti motivada a me inserir no grupo, devido às possibilidades de vivenciar outras práticas no campo para além das vinculadas somente às necessidades da pandemia.

As políticas de Atenção Básica e os próprios profissionais trazem um entendimento que a presença da multiprofissionalidade é um ponto de partida para a construção e a efetivação do modelo de cuidado psicossocial, focado na prevenção de doenças e na promoção de saúde, sendo doença e saúde frutos de um processo complexo e com múltiplos determinantes e condicionantes. Esse modelo de cuidado em saúde se contrapõe ao modelo biomédico focado na doença, restrito a determinantes biológicos e no tratamento hospitalar e, no caso da saúde mental, estigmatizante, com diagnósticos baseados em sintomatologias, caracterizado por internações e instituições fechadas.

Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial, apesar de ter os profissionais e direcionamentos legais e teórico-práticos, tem como um de seus desafios para a implementação do modelo psicossocial de cuidado os especialismos enrijecidos. Durante os séculos XIX e XX, as disciplinas se firmaram em especialidades, tornando-se isoladas, o que fez com que não conseguissem acompanhar a complexificação dos problemas vividos pelas pessoas na contemporaneidade²¹. A partir do final de XX, tiveram início tentativas de romper esse isolamento com alguns especialistas que começaram a desenvolver experiências de articulação

entre diferentes disciplinas e, como efeito, surgiram a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade²¹.

A Multidisciplinaridade é a união de vários conhecimentos de especialistas para um caso, em que cada um dará o seu parecer²¹. Como consequência não havia mais uma única resposta a um problema, mas várias, o que não implicou em uma alteração no quadro de questões, pois o que aconteceu foi a reunião de um conjunto de opiniões sobre um assunto, abordagem de várias disciplinas separadas em relação a um mesmo objeto²¹.

Com a interdisciplinaridade, tenta-se estabelecer mais trocas em relação a um mesmo objeto. Seu efeito, em alguns casos, foi a criação de outra especialidade como, por exemplo, a formação da psicossociologia (união da psicologia com a sociologia) e também manteve a referência a um objeto ainda como fora das especialidades, como já dado no mundo²¹.

Segundo Barros²¹, na transdisciplinaridade, a proposta é colocar em questão a própria noção de especialidade. O que é problematizado são as separações sujeito-objeto, teoria-prática, que mantém as disciplinas como saberes estagnados e hierarquizados.

O desafio a que se propõe a transdisciplinaridade é a construção de um novo objeto que, ao se construir, constrói outras formas de subjetivação. [...] Não se trata, entretanto, de negar o poder do especialista, isso seria uma farsa, farsa liberal. Cabe-nos pensar sobre seu funcionamento, sobre as práticas que têm implementado e sobre o desmonte daqueles que em seu próprio nome desqualificam as demais²¹.

Os objetos saúde e saúde mental são complexos. Investigações causais (biológica, psicológica ou sociológica) apontam que o sofrimento mental comum resulta de um grande número de fatores de vulnerabilidade, de condições sociais, redes de apoio, singularidade de cada experiência vivida, que se interagem de forma dinâmica ao longo da história de vida de cada pessoa, sem que nenhuma delas seja determinante²².

O sofrimento mental tem impacto no desenvolvimento de alguns dos principais agravos à saúde. Pode ser fator de risco, afetar a aderência a um tratamento, piorar um prognóstico e, além disso, sintomas depressivos e ansiosos estão correlacionados às doenças cardio e cerebrovascular e a diabetes²². Portanto, o foco do modelo biomédico não corresponde à realidade de vida e do processo de adoecimento²².

Nesta experiência, a potência do trabalho vem dos profissionais que integraram o grupo - alguns em processo de especialização em residência de Atenção Básica - com sua atitude de disposição em tentar quebrar a dicotomia entre teoria e prática e modificar a visão sobre o objeto - saindo de uma visão biomédica. Dessa maneira, direcionando-se a um cuidado

integral e psicossocial à saúde, que visam abarcar a complexidade do cuidado à saúde e do sofrimento mental na Atenção Básica, assim como em outros níveis de atenção à saúde.

Contudo, ainda é um contexto de transição de modelos de cuidado em que ficam evidentes resistências de profissionais da Atenção Básica, tanto da ESF quanto do NASF-AB²³. Seguindo o pensar de Soalheiro e Martins⁴, quando se lida com a saúde mental, os profissionais inclinam-se a questionamentos quanto aos limites de sua atuação, sentindo-se sem referencial teórico e técnico - comuns à prática em saúde - e sem possibilidades de lidar com certas situações difíceis. Apoiada em “paradigmas cientificistas” e especializada²¹, a hegemonia teórico-prática do modelo biomédico é apontada como outro desafio para a efetivação do modo psicossocial de cuidado.

O Modelo biomédico vem desde a formação acadêmica e, ainda que se fale na graduação dos aspectos da saúde para além do que é orgânico, é inegável a sua predominância²². A ênfase na visão apenas biomédica sobre o adoecimento produz uma recusa da subjetividade inerente ao processo saúde-doença, o que não qualifica os profissionais para lidar com afetos, recusas e subjetividades complexas⁴. Por esse motivo, é comum encontrar uma propensão em se proteger, apegando-se à especificidade de sua categoria profissional e a convicção de que a complexidade da saúde mental desautoriza o desenvolvimento de quaisquer ações eficazes neste campo⁴. Com o desenvolvimento do grupo, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, essas práticas e percepções começam a passar por um processo de questionamentos, formando novas conexões, mas não sem conflitos e resistências.

A atividade, antes da entrada dos residentes, era desenvolvida por uma única profissional, formada em fisioterapia, que trouxe a proposta do grupo com os objetivos de continuar a reabilitação de seus pacientes que tinham desenvolvido dores devido a lesões acidentais ou dores crônicas adquiridas - demanda comum na UBS - visando também preveni-las, através de alongamentos e exercícios de fortalecimento da musculatura. O grupo agregava também pessoas que se interessavam pelos exercícios e também encaminhadas devido a outras demandas de saúde como, por exemplo, diabetes e problemas cardiovasculares.

Minha inserção em um grupo de atividades físicas, com o objetivo de atender a pessoas que sentiam dores em todo ou diferentes partes de seus corpos e que estava começando a propor também uma visão de saúde integral a partir do trabalho interdisciplinar, foi algo totalmente novo em minha formação. A ação me trazia a sensação de ser muito especializada em relação a áreas como educação física e fisioterapia. Desse modo, me questionei sobre qual seria a contribuição da psicologia nesse espaço? Como tratar da saúde mental das pessoas no

contexto desse grupo? Como integrar a psicologia às outras especialidades para realizar um cuidado psicossocial?

A cena traz a percepção de que a saúde mental havia se inserido na atividade devido a presença da especialidade da psicologia. Além disso, ao me questionar sozinha sobre o papel neste grupo, isolei o saber, restringindo-me ao processo de especialização. Ao mesmo tempo, os profissionais de outras categorias se afastam do cuidado à saúde mental ao colocar a psicologia como o saber detentor das questões de saúde mental. Elementos como esses impediram, até então, a possibilidade de que novos fluxos e conexões pudessem construir novos saberes e formas de tratar a saúde mental condizentes com a AB.

A saúde mental ali promovida vinha da confiança dos usuários nos saberes dos profissionais em relação ao que é saudável e o que é cuidado em saúde - aceitando as práticas de exercícios físicos que podem promover relaxamento e alívio de dores. Assim como na confiança em produzir encontros seguros, proporcionando a socialização das participantes e acolhimento em uma situação de pandemia e isolamento social.

Além disso, mesmo que houvesse certo isolamento da psicologia, a partir das minhas interrogações houve também a busca por entender como a psicologia poderia contribuir e se integrar. Com isso, criei um espaço de discussões e tensões que forçaram questionamentos sobre a atividade com as diferentes categorias profissionais - quanto aos seus objetivos, desenvolvimento e situações de conflito dos participantes e as orientações de saúde - e a criação de momentos de fala com os participantes do grupo. Essa instrumentalização do grupo iniciou uma aproximação entre os profissionais, diminuiu os isolamentos e promoveu mudanças no objeto saúde, complexificando-o. O cuidado em saúde mental passou a fazer parte das reflexões conjuntas com outras especialidades, ao mesmo tempo em que se passou a olhar para os usuários e para a atividade para além de seus objetivos iniciais, buscando encontrar que formas de cuidado em saúde mental poderiam ser construídas.

Há nessa segunda cena um início de um trabalho em um contexto permeado por incertezas. Com a pandemia de Covid-19 e seus riscos, havia indefinições e constantes mudanças nas escalas e prioridades de trabalho, que afetaram a continuidade do grupo e os processos que ele começava a movimentar. O aumento de casos, com o início da 2ª onda de contaminação pelo coronavírus, devido ao baixo quantitativo de trabalhadores na UBS, provocaram, por meio de decisões coletivas, remanejamento de todos os profissionais para os atendimentos de acolhimento na tenda de covid-19. Com isso, após 4 meses, o grupo foi novamente suspenso.

Dessa vez, mesmo com as demandas de sintomáticos respiratórios, manteve-se o contato com os integrantes do grupo de exercícios e práticas corporais através do grupo de *WhatsApp* com o intuito de mandar informações sobre as atividades do posto, receber demandas de pacientes que estavam no grupo e/ou vivenciavam sequelas após ter contraído o coronavírus. Além disso, passamos a tentar realizar a produção de vídeos de exercícios e alongamentos. O atendimento aos pacientes pós-covid-19 era realizado de maneira individual, presencial e virtual. Dessa forma, foi mantido um mínimo contato com esse grupo de pessoas com a função de manter o tratamento e prevenção das dores, ficando claro que o entendimento da equipe sobre a importância e potência do grupo havia mudado.

5 CENA 3: OS EMBATES ENTRE OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO

Após cerca de 5 meses de funcionamento do grupo, em formato virtual, o profissional de educação propôs algumas mudanças. Os alongamentos que até então eram em pé, foram realizados deitados e sentados, com o uso de músicas relaxantes. Durante a realização do grupo, com essa nova proposta, as sensações corporais que eu e os participantes sentimos foram de tranquilidade e relaxamento. Durante o momento final, de discussão, alguns deles se abriram para falar sobre essas sensações e, além disso, compartilharam situações de sofrimento que estavam passando em suas vidas. Houve uma troca de mensagens de apoio. Naquele momento, uma usuária do serviço que vivia com fobia social, tendo vínculos apenas com familiares próximos, fez uma fala bastante emocionada de agradecimento, destacando o quanto o grupo a estava ajudando com suas dificuldades. Uma outra participante do grupo respondeu referindo ter se identificado e sentido uma “conexão” com ela, a convidando para conversar e fortalecer uma amizade em outros espaços. O diálogo entre elas me impactou, assim como marcou o restante da equipe, trazendo diversas reflexões para nós sobre o quanto o grupo se tornou uma ferramenta de cuidado potente não só para as dores físicas, mas também para questões relacionadas à saúde mental e fortalecimento de vínculos e rede de apoio.

Com a diminuição dos casos de covid-19 na tenda, eu não achava que deveria me dedicar prioritariamente aos acolhimentos de sintomáticos respiratórios. Contudo, devido ao contexto pandêmico, ao alto número de casos e ao lento processo de vacinação (motivado pela falta de vacinas), não era seguro voltar a realizar atividades coletivas no formato presencial. Organizei meu trabalho entre atendimentos individuais prioritários (virtuais e presenciais), apoio no acolhimento na tenda de covid-19, quando necessário, suporte na vacinação e reuniões de demandas compartilhadas entre a UBS com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Diante do contexto descrito acima e da experiência bem sucedida de atendimentos de fisioterapia através de videoconferências e vídeos gravados, a partir de junho de 2021, propus aos outros residentes que tentássemos realizar o grupo virtualmente, com o uso dos aplicativos *WhatsApp* e *Google Meet*. A proposta do grupo virtual foi bem recebida por parte dos participantes, porém outros não puderam devido à falta de acesso à *internet*, *smartphones* ou computadores. Com isso, houve pouca adesão dos participantes antigos, mas, à medida que as atividades aconteciam, fomos sugerindo que os usuários convidassem seus amigos e conhecidos. Posteriormente, ocorreram encaminhamentos de outros profissionais da UBS e,

como havia uma aproximação entre mim e o CAPS, passei a orientar que a instituição encaminhasse pessoas do serviço para o grupo, na tentativa de incluir também pacientes em grave sofrimento mental, de modo que se formou um novo grupo de pessoas.

Manteve-se o formato de inicialmente realizar alongamento para o corpo todo, depois foram incluídos exercícios leves, sendo acompanhadas por músicas agitadas. A partir da disposição de outro profissional, foi incluída a prática corporal da automassagem, que representou uma nova maneira de se movimentar e se conectar com o corpo, com novas possibilidades de cuidado voltadas à percepção corporal. Após a realização das práticas corporais, fazíamos o momento de conversa, em que os integrantes poderiam dizer como estavam se sentindo ou falar sobre o que quisessem. Além disso, ocorreram momentos de discussões sobre a atividade entre os profissionais.

Quando era possível, eu realizava os exercícios e a automassagem junto com os participantes, os motivando, mas também no interesse de realizar o meu autocuidado, pois percebia que a atividade contribuía com a minha saúde, o que era mais uma motivação para o trabalho. Durante todas as funções desenvolvidas na UBS, fui tomando ciência da minha necessidade de ser cuidada, principalmente devido à sobrecarga causada pelo trabalho desafiador no Sistema Único de Saúde (SUS) em contexto de precarização agravada pela pandemia. O grupo estava oferecendo esse cuidado, pois além de estar realizando as práticas corporais, eu estava motivada em construir a atividade.

Em todos os encontros virtuais, dificuldades com o uso das tecnologias se mostraram presentes para os trabalhadores e pacientes, devido ao acesso limitado à internet, a falta de conhecimento do funcionamento das plataformas digitais e o uso de aparelhos precários que dificultavam a visibilidade dos exercícios. Desse modo, no começo, houve um foco em aprender e orientar sobre o uso dos aplicativos, perceber como a informação era transmitida, observar se os participantes realizavam corretamente os exercícios físicos, para a prevenção de acidentes, e entender como estava a adaptação ao ambiente virtual. Quanto a esses aspectos, inicialmente, as avaliações sempre eram positivas, mas me mantive numa posição de incerteza quanto a elas, entendendo que poderia ser difícil questionar e se impor ante aos profissionais ou de se expor em um grupo aberto de pessoas.

Após cerca de dois meses de realização do grupo virtual, foi formado um vínculo entre os profissionais e entre todos os atores que compunham o grupo. Essa mudança foi notória quando os usuários começaram a falar mais sobre suas dores físicas, adoecimentos, preocupações com amigos e familiares, a compartilhar quando vivenciavam situações que os deixavam tristes ou ansiosos e, ainda, a dar opiniões sobre a atividade. Do mesmo modo, os

profissionais também se abriram ao diálogo entre eles, fortalecendo o vínculo entre a equipe e a atuação interdisciplinar.

No decorrer das discussões com outros trabalhadores, fui me lançando e sendo lançada a refletir e incluir em minha escuta a percepção da influência da saúde mental sobre o desenvolvimento das queixas físicas dos pacientes, assim como o sofrimento ligado ao adoecimento. Desse modo, passei a fazer interseções e condensações com os conhecimentos e práticas conseguidos com as outras categorias profissionais. Esse foi um processo desafiador, devido à formação ligada à psicopatologia e ao tratamento do sofrimento mental grave, além dos constantes pedidos por atendimentos de psicoterapia individual.

A inclusão dos tempos dedicados ao diálogo conseguiu promover a experimentação através da fala e da escuta. Segundo Barros¹⁸, essa é a potência do trabalho com os grupos, que permite o escutar do outro, dando impulso a experimentação de outros modos de existência, de outros modos de ser e de outros contextos em que subjetividades foram construídas. Esses experimentos impõem um deslocamento da vivência das angústias, fundamentalmente vividas como individuais¹⁸. Permite, assim, adentrar no campo das multideterminações, visualizar seus agenciamentos, sempre coletivos, permitindo uma intervenção de ordem coletiva e múltipla e não mais em sujeitos isolados em suas histórias privadas¹⁸. Da mesma maneira, discursos cristalizados e afetos estagnados, quando acionados pelo dispositivo grupal, abrem possibilidades de gerar inquietações que, se intensificadas, promovem deslocamentos daquilo que está naturalizado¹⁸.

A cena põe em evidência, novamente, o lugar das disciplinas e especialidades, que, de acordo com Barros²¹, são compostas por engendramentos de saber-poder que criam contornos sobre a realidade e produzem objetos de interesse ao mesmo tempo em que se constituem em sujeitos interessados. A relação estabelecida é entre sujeitos engendrados por determinados modos de subjetivação, que os constituem e constituirão seus próprios objetos. Portanto, há efeitos de sujeito nos objetos e destes sobre os sujeitos²¹.

Conforme Barros²¹, pode-se observar que no decorrer da realização desse grupo nesse formato (exercícios, alongamentos, automassagem somados aos momentos de fala) e devido aos seus efeitos, eu e os profissionais fomos sendo impulsionados a realizar reflexões e modificações teórico-práticas sobre nossos objetos, a saúde e a saúde mental. Essas consequências do grupo permitiram o contato com outros modos de subjetivação, tanto para os profissionais como para os participantes da atividade. A partir de um trabalho visando o cuidado integral e psicossocial, não isolando a saúde mental como exclusiva da psicologia, ocorreu a produção de conhecimento e articulação inter e transdisciplinar.

As teorias são práticas e a transdisciplinaridade e as críticas ao especialismo não objetivam enfraquecê-las, mas abri-las ao desenvolvimento teórico-prático a partir de conexões sobre quais os usos que se faz desses conhecimentos, a que estão servindo, quais rupturas e afirmações de vida produzem²¹. O que essa abertura a conexões tem a oferecer é a invenção, as dúvidas e inquietudes em relação às respostas que têm sido dadas até o momento²¹.

As inquietações e movimentações produzidas no grupo geram novas construções a partir das experiências dos participantes e dos profissionais que deixam seu isolamento em direção a um modelo de cuidado coletivo e complexo. Por meio da escuta das histórias de vida dos pacientes, suas realidades familiares, de trabalho e as suas vulnerabilidades sociais ficou mais evidente os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Desse modo, foi possível ampliar o entendimento e as discussões com os outros profissionais sobre a origem das dores, sua irradiação, os efeitos do sofrimento psíquico sobre sua produção, melhora ou piora.

Notei como o grupo estava dando margem para a compreensão do processo de adoecimento dos participantes e como os exercícios ajudaram com suas dores físicas, mas ainda não eram suficientes para sua remissão e que a união com o cuidado em saúde mental poderia ser potente para a sua prevenção e tratamento. Não somente das dores, mas contribuir com a saúde mental de pessoas com outras condições de saúde, mesmo as que estão presas a diagnósticos psiquiátricos e sintomas que limitam suas vidas.

Desse modo, com a inclusão de pessoas com grave sofrimento mental e o reconhecimento da necessidade do cuidado em saúde mental para pessoas não diagnosticadas, o grupo fura os discursos de transtorno mental como algo perigoso, sempre grave e relegado ao isolamento social, hospitalização e medicalização. Traz as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais para cuidados de prevenção de doenças e promoção de saúde coletivos e no seu território.

Nesse sentido, este grupo opera a desinstitucionalização, que visa a criação de novas realidades e edificação de uma nova cultura em saúde mental²⁴.

Uma maneira de se trabalhar nesse sentido é prezar por iniciativas que apostem na circulação da loucura na vida social, de modo que se criem novas formas de se relacionar a partir da reabilitação psicossocial e da inserção social, garantindo o exercício da cidadania e a viabilização de projetos de vida²⁵.

Mesmo com o entendimento sobre quais são as ações possíveis e potentes ao cuidado em relação a saúde mental no sentido de ir em direção a desinstitucionalização, esta tem como desafio

desmontar toda a estrutura manicomial que tradicionalmente separou a doença da existência global e complexa da pessoa, segregando também, dessa maneira, o doente do corpo social. [...] traz consigo um caráter prático de reconstrução permanente de saberes, discursos e ações no intuito de que novas formas de vida sejam pensadas e se tornem possíveis²⁶.

Compreender o grupo como um dispositivo, visibiliza os encontros entre discursos generalizadores acerca do que seria coletivo, do que seria individual, o que seria ser saudável ou patológico, do que seria um sujeito compartimentado e um sujeito na integralidade, por exemplo. Esses discursos comportam variações e neles se produzem embates, entrecruzamentos, infiltrações e essas misturas produzem a multiplicação de agenciamentos e singularizações¹⁸. Esse jogo de forças articula enunciados que fazem funcionar modos de subjetivação que operam sobre os integrantes do grupo, a própria compreensão de grupo, os profissionais, o processo saúde-doença, os modelos de cuidado e os paradigmas de saúde. O dispositivo produz e é alvo desses modos de subjetivação, desse modo, “linhas de subjetivação menores, parciais, poderão se fazer no dispositivo-grupo desmanchando o modo-indivíduo”¹⁸.

Na cena, a conversa das duas usuárias do grupo traz um embate entre as propostas de soluções coletivas e as tentativas de criar novos modos de cuidar da saúde que vão de encontro a subjetividades e saberes constituídos pelo modo individual e privado. Aconteceram formações de redes de solidariedade e apoio que foram perpassadas pela criação de um outro espaço de diálogo, longe do coletivo. Ou seja, o grupo gerou formação de rede de solidariedade dentro de uma construção privada.

Dito isso, observei também que quando os pacientes estavam passando por dificuldades, conflitos e tensões em suas vidas, as dores físicas pareciam se intensificar, gerando faltas e busca por atendimento individual especializado, demandando outro espaço privativo de fala para suas angústias e problemas. Dessa maneira, fazendo os profissionais voltarem a práticas cristalizadas, individualizadas e isoladas. Nesse sentido, entendo também o quanto o cuidado em saúde mental é complexo e diverso, demandando dos profissionais, equipes e usuários diferentes estratégias de cuidado para diferentes contextos em que as pessoas se encontram.

Somados aos modos de subjetivação expostos (discurso acerca do cuidar privado e coletivo), estava a inclusão das mídias digitais no cuidado em saúde, que permitiu a formação de novos vínculos, e a percepção de dificuldades ligadas às precariedades e vulnerabilidades do serviço e território. Por um período, houve um aumento no número de participantes, com isso os profissionais e usuários foram tendo mais problemas no uso das tecnologias, com *internet* e equipamentos de câmera, o que desmotivou os profissionais, desgastando o trabalho com uso

de tecnologias para o grupo - trazendo novos desafios em relação a execução no território, de forma presencial.

Devido isso, principalmente a falta de *internet*, o grupo sofreu alguns cancelamentos e depois, no final de setembro de 2021, entrou em recesso por causa da disponibilização de mais vacinas e todos os profissionais residentes e servidores do NASF foram novamente remanejados com o objetivo de dar agilidade ao processo de vacinação, realizando procedimentos administrativos, visando a diminuição dos casos de covid-19.

Apesar dos desafios e das constantes paralisações que o grupo sofreu, ele se firmou como atividade coletiva da Unidade Básica de Saúde, voltando novamente a acontecer de forma presencial em novembro de 2021, amparado pela vacinação e pela ação dos profissionais responsáveis. O grupo se constituiu como atividade de promoção, prevenção e tratamento, funcionando como um produto da ampliação do objeto de intervenção em saúde e da interdisciplinaridade, com o objetivo de construir um cuidado integral e psicossocial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo tecer reflexões sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a partir de experiências relacionadas a minha inserção, enquanto residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (AB), em um Grupo de Exercícios e Práticas Corporais, correspondendo a uma atividade realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Brasília - DF.

Foram autonarradas cenas memoráveis, transformando meu experimento prático de trabalho com o grupo em linguagem - material de estudo e reflexões. A não neutralidade do ato de construir conhecimento foi considerada através do conceito de análise de implicação para corporificar como os objetivos, as cenas e a escrita foram se constituindo a partir das minhas implicações como pesquisadora e psicóloga residente, atuando no contexto de pandemia. Desse modo, conclui-se que a minha escolha em atuar com o grupo e tê-lo como tema de estudo vem do desejo de uma formação e atuação condizentes com o modelo psicossocial de cuidado.

O grupo foi entendido como uma prática que causava efeitos e transformações, desse modo, o conceito de dispositivo possibilitou analisar as cenas a partir de sua constituição discursiva e refletir sobre quais sentidos foram operados, quais novos agenciamentos e criações foram facilitadas pelo grupo em relação à saúde mental na Atenção Básica, o modelo psicossocial de cuidado e a desinstitucionalização.

O dispositivo grupo operou uma construção de saúde a partir da busca pela interdisciplinaridade e transdisciplinaridade para o desenvolvimento de uma atividade que abarcasse a complexificação dos objetos saúde e doença. Contudo, manter momentos comunicativos, inventivos, críticos, que permitiriam criar modos de operacionalizar o modelo psicossocial em uma prática existente na UBS foi um desafio. Isso ocorreu por influência de uma multiprofissionalidade composta por categorias profissionais com formações teórico-práticas construídas a partir de entrecruzamentos de discursos e saberes pautados no modelo tradicional biomédico, respaldados por cientificismo e enraizados na cultura. Discursos e saberes sobre os objetos saúde-doença colocados como naturalmente recortados e compartimentados, que se efetuam em modos de fazer hiper-especializados e isolados. Cria-se, portanto, um desacordo teórico-prático com o objeto saúde-doença proposto pela AB, que compromete o desenvolvimento do modelo psicossocial e integral.

Do mesmo modo, ao me incluir nos debates e me questionar sobre minha prática na AB junto aos outros profissionais, que se disponibilizaram a refletir sobre a atividade a partir de uma perspectiva psicossocial, criou-se o dispositivo grupal analisado nesta pesquisa. Como

dispositivo, o grupo de exercícios de práticas corporais, foi espaço de ação e criação de práticas que permitiram furos em discursos cristalizados sobre a especialização profissional e a vivência privada e isolada de angústias. Além disso, possibilitaram rachaduras nos discursos e práticas sobre a saúde mental ligados à constituição de sujeitos diagnosticados a partir do saber da psiquiatria e restringidos pelo modelo biomédico de cuidado presente na AB. Assim, profissionais e usuários entraram em contato com outros modos de subjetivação em relação ao cuidado em saúde mental.

Isso foi possível devido a ação multiprofissional – inter e transdisciplinar – incluída em uma atividade coletiva no território, na qual houve um maior foco na saúde mental. Dessa forma, ao incluir pessoas em grave sofrimento, foi permitido que acessassem outra maneira de cuidado, que tem como base a atenção ao corpo, possibilitando encontros, formação de redes e de vínculos no seu meio social. Dessa forma, se realizou a desinstitucionalização da loucura ao retirar o peso da categorização do “transtorno mental” e do cuidado restrito ao saber psiquiátrico e psicológico, muitas vezes fonte de preconceitos e exclusão social.

A operacionalização de formas de cuidado mais coletivos e comunitárias leva tempo para se efetivar junto aos usuários, que têm em suas constituições enquanto seres formas privadas de lidar com seus problemas e receios quanto ao sigilo de suas vidas e sofrimentos, ficando muito mais preservados em atendimentos individuais. Nesse sentido, o grupo foi também dispositivo de formação de e/ou manutenção de vínculos entre todos os participantes, mesmo quando em ambiente virtual - ainda que não fosse um dos objetivos pensados inicialmente. Desse modo, foi demonstrado um efeito próprio ao dispositivo grupo e a potência do uso de tecnologias leves no cuidado em saúde na transformação de concepções sobre o cuidado.

Para minha formação, a experiência de trabalho e pesquisa com o grupo de exercícios trouxe o aprendizado de que na AB a comunicação e o trabalho com os outros profissionais são imprescindíveis para a construção de estratégias voltadas ao modelo psicossocial de cuidado. A atuação da psicologia na AB foi clarificada para mim como tendo a atribuição de questionar e visualizar aquilo que na atividade poderia contribuir ou dificultar o trabalho com a saúde mental - como preconceitos visíveis e velados, culpabilização - assim como encontrar apoiadores para a construção do modelo psicossocial de cuidado e se colocando ante as pessoas do território a partir de uma visão integral e promotora de saúde, não somente “procurando” o sofrimento mental.

Além disso, me permitiu o aprendizado de novos conhecimentos sobre a prevenção e tratamento de dores ampliando a minha atuação. Com a interseção da fala, da escuta e dos

movimentos corporais em grupo foram agregados novos conhecimentos úteis para a construção da atividade. Obtive também a confiança para fazer o grupo sem a presença das outras categorias profissionais, conduzindo a atividade a partir do estímulo à troca de saberes, assim, pude me conectar aos usuários de outra maneira, através da realização de exercícios e alongamentos, cuidando e sendo cuidada.

A análise com o conceito de dispositivo permitiu-me entender as movimentações e conflituosas do trabalho com esse grupo e no cotidiano do serviço, tanto nos participantes, quanto em mim, em um processo em que, por vezes, me sentia caminhando em direção a uma forma de cuidado mais psicossocial e depois retrocedendo. Nesse sentido, o grupo visto como dispositivo na saúde mental faz notar que a mudança de modelo é um processo lento e que exige persistência. Pois conflita com uma estrutura de saber-poder manicomial biomédica naturalizada e arraigada na cultura que vem sendo afirmada e justificada desde o século XVIII, a partir da criação do hospital psiquiátrico²⁷.

Os fundamentos sobre saúde e adoecimento ficaram mais claros, permitindo correlações com as próprias condições sociais do território, atravessados por marcadores políticos e econômicos, como vulnerabilidades sociais, o trabalho exercido por muitos dos participantes (os serviços domésticos), a presença de violências (físicas, psicológicas e institucionais), adoecimentos físicos e mentais, incômodos e a angústias associados às dores intensas em seus corpos, entre outros elementos. Esses entendimentos possibilitaram mudanças nos modos de conduzir o grupo e o cuidado em benefício dos participantes, que contribuíram para o processo de desinstitucionalização.

A experiência aqui descrita e analisada mostra que o trabalho com saúde mental na Atenção Básica e no modelo psicossocial fica mais fácil e potente quando não se age sozinho, quando há produção de conhecimento e cooperação entre os profissionais, entre eles e os usuários. Por conseguinte, a partir de um posicionamento de questionamentos, aproximação, entrecruzamentos dos saberes e práticas entre os profissionais, essa experiência contribuiu com a implementação do modelo psicossocial de cuidado em saúde, para além das temáticas específicas da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. [Acesso em 29 jun 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Saraceno B. Determinantes Sociais da Saúde Mental na Pandemia. [Internet]. In: Conferência internacional Organização Mundial de Saúde, World Association for Psychosocial Rehabilitation-BR, Universidade Católica do Salvador, Associação Brasileira de Saúde Mental, Instituto Mario Negro, UNL, organizadores. 19.06.2021. [Acesso em 19 jun de 2021]. Vídeo: 1:34. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VFFqutxcjRo>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2011 [Acesso em: 10 set 2021] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html .
4. Soalheiro N, Martins D. Atenção Psicossocial e a (des)institucionalização como eixo de cuidado. In: Soalheiro N, organizador. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 33-54.
5. Jorge MAS. As práticas grupais em saúde. In: Soalheiro N, organizador. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 199-209.
6. Venâncio AT, Leal EM, Delgado PG. O campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá. Instituto Franco Basaglia, 1997 apud Soalheiro N, Martins D. Atenção Psicossocial e a (des)institucionalização como eixo de cuidado. In: Soalheiro N, organizador. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 33-54.
7. Nicácio E organizador. Desinstitucionalização. São Paulo, 1990 apud Soalheiro N, Martins D. Atenção Psicossocial e a (des)institucionalização como eixo de cuidado apud Soalheiro N, Martins D. Atenção Psicossocial e a (des)institucionalização como eixo de cuidado. In: Soalheiro N, organizador. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 33-54.
8. Almeida AMB, França LC, Porto CMV, Gomes DRGM. Contribuições das ciências sociais para profissionais em formação da área da saúde. SANARE, Sobral - V.16 Suplemento n 01, p 82-88, 2017.
9. Foucault M. Ética, sexualidade, política. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. 392 p.
10. Castro E. Dicionario Foucault: temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2011. 874 p.

11. Nardi H, Ramminger T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. [Internet]. Rio de Janeiro: Physis. 2007. [Acesso em: 20 dez. 2021]. v. 17, n. 2, p. 265-287. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200004&lng=en&nrm=iso.
12. Bondía JL. Notas Sobre a Experiência e o Saber de Experiência. [Internet]. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro. abr. 2002. [Acesso em 10 de set de 2021] 19: p. 20-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>
13. Gai ETP. Narrativas e conhecimento. [Internet]. Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo. Jul./dez 2009 [Acesso em: 10 de set de 2021]. (5) 2: p. 137-144. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rd/article/view/1247/760>
14. França LC. Usuário ou traficante? Critérios utilizados por operadores do direito no julgamento de adolescentes flagrados com drogas ilícitas no município de Fortaleza/CE.[Internet]. [Tese]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades. 2019. [Acesso em 26 out 2021]. Disponível em:
http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/50368/3/2019_tese_lcfran%c3%a7a.pdf
15. Lourau R. Análise Institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ. 1993. 114 p.
16. Paulon SM. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. [Internet]. Psicologia & sociedade. Dez 2005. [Acesso em 10 de set de 2021] (17)3: p 18-25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YWZKDkyF5zBjQvhjJZkdK7m/?lang=pt&format=pdf>
17. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 2010b. apud França LC. Usuário ou traficante? Critérios utilizados por operadores do direito no julgamento de adolescentes flagrados com drogas ilícitas no município de Fortaleza/CE.[Internet]. [Tese]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades. 2019 [Acesso em 26 out 2021]. Disponível em:
http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/50368/3/2019_tese_lcfran%c3%a7a.pdf
18. Barros RDB. Dispositivos em ação: o grupo. Saúde Loucura. São Paulo: Hucitec; n.6, 1997. p. 183-91.
19. Piris EL, Cerqueira IB. Cenas enunciativas, interdiscursividade e argumentação: análise de uma sentença judicial. Contra Ponto, v. 3, n. 3. 2013. p. 57-69. apud França LC. Usuário ou traficante? Critérios utilizados por operadores do direito no julgamento de adolescentes flagrados com drogas ilícitas no município de Fortaleza/CE.[Internet]. [Tese]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades. 2019. [Acesso em 26 out 2021]. Disponível em:
http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/50368/3/2019_tese_lcfran%c3%a7a.pdf
20. Governo do Distrito Federal. Nota Técnica DESF/COAPS/SAIS/SES-DF - Orientações gerais acerca da retomada das atividades coletivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia (COVID-19). [Internet]. Brasília-DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria da Estratégia Saúde da Família Gerência de Apoio à Saúde da Família. 01 de outubro de 2020. [Acesso em 24 nov de 2021]. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/SEI-GDF-48206190-Nota-Te%CC%81cnica.pdf>

21. Barros RDB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Ed. Sulina da UFRGS; 2007, p. 350.

22. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [Acesso em: 25 dez. 2021]. 176 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

23. Dimenstein M et all. Integralidade em SM: coordenação e continuidade dos cuidados na atenção primária. In: Paulon S, Neves R organizadores; Penido CMF. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013 apud Soalheiro N, Martins D. Atenção Psicossocial e a (des)institucionalização como eixo de cuidado. In: Soalheiro N, organizador. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2017. p. 33-54.

24. Amorim AKMA, Dias, MA, Costa, MLF, Araújo AC, Ferreira, DS. Práticas corporais e desinstitucionalização em saúde mental: Desafios e possibilidades. [Internet]. Estudos de Psicologia. Janeiro a março de 2017. [Acesso em: 04 jul. 2021] 22(1). p. 39-49. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n1/a05v22n1.pdf>

25. Amorim AKA, Dimenstein M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. Fractal: Revista de Psicologia, 21(2), 2009; 319-335; Salles, ACR, Miranda L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. Psicologia & Sociedade, 28(2). 2016. 369-379. doi: 10.1590/1807-03102016v28n2p369 apud Amorim AKMA, Dias, MA, Costa, MLF, Araújo AC, Ferreira, DS. Práticas corporais e desinstitucionalização em saúde mental: Desafios e possibilidades. [Internet]. Estudos de Psicologia. janeiro a março de 2017. [Acesso em: 04 jul. 2021]. 22(1).p. 39-49. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n1/a05v22n1.pdf>

26. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F organizador. Desinstitucionalização. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-99; Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007 apud Amorim AKMA, Dias, MA, Costa, MLF, Araújo AC, Ferreira, DS. Práticas corporais e desinstitucionalização em saúde mental: Desafios e possibilidades. [Internet]. Estudos de Psicologia. Janeiro a março de 2017. [Acesso em: 04 jul. 2021]. 22(1).p. 39-49. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n1/a05v22n1.pdf>

27. Amarante P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: Tecendo o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica. In: Amarante organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.21-55.