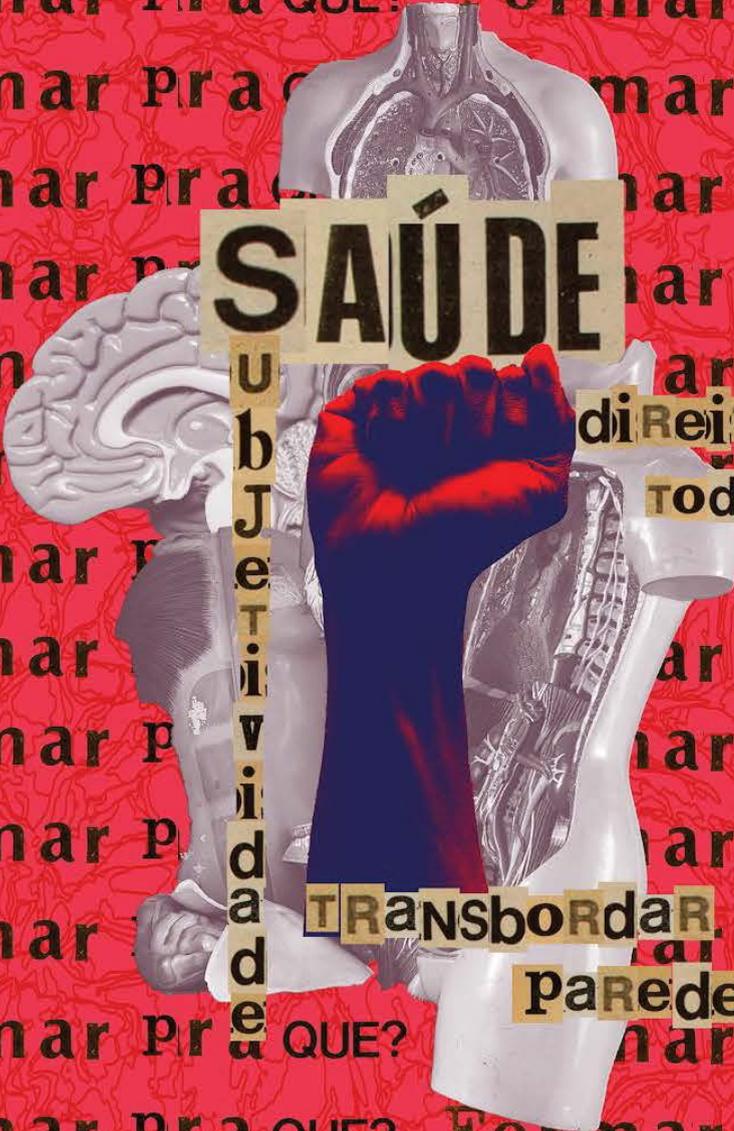


Formar Pra QUE? Formar Pra QUE?

A Promoção da Saúde e a formação: caminhos para a integralidade do cuidado no SUS



SAÚDE

U
b
J
e
T
i
v
i
d
a
d
e

diReito de
todos?

TRAnsbordar

paredeS

colagem: @vikapigatto

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FORMAÇÃO:
CAMINHOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO SUS

JÚLIA CASTRO MARTINS

PORTO ALEGRE
2020

Júlia Castro Martins

A Promoção da Saúde e a formação: caminhos para a integralidade do cuidado no SUS

Trabalho apresentado como requisito parcial
para a conclusão do Curso de Graduação em
Psicologia pela Universidade Federal do Rio
Grande do Sul

Orientadora: Vera Lúcia Pasini

Comentadora: Gislei Domingas Romanzini
Lazzarotto

Porto Alegre

2020

AGRADECIMENTOS

Como transpor em palavras o inominável? Não me parece caber nelas a profundidade dos encontros que atravessaram esta escrita. O que posso dizer, é que a teia de relações que me trouxe até aqui é coletiva e preciosa. Apesar da impossibilidade de nomear todos esses encontros, endereço minha gratidão a algumas das pessoas que muito semearam o percurso.

À Luísa, minha mãe, e ao Felipe, meu pai, que há vinte e cinco anos me permitem passear pelos territórios existenciais. Porque me ensinaram, há pouco menos do que esse tempo, que *“toda a criança tem um sonho, na verdade, vários sonhos... mas existe um que é o mais importante: o de construir uma vida melhor”*. Gracias por todo amor, cuidado e por se desdobrarem para nos transmitir o melhor de vocês, mesmo que estejamos afastadas por inúmeros quilômetros. À minha irmã, Marina, agradeço pela confiança de sempre e pelo orgulho que me proporcionas. É lindo saber que seguiremos compartilhando o campo da promoção da saúde, sempre juntas, inclusive à distância. À minha outra irmã, Fernanda, que compartilho a vida. Cumplicidade desde outros territórios mais ao sul, de longa data – até o infinito. Como é bom te ter comigo.

À Vera, que topou orientar essa caminhada e muitíssimo me ensinou ao longo dela. Obrigada, querida amiga e professora, por se fazer presente e potencializar tanto esse processo, mesmo quando a pandemia nos impossibilitava de perspectivas. Sou muito grata por te ter ao meu lado, nessa construção tão simbólica. Sigamos juntas!

À Gislei, quem marcou parada em uma Estação breve, mas muito significativa na minha trajetória. Obrigada por tecer o Fio da Meada, Gis! Ele bordou em mim a marca das Políticas Públicas. Além disso, graças a ti, sou agora uma eterna apaixonada pela educação e, esse caminho, é sem volta.

Agradeço a todas as pessoas que também participaram do percurso educativo nas instituições que tive passagem. Principalmente, às supervisoras e supervisores de estágio: Júlia, Cláudia, Jeni, Clara, Luiz, e José. Vocês me emprestaram muito.

Também, à Ilana e à Carol, residentes egressas que me inspiraram. À Carol, por toda a disponibilidade em me ajudar a traçar futuros possíveis e me ensinar sobre residência-resistência. À Ilana, por um dia ter me dito que não me imaginava em outro campo, se não, o das políticas públicas. Cá estou, buscando esse rumo.

Ao querido grupo de colegas da psicologia e da Clínica da UFRGS, espaços que mais têm me proporcionado encontros nesses tempos quarentenados. Que alegria ver os rostos de vocês (mesmo do outro lado da tela) e lembrar que a caminhada é conjunta. É um grande

alívio. Sou grata a todos os outros grupos que constituí e me constituíram. A potência dos espaços coletivos é muito valiosa. Vejo neles a força da mudança, da produção de sentidos compartilhados. Agradeço ao amado Rosinha, que nos últimos anos tem sido o grupo mais entusiástico, animado e livre. Eu amo cada uma e cada um de vocês.

Minha gratidão à Laura, presente que ganhei da psicologia, quem me pegou pela mão e me ajudou a suportar os desafios deste percurso. Amiga, muito obrigada por me emprestar tua sabedoria e teu amparo. Sou muito feliz por finalizar esse ciclo sabendo que seguimos juntas.

Ao Leo, por dividir comigo os estudos e tantos outros bons momentos. Tens aliviado muito o peso dessa caminhada e, tenho certeza, estamos só no início dela.

À Rafaela, minha dupla da vida. Obrigada por tudo que tu me apresentou, por ser espelho, onde pude te-ver-me-ver e descobrir tanto. Que continuemos sempre (nos) refletindo juntas, é incrível compartilhar a vida contigo.

À Vika, amigona artista tão inspiradora, quem deu a cara potente a esse trabalho. Gratidão por tudo que já compartilhamos e por teres embarcado nessa aventura, se fazendo presente mesmo estando no outro canto do globo. Te admiro profundamente, amiga.

À família Soibelman, que tanto me conforta, ensina e acolhe. Vocês são muito especiais para mim, obrigada por tudo.

À Aninha, minha irmã e parceira de tantas! Nossas memórias são inenarráveis e guardo cada uma delas no coração. Obrigada por teres me acompanhado ao longo desses últimos anos, trazendo a tua cumplicidade e a leveza que tanto amo.

À Lulu e à Dé, amigonas que me inspiram a ritualizar cada momento. Grata demais por todos os aspectos em que vocês fortalecem a minha vida, mulheres inspiradoras que quero lado a lado.

Ao Gustavo, pelo acalanto do melhor abraço do mundo. Por me acrescentar e cuidar tanto, todos os dias. Por me ensinar sobre o verdadeiro significado de saúde. Por ser meu amor e meu companheiro nessa viagem intensa. Pela profundidade de tudo que a gente vive. Gracias por tanto.

À todas as demais pessoas-professoras que me ensinam e atribuem sentidos através das trocas, fazendo de todo encontro potência, ensino-aprendizagem mútuo e produtor de comuns. Sem vocês, não haveria caminhos possíveis.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso busca analisar o tema da Promoção da Saúde sob a perspectiva de psicólogas egressas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. O percurso é composto por uma construção de relações, que articulam as narrativas à discussão teórico-política dos temas emergentes de forma crítica. Utiliza-se a análise temática como metodologia, a partir de narrativas colhidas em um instrumento elaborado no Google Forms, constituído por questões referentes à promoção da saúde na formação e no trabalho da Atenção Básica. A análise evidencia a relevância das ações de promoção da saúde para superar o modelo assistencial biologicista e efetivar os princípios de equidade e integralidade, sendo os grupos o principal dispositivo experienciado dentre as participantes. Aponta-se, também, os determinantes sociais da saúde enquanto elemento a potencializar a formação e a assistência, já que esses fatores são importantes condições para manifestar o conceito de saúde ampliada, proposto pelo SUS brasileiro.

Palavras Chave: Promoção da Saúde; Formação; Integralidade; Políticas Públicas; SUS.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. ENCONTRANDO O PERCURSO | 8 |
| 2. PERCORRENDO A ANÁLISE | 13 |
| 3. (RE)CONHECENDO OS COMUNS | 15 |
| 3.1 A promoção da saúde no trabalho e na formação da Residência em Saúde da Família e Comunidade | 15 |
| 3.2 Os grupos como principal dispositivo de promoção de saúde | 21 |
| 3.3 Determinantes e marcadores sociais: desafios para uma atenção integral à saúde | 25 |
| 4. SOBRE CAMINHOS POSSÍVEIS: CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 34 |
| APÊNDICE A | 38 |

“Nós somos a extensão do corpo da terra. Se ela está adoecida, o nosso corpo também está.”

(Célia Xakriabá)

1. ENCONTRANDO O PERCURSO

A escrita deste trabalho emerge da formação, experiência viva que subjetiva por meio dos encontros e vivências. Durante a graduação de Psicologia, esse percurso é marcado por um espaço-tempo que transborda a instituição de ensino formal, ainda que ela delimite uma dimensão cronológica (mais especificamente, os últimos 6 anos de Universidade Federal do Rio Grande do Sul, acrescidos [e abalados] por alguns meses pandêmicos).

As vivências formativas extrapolam as paredes das salas de aula e os muros da universidade, pois envolvem múltiplas outras aprendizagens: todas aquelas que experimentamos no plano dos encontros. Alguns desses encontros se deram nas instituições pelas quais passei ao longo da graduação. Vastos outros, não. No entanto, todos tiveram potência instituinte no percurso desta escrita.

Na passagem pelo âmbito da clínica e das políticas públicas, enquanto psicóloga em formação, pude experimentar vínculos institucionais com a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS¹, o CIPAS², o Estação PSI³, o CRAS⁴ e a SJCDH⁵. Nesses espaços, emergiram questões provocadoras e fundamentais para pensar a concepção de saúde de forma ampliada, tendo como eixo substancial no caminho formativo o olhar para os processos de subjetivação.

Durante a graduação somos convidadas a versar sobre diferentes atravessamentos constituintes de pessoas, organizações, sociedades e culturas com as quais nos implicamos ao longo do caminho. Tecendo fios dessas vivências com a literatura, esta pesquisa surge como instrumento de transposição de questões provocadoras em análise e aprendizagem. Durante os movimentos deste percurso, o paradigma sistêmico emprestará sentidos ao nosso pensamento.

Fritjof Capra (1982/2006) afirma o conceito de paradigma sistêmico (integral, ou complexo), em detrimento do cartesianismo que orienta o funcionamento do atual método científico. Em suas obras, Capra elucida os prejuízos epistemológicos provocados pelo

¹ Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, órgão auxiliar do Instituto de Psicologia.

² Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde, órgão auxiliar do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, constituído por programas continuados e projetos de intervenção focando a atenção à saúde, em caráter interdisciplinar e intersetorial.

³ Grupo ESTAÇÃO PSI - Estudo e Ação em Políticas de Subjetivar e Inventar, programa de extensão do Departamento de Psicologia Social e Institucional, no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Centro de Referência de Assistência Social, unidade pública estatal descentralizada, da política de assistência social, responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

⁵ Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Rio Grande do Sul.

cartesianismo, inviabilizadores da integralidade ao restringir as “partes” do “todo” ou o “todo” das “partes”. Em suma, o paradigma sistêmico é composto pela crítica ao pensamento e método científico cuja racionalização e hiperespecialização de certas análises provoca uma dissociação de conhecimentos, ou dos sujeitos-objetos e seus inerentes contextos-atravesamentos.

Representada pelo pensamento ocidental produzido desde o século XVII por Descartes (1983), esta perspectiva racionalista promove um dualismo que atravessa a temática da subjetividade, alienando-se do social. Ao separar a “coisa pensamento” (*res cogitans*: o sujeito ou a interioridade) da “coisa extensa” (*res extensa*: o corpo ou o mundo material), o cartesianismo sustenta um conhecimento fragmentado e uma subjetividade puramente interior, “separada e autônoma em relação ao mundo dos objetos” (FERREIRA NETO, 2011, p. 52-53).

Partindo da premissa acima, as abordagens reducionistas fragmentam o conhecimento e anulam o complexo, ocultando os problemas essenciais e desprezando as singularidades (MORIN, 2009). Enquanto proposta de resistência ao reducionismo na produção do conhecimento, entende-se o conceito de integralidade como importante articulador entre o pensamento sistêmico e a concepção de cuidado no campo da saúde, principalmente no âmbito da promoção de saúde.

Nesta perspectiva, o exercício da reflexão sobre a ética e a responsabilidade social da atuação *psi* é indispensável e demanda uma análise crítica das instituições que permeiam a saúde, os processos de adoecimento e de subjetivação. Ter em vista as interseccionalidades que atuam na produção da subjetividade, transpassada pelas múltiplas experiências, afecções, aculturações e normatizações, é essencial para forjar conhecimentos que contemplem as pluralidades dos modos de ser e de viver.

Barros (2005) se agrega a essa discussão problematizando as práticas psicológicas que, cartesianamente, impõem uma cisão entre o “indivíduo” e o coletivo, reivindicando o entendimento de uma subjetivação politizada: “O sujeito, é produto resultante de um funcionamento que é de produção inconclusa, é heterogénico. [...] A subjetividade é plural, polifônica sem nenhuma instância dominante de determinação” (2005, p. 23).

Questionando a dicotomia individual-coletivo, Feuerwerker (2014) ancora-se em Foucault, Deleuze e Guattari para afirmar a ótica da Micropolítica, que concebe as subjetividades em contínua construção pelos encontros e afecções. A autora situa a subjetividade constituída em processo, “partindo de um território e abrindo-se para outros

possíveis” (ibidem, p. 56), os quais podem ser inovadores e produtores de vida, (e por conseguinte, de saúde) ou, instituídos, e produtores de morte.

Apontando ainda para a inseparabilidade entre a prática clínica individual e a produção do social, Barros (2005) também discute a interface clínica-política, definida em sua relação com os processos de produção da subjetividade:

Porque aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar em sua função autopoietica. (p. 22)

Tal como proposto em Capra (1982/2006), Ferreira Neto (2011), Feuerwerker (2014) e Barros (2005), o modo operativo cartesiano (reducionista e colonialista) negligencia a complexidade necessária à produção de uma saúde integral (MINAYO; TORRES, 2012). Entretanto, este funcionamento, também tem atravessado o caminho formativo da psicologia, mobilizando nosso desejo de tensionar tais perspectivas individualizantes e privatistas.

Constitui-se, assim, a demanda de reflexão crítica sobre o vigente modelo assistencial da saúde. Segundo Ferreira Neto (2011), cabe às instituições acadêmico-profissionais oferecer subsídios à produção desta crítica, sobretudo, através da educação formativa, com vistas à construção de ações e serviços de saúde equânimes. A formação de profissionais que atuem no campo das políticas públicas implicados com ações ético-políticas coloca-se como condição para desempenharem papéis com um compromisso social, visando assegurar direitos.

No Brasil, a saúde é concebida enquanto direito fundamental e requer a sua garantia por meio de políticas sócio-econômicas e ações que promovam às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990). Conforme a Lei Federal Nº 8.080/1990,

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

Apesar do que rege a legislação, visualizamos em nosso percurso que a assistência à saúde segue operando em um modelo hegemonicamente biologicista. Bezerra Jr. (2007) aponta este modelo como forma de resistir indiretamente às propostas reformistas, pois preserva o funcionamento queixa-consulta e a ênfase nos tratamentos biológicos como única forma de terapêutica. Em *Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2007), o autor aponta a reforma psiquiátrica não apenas enquanto modelo assistencial, mas como proposição de

mudança paradigmática. Para isso, aborda questões pertinentes à reforma sanitária, problematizando o modelo biomédico vigente na assistência à saúde.

No modelo biologicista a clínica perde sua relação com a subjetividade e com o compromisso político de se implicar com a crítica às formas instituídas (BARROS, 2005), nos levando a uma das perguntas que motivam este trabalho: como contestar tal modo operativo, que subverte a perspectiva da integralidade da saúde em diversos pontos?

Mantendo em vista o percurso formativo e os processos de subjetivação, através da perspectiva do pensamento sistêmico, poderemos avançar à proposta deste trabalho na direção de pensar o cuidado a partir da promoção da saúde, entendendo suas determinações sociais e coletivas e atribuindo à integralidade um papel de conceito-chave.

O percurso de formação em psicologia, inicialmente apresentado, e a revisão narrativa da literatura, evidenciam as complexidades da trama social que atravessa o campo da saúde – fundamentado nos processos sócio-históricos e nas interseccionalidades individuais e coletivas. A partir desses elementos, poderemos olhar para os fatores de determinação social a fim de ampliar o entendimento de saúde, ao situá-la em um pacto social estruturante, superando a perspectiva individualista e centrada na doença que é imposta pelo modelo biomédico.

Inicialmente, realizamos a revisão narrativa da literatura nacional no portal Scielo, por meio da busca de publicações dos últimos 5 anos (2015 a 2020) sobre a saúde mental na Atenção Básica (nomenclatura empregada na política nacional, sendo também citada como Atenção Primária à Saúde [APS]). Com esse movimento, identificamos que as publicações encontradas discutem saúde mental, majoritariamente, referindo-se ao dispositivo de matriciamento pelas equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) ou pela articulação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos especializados em saúde mental. Logo, a temática das ações de saúde mental oferecidas aos usuários e usuárias nas Unidades Básicas de Saúde não protagonizou as discussões encontradas.

Entendemos que isso poderia indicar um fragilidade na produção científica sobre o cuidado integral na Atenção Básica, já que a saúde mental é componente inseparável da saúde e deve ser contemplada em todos os níveis de atenção. Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe que os serviços das Unidades Básicas atuem neste cuidado (BRASIL, 2012), que não deve ser relegado exclusivamente aos serviços especializados.

A integralidade, princípio doutrinário do SUS em todos os níveis de atenção (Brasil, 1990) exige um modelo de assistência que contemple a subjetividade e, por conseguinte,

considere aspectos da saúde mental no entendimento de saúde, para que essa possa ser compreendida em sua totalidade. Dando a ver a necessidade de ampliar a discussão da oferta de cuidado em saúde integral na atenção básica, o campo da promoção da saúde emerge como potência para repensar o modelo biomédico instituído.

Considerando que a atenção básica é a principal porta de entrada para o SUS e deveria atender a pelo menos 85% das demandas em saúde da população (MENDES, 2012), é fundamental compreendermos como a promoção da saúde está presente na formação de novos profissionais para este campo. Afinal, o trabalho de promoção é de extrema importância para a transformação dos modos reducionistas de atenção à saúde, especialmente na atenção básica.

Assim, compreendendo o processo formativo como importante dispositivo de transformação dos modos de assistência, esta pesquisa buscará investigar como a promoção da saúde comparece no trabalho e na formação de psicólogas inseridas no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, desenvolvido no contexto da Atenção Básica. A partir da análise temática dos dados colhidos no processo de pesquisa, serão discutidas as categorias emergentes da análise realizada.

2. PERCORRENDO A ANÁLISE

Nosso campo de análise compõe-se a partir da aproximação com a pesquisa “Residências Multiprofissionais em Saúde: onde estão os profissionais egressos e que dispositivos de cuidado em saúde mental estão produzindo?”⁶, que possibilitou o contato com profissionais que atuaram na atenção básica ao longo de seu percurso formativo em programas de residência.

A escuta de profissionais de diferentes categorias sobre a experiência da Residência Multiprofissional, a partir da referida pesquisa, revelou dois pontos que nos chamaram a atenção: 1) a referência às ações de promoção da saúde estavam pouco ou nada evidenciadas; 2) a recorrência de narrativas que caracterizavam o modelo de atenção dos locais (campos) de realização da Residência como centrado no indivíduo, em ações curativas e na figura médica.

A fim de aprofundar a investigação destes elementos, foi elaborado um instrumento de pesquisa na ferramenta Google Forms (apêndice A) com questões pertinentes ao tema da promoção da saúde. Convidamos a respondê-lo as psicólogas⁷ que atuaram na Atenção Básica ao longo do período analisado no estudo prévio (2007 à 2014), durante a formação de residência em Saúde da Família e Comunidade.

A escolha por uma aproximação das participantes de forma online se deveu ao atual momento de pandemia por Covid-19, bem como às recomendações do Conselho Regional de Psicologia no que tange à priorização do trabalho por meio de ferramentas de comunicação virtual (CRP-RS, 2020). Atentando também para a presente sobrecarga da categoria profissional da amostra da pesquisa e das políticas públicas (campo no qual a maioria das participantes está inserida), optou-se por colher as narrativas através da escrita.

Atenderam ao convite e responderam ao formulário três psicólogas e um psicólogo. Os dados de identificação foram solicitados por meio de campos abertos para livre preenchimento, sem opções prévias. Em relação ao gênero, as respostas foram caracterizadas como: “feminino - mulher cis”, “feminino” e “masculino”. Quanto à raça/cor, três participantes se identificaram como “branca” e uma das participantes como “parda”. As idades variaram entre 34 e 38 anos e as formações na Residência foram concluídas nos anos de 2007, 2010, 2011 e 2014.

⁶ Pesquisa coordenada pela Professora Dra. Vera Lúcia Pasini, docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da qual participo como voluntária no trabalho de Iniciação Científica (IC).

⁷ A linguagem do texto utiliza-se do artigo feminino visando o enfrentamento da perspectiva patriarcal-universalista, que compreende como representativo de *sujeito universal* o homem branco cisgênero. Além disso, reiterando que a psicologia é uma categoria profissional majoritariamente composta por mulheres, bem como a amostra de participantes da nossa pesquisa.

Por meio de perguntas fechadas (com possibilidades de respostas pré-definidas em “sim” ou “não”) e abertas (com disponibilização de espaço destinado à livre narrativa das participantes), buscou-se colher informações sobre como as profissionais que estiveram inseridas no contexto da atenção básica construíram suas experiências nesta temática. Para isso, foram abordadas questões referentes à promoção da saúde no trabalho e na formação, aos grupos enquanto dispositivos de promoção, e aos determinantes e marcadores sociais da população atendida pelos serviços.

O material produzido foi analisado pela metodologia da análise temática, proposta por Minayo (2010), com o intuito de estimar subjetivamente os resultados ao invés de medi-los objetivamente. Logo, foi utilizado o processo de tipificação do material, transposto da empiria à elaboração teórica, ao construir uma narrativa coletiva por meio da reiteração (MINAYO, 2012). Preparamos as informações colhidas; transformamos os conteúdos em núcleos de sentido e estes em unidades; categorizamos e descrevemos as unidades; e interpretamos os conteúdo emergentes. Visando garantir a diversidade de sentidos expressos pelas interlocutoras e fugindo da ideia de verdade única, atentou-se para a fidedignidade dos pontos de vista.

Delineando este trabalho como uma construção de relações em perspectiva, buscamos tecer uma narrativa articulada à discussão teórico-política dos temas. Essa perspectiva é delimitada enquanto Trabalho de Conclusão de Curso de uma psicóloga em (des)construção na UFRGS, mulher cisgênero branca, situando-se em uma posição circunscrita pela branquitude e pela cisheteronorma.

A partir dessa análise, emergiram 3 categorias de unidades: 1) A promoção da saúde no trabalho e na formação da Residência em Saúde da Família e Comunidade; 2) Os grupos como principal dispositivo de promoção da saúde; 3) Determinantes e marcadores sociais: desafios para uma atenção integral à saúde. As categorias serão apresentadas e discutidas na sequência, articuladas aos elementos teóricos que sustentam a análise empreendida sobre os temas. Algumas narrativas das participantes ganharão visibilidade no texto por meio de trechos destacados em itálico, seguidos de abreviação “Psi 1”, “Psi 2”, “Psi 3” ou “Psi 4”, que indicam quem enuncia a narrativa.

3. (RE)CONHECENDO OS COMUNS

3.1 A promoção da saúde no trabalho e na formação da Residência em Saúde da Família e Comunidade

No ano de 2005 o Ministério da Saúde definiu o Pacto Pela Vida como eixo da Agenda de Compromissos Pela Saúde, o que foi um marco da promoção da saúde no Brasil. O Pacto é composto pelos compromissos sanitários elencados como prioridades para os três entes federativos, com destaque, dentre outros objetivos, ao “aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família” (BRASIL, 2010, p. 05).

Alguns anos depois, em 2010, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) sanciona o compromisso da “ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2010, p. 06). A ratificação desse compromisso propõe que sejam compostas redes de corresponsabilidade sobre o cuidado em saúde e a qualidade de vida da população, por meio de uma política transversal, integrada e capaz de efetivar a intersetorialidade entre as diversas instituições governamentais e não governamentais da sociedade (Ibidem).

Não podemos esquecer, todavia, que o movimento de pensar caminhos para a garantia da saúde no Brasil iniciou muito anteriormente e demandou evocarmos a democracia no setor saúde antes mesmo de ser sancionada pelo governo brasileiro. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a luta pela descentralização de um sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal define os rumos da saúde, com as proposições que viriam a configurar o nascimento do SUS. Assim, nutrindo-se dos valores da Reforma Sanitária, o processo saúde-adoecimento passa a ser analisado por perspectivas tensionadoras do funcionamento biomédico, evidenciando que:

a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2010, p. 09).

A promoção da saúde, então, constitui-se como “uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro” (BRASIL, 2010, p. 10) a fim de construir ações capazes de atender às necessidades sociais, com enfoque nos aspectos determinantes do processo saúde-adoecimento (tais como a violência, o desemprego e demais direitos sociais violados). A Política Nacional de Promoção da Saúde ressalta, ainda, a crítica

à perspectiva contemporânea que aborda os modos de viver de forma fragmentária e individualizante, responsabilizando unicamente os sujeitos e as comunidades pelo processo saúde-adoecimento e as mudanças que nele ocorrem.

Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (BRASIL, 2010, p. 10-11).

Este documento define a estratégia de Promoção da Saúde por meio de intervenções que ampliem o cuidado em saúde – as quais devem tomar como objeto não apenas os problemas e necessidades de cada pessoa, mas também os fatores determinantes e condicionantes da saúde. A atenção à saúde, então, deve ser organizada para envolver tanto as ações de recuperação e tratamento, quanto às ações que visem incidir diretamente na melhoria das condições de vida.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas. [...] Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010, p. 12).

A equidade é definida por Whitehead (1992) como o trabalho de possibilitar igual qualidade do cuidado para todas as pessoas, tendo em vista as diferentes necessidades e reafirmando a contemplação das singularidades como aspecto fundamental para o cuidado. Aplicá-la enquanto princípio nas políticas públicas é um preceito para a igualdade de acesso às ações e aos serviços.

Assim como nos argumentos de construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, a relevância das atividades de promoção da saúde na Atenção Básica foi reafirmada por todas as participantes da pesquisa, principalmente pela aproximação ao princípio da integralidade e ampliação da abordagem do cuidado em saúde, melhorando a qualidade de vida dos usuários e usuárias:

Psi 3: *“Porque incidem sobre a qualidade de vida das pessoas, antecipando a existência dos agravos e adoecimentos, e tendem a reduzir a procura aos serviços de saúde por outras questões.”*

Psi 1: *“Por partilhar de um entendimento ampliado de saúde, não restrito ao esbatimento de sintomas ou cura de doenças.”*

Psi 2: *“Porque atende ao princípio da integralidade, possibilitando uma abordagem mais complexa das situações de saúde.”*

As narrativas das participantes se alinham também à Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma a Saúde da Família como a base para uma Rede de Atenção construída no panorama da integralidade (OMS, 2008). Responsável pela coordenação do cuidado no SUS (Brasil, 2012), a Atenção Básica deve “estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade” (ALMEIDA, 2018, p. 245).

Em contraponto a essa premissa e às falas das participantes, a realidade percebida pelos usuários e usuárias relatada em uma pesquisa recente aponta para outra direção. Utilizando as bases Scielo, Lilacs, BVS e Medline, a revisão da literatura realizada por Menezes et al. (2017) analisa a contribuição do trabalho de profissionais da APS brasileira ao acesso universal aos serviços de saúde e evidencia expressivos impasses:

O foco na doença, nos aspectos biológicos e nas ações curativas que mantêm o atendimento orientado pela queixa/conduita, a maior atenção às situações agudas, a centralidade nas consultas médicas (Campos et al., 2014; Coimbra et al., 2010; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2015; Souza; Garnelo, 2008; Taddeo et al., 2012), a predominância da solicitação de procedimentos especializados, exames e prescrição de medicamentos e das ações realizadas em consultório (Lima et al., 2015; Souza; Garnelo, 2008) contribuem para o aumento da demanda e redução no acesso ao cuidado em saúde (Burille; Gerhardt, 2014; Lima et al., 2007; Lima et al., 2015; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Silva; Benito, 2013; Souza et al., 2008) (MENEZES ET AL., 2017, p. 895).

Essas são algumas indicações de que o modelo assistencial vigente pode estar deixando a desejar, mesmo na atenção básica. Mas onde se engendra essa problemática?

Bezerra Jr. (2007) aponta a formação de recursos humanos enquanto um desafio determinante: os modos de trabalho exclusivamente técnicos, limitados aos procedimentos (também conceituados como tecnologias duras por Merhy, 2005) devem ser analisados criticamente. Segundo Bezerra Jr., para evitar o esmaecimento da política e a hegemonia do discurso exclusivamente técnico, é necessário que a formação suscite uma vocação crítica e criativa (ibid.).

É inegável, contudo, que os arranjos hegemônicos (biomédicos) são precisos e até suficientes em algumas situações agudas, centradas no biológico. Feuerwerker (2014) cita como exemplos “uma descompensação diabética, uma pneumonia, um infarto agudo do miocárdio, etc.” (p. 61). Porém, a autora ressalva que, quando a/o usuária/o reassumir o comando da vida, passado o momento de crise, as/os profissionais da saúde terão governabilidade drasticamente reduzida, o que torna esses arranjos ineficazes a partir de então (ibid.). É nesse ponto que a promoção da saúde faz função primordial, ao oferecer cuidado ampliado e contínuo, enriquecendo relações.

Assim, chegamos a uma valiosa intercessão entre a atenção básica e a promoção da saúde: o campo da oferta do cuidado. Salienta-se aqui a compreensão de cuidado como um paradigma que funda e orienta as formas de atenção para além do diagnóstico ou da cura de doenças, que muitas vezes negligenciam a dimensão sociopolítica do sofrimento. Para isso, a ancoragem das estratégias assistenciais deve se dar pelo exercício da ampliação não apenas da saúde, mas da cidadania. É necessário ultrapassar as condições médicas, transbordando as orientações técnicas de cada disciplina, ao âmbito político.

As queixas dos usuários e usuárias, atravessadas por fatores coletivos (epidemiológicos e culturais) constituem-se subjetivamente, uma vez que o sofrimento é singular. O Caderno de Atenção Básica Nº 34 (BRASIL, 2013) aprofunda essa questão trazendo as orientações em saúde mental para o campo da atenção básica. O sofrimento é caracterizado como “algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente” (p. 15).

Tomando como base esse mesmo Caderno (Brasil, 2013), destacamos à priori que a saúde mental não se dissocia da saúde física-biológica em cartesiano dualismo. Pelo contrário, a saúde mental constitui intrinsecamente a concepção de saúde, em sua integralidade. Dessa forma, partindo da ampliação do conceito, entendemos que promover saúde trata-se de oferecer cuidados que potencializem uma melhor qualidade de vida, para além da cura de doenças.

Para entender como a promoção da saúde ocorre na atenção primária, iniciamos a pesquisa questionando às participantes sobre a relevância das atividades de promoção para qualificar a assistência prestada pelo serviço. Todas reconheceram a importância do trabalho de promoção, ainda que uma das participantes tenha informado que essas atividades não estiveram presentes em sua formação em Saúde da Família e Comunidade. Entretanto, a mesma participante relatou experiências em atividades visivelmente marcadas pela

promoção, nos levando a inferir que nesse caso não se fazia explícita a conexão entre o desenvolvimento das atividades e a proposição teórico-técnica que as sustentava.

Entre as ações, os grupos foram o principal ou exclusivo dispositivo das atividades de promoção da saúde oferecido aos usuários e usuárias nos serviços de saúde onde as participantes estiveram inseridas no período da Residência. Além dos grupos, as campanhas de vacinação e as ações envolvendo a participação social e cultural também foram abordadas como práticas de promoção.

Na relevância das atividades de promoção da saúde, destaca-se a relação com o conceito de integralidade, em acordo ao proposto pelo paradigma complexo: *“porque atendem ao princípio da integralidade, possibilitando uma abordagem mais complexa das situações de saúde”* (Psi 2). Além de perspectiva filosófica e epistemológica, a integralidade idealmente fundamenta o atendimento em saúde no Brasil, a partir da Constituição Federal, de 1988 (BRASIL, 1988) que garante a saúde como um direito, por meio do acesso universal. Integralidade é, ao mesmo tempo, diretriz e princípio doutrinário do SUS, sendo não apenas uma concepção organizadora das ações e serviços sanitários, mas um valor base que pressupõe um único modo de compreensão possível desse sistema (MATTA, 2007).

Com a lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), a assistência integral passa a ser definida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7º). Mais especificamente, no contexto da atenção primária, encontram-se abordagens sobre o processo de cuidado integral à saúde relacionado às “intervenções capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário” (BRASIL, 2013, p. 11), sobretudo no que se refere ao aprimoramento de competências de cuidado em saúde mental na prática profissional da saúde.

A atenção integral também está relacionada ao impacto na autonomia do sujeito, na consideração de sua singularidade, inserção sociocultural, e nos fatores determinantes da saúde (BRASIL, 2013). Além das orientações técnicas das redes de atenção que direcionam as ações e serviços do SUS, resgataremos o sentido de integralidade discutido por Feuerwerker (2014) que retoma a ideia de Cecílio (2001) de articulação da integralidade às necessidades de saúde:

Necessidades de saúde que são amplas - vão desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente, assim como ter acesso a todos os serviços e tecnologias necessários. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a cadeia de cuidados (FEUERWERKER, 2014, p. 106).

A autora propõe o resgate da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, convocando o olhar para a busca não apenas dos problemas, mas também das potencialidades, redes sociais, recursos e produção das relações que se dão nos modos de vida das diferentes coletividades.

Em consonância às considerações de Feuerwerker (ibidem), a narrativa das participantes explicita a ideia da promoção da saúde para além do atendimento individual técnico-especializado, centrado na doença e limitado pelo espaço físico da unidade:

“Eu penso as ações de promoção como muito mais amplas do que aquelas que fazíamos na unidade, envolvendo outros atores estratégicos que poderiam mudar a cara dos territórios no que se refere aos determinantes.” (Psi 3)

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) preconiza estratégias para implementação, dentre elas o apoio à qualificação profissional em promoção da saúde para atuação na ESF e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Além das estratégias, as ações específicas deverão ser priorizadas por biênio, sendo algumas delas as ações voltadas à: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, alimentação saudável, prevenção e controle do tabagismo e da violência, estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

Detalhando essas ações, a Política menciona atividades de educação permanente sobre a temática da promoção; a mobilização de instituições para elaborar ações de combate à fome e aumento do acesso ao alimento saudável; a oferta de práticas corporais e lúdicas como caminhadas, esportes e atividades de lazer na rede de atenção básica; a capacitação de gestores, gestoras e demais profissionais de saúde na identificação e trabalho adequado às situações de violência intrafamiliar e sexual; o desenvolvimento de aconselhamento à população sobre estilos de vida mais saudáveis; e o uso de metodologias de reconhecimento do território em todas as suas dimensões “demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde” (BRASIL, 2010, p. 38).

“Eixos Operacionais” (p. 15) e “Temas Transversais” (p. 14) são acrescentados à PNPS posteriormente (Idem, 2018). A territorialização, a participação e controle social, a produção e disseminação de conhecimentos e saberes, compõem alguns dos Eixos definidos para concretizar as ações de promoção. Já os Temas abordam Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade; Desenvolvimento sustentável; Produção de saúde e cuidado; Ambientes e territórios saudáveis; dentre outros (Ibidem).

Os ambientes e territórios saudáveis se referem à inclusão da promoção nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, relacionando o tema aos ambientes e territórios habitados pelas populações e coletividades, de forma dialógica e participativa à comunidade. Para a concretização desse tema, apontamos uma das ações de grande potencialidade: os grupos oferecidos aos usuários e usuárias das Unidades de Saúde. Aprofundaremos esta questão na análise da próxima categoria.

3.2 Os grupos como principal dispositivo de promoção de saúde

A segunda categoria emergente da análise se refere aos grupos, que aparecem enquanto principal dispositivo de promoção da saúde na atenção primária durante as formações das residentes egressas. Pichón-Rivière (1998) define o grupo como um conjunto de pessoas ligadas entre si, que se articulam por sua mútua representação interna, e tem como finalidade a constituição de uma tarefa proposta explícita ou implicitamente. No campo da saúde coletiva, as grupalidades são potentes ferramentas para as práticas de saúde, possibilitando processos terapêuticos independentemente de esse ser seu objetivo principal (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997), uma vez que incentivam a coletividade e produções intra e intersubjetivas através das trocas.

Barros (1997) destaca as conexões estabelecidas entre os diferentes modos de existencialização, contextos de subjetividades, afetos e modos de experimentar, e caracteriza um dispositivo-grupo:

O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras. [...] Queremos o dispositivo-grupo podendo se fazer *analítico*, aquele que não nega a molaridade dos modos de funcionamento, mas põe a funcionar outros modos, inventa fugas, penetra no plano molecular de constituição de outras formas. E daí que o singular ganha expressão, emergindo do coletivo-multiplicidade, convidando as identidades ao mergulho na agitação das diferenças (BARROS, 1997, p. 105).

O reconhecimento dos grupos na qualidade de potência para a integralidade da atenção também é mencionado por Campos (2000), que ressalta não o absolutismo dessas práticas, mas a consideração dos polos “clínica individual” e “atividades coletivas” enquanto complementares.

Sustentando o que aponta a literatura, todas as participantes da pesquisa consideraram relevante a oferta de espaços grupais aos usuários e usuárias da Atenção Básica no que se refere à metodologia do trabalho de promoção da saúde. Os grupos foram afirmados enquanto espaços de formação de vínculos e fortalecimento comunitário. Sua importância foi atrelada ao proporcionar de trocas horizontais e de empoderamento aos usuários/as:

“por perceber que as atividades grupais têm um alcance maior e permitem trocas horizontais.” (Psi 1)

“para que os usuários tenham empoderamento sobre sua condição de vida, proporcionando maior auto-cuidado” (Psi 2).

As trocas horizontais mencionadas dizem respeito à aproximação entre todas as pessoas participantes dos grupos, incluindo os facilitadores ou facilitadoras. A verticalidade do saber profissional é ultrapassada pelo compartilhamento do cuidado, por meio da produção de autonomia dos usuários (e do grupo, como um todo). Assim, o cultivo da horizontalidade na relação bilateral profissional da saúde-usuário/a, por meio da maior liberdade de trocas que o grupo proporciona, pode favorecer um modelo assistencial mais humanizado, orientado às reais necessidades de cada pessoa e coletivo. Segundo uma das participantes, o dispositivo grupal:

“permite exercitar outras formas de estar socialmente, apoio entre a comunidade, aproximação lateral entre trabalhadoras e usuários.” (Psi 4).

A respeito da facilitação dos grupos, outra questão evidenciada foi o protagonismo das psicólogas residentes nestas práticas: todas compuseram atividades grupais durante a RMS, na maioria dos casos, sendo as condutoras. As experiências com grupos foram narradas como enriquecedoras e afetivas, apesar de, em alguns casos, desafiantes:

“Tinha muitas expectativas e fiquei frustrada pela pouca adesão dos usuários. Entretanto, os usuários participantes possibilitaram vivências enriquecedoras.” (Psi 2)

“Foi desafiante, em algumas atividades foi necessário reativar grupos que existiram em outros momentos... [...] a equipe estava bastante fragilizada e com dificuldade em tocar algumas ações, então os residentes foram retomando algumas ações e a equipe dando retaguarda.” (Psi 4)

O território aparece destacadamente relacionado, tanto nas propostas das atividades, quanto pelo impacto no trabalho de acordo com o momento e contexto que a comunidade vivencia.

“A atividade que eu facilitei (e que inclusive foi tema do meu tcc) foi a oficina de território com adolescentes. A ideia era conhecer o território por meio do olhar deles e construir outras narrativas sobre um território que costumava ser tão mal falado pelas pessoas de fora. [...] considero que foi interessante caminhar pelo território ouvindo suas histórias, acho que não tinham muitas pessoas que faziam isso. Percebia que eles se sentiam bem nesses encontros, às vezes orgulhosos daquele lugar, noutras querendo ir embora por não gostar, falando sobre a escola, suas relações com a família...” (Psi 3)

A percepção da melhoria no bem estar dos usuários/as participantes, a elaboração de questões psicossociais (efeito clínico), a promoção da educação e da cidadania e são outros efeitos imanentes nas atividades grupais referidas:

“Realizávamos atividades itinerantes, ocupando diferentes espaços no território, buscando promover saúde, educação e cidadania. Experiência muito rica, cheia de afetos e alegrias.” (Psi 1)

Os principais grupos referidos foram os orientativos à saúde para adultos com doença crônica (como, por exemplo, o “*Grupo Hiperdia*” [Psi 2 e 3]) e atividades com crianças ou adultos sem mencionar a doença no título do grupo (tais como “*Grupo de Caminhadas*” [Psi 4] e “*grupo de Tai-Chi-Chuan*” [Psi 1], dentre outros). No primeiro exemplo, a doença aparece em foco, já que parte-se dela para reunir os/as participantes e nomeá-lo: “*Grupo Hiperdia*” (para pessoas com hipertensão e/ou diabetes). Apesar disso, foi caracterizado como atividade de promoção da saúde por proporcionar a convivência comunitária, além de ser um espaço de orientações sobre o enfrentamento da doença.

Por outro lado, o grupo de caminhadas e o de Tai Chi Chuan, que oferecem também a riqueza das trocas coletivas, são à priori orientados à promoção, no sentido de se organizarem centrados na (e pela) saúde e não pela doença. Essa nomenclatura (“*Grupo de Caminhadas*”, por exemplo) representa uma importante mudança paradigmática na oferta do serviço, pois guia-se pela potência produtora de saúde em detrimento do foco na patologia. Ambas as propostas referidas atuam diretamente na melhoria da qualidade de vida, além de apresentarem uma multiplicidade de potências possíveis pelo trabalho com o fortalecimento das relações interpessoais e com o território, e o estímulo de hábitos mais saudáveis e produtores de vida.

Em relação às diferentes propostas de atividades grupais desenvolvidas por Equipes de Saúde da Família (ESFs), João Leite Ferreira Neto (2010) manifesta a observação de uma mudança de enfoque, partindo das práticas centradas na doença para novos eixos estruturantes dos grupos:

Os dados revelam impactos das práticas grupais na diminuição de consultas individuais e na otimização do vínculo entre usuários, profissionais e serviços. Os resultados apontam a tensão entre o dispositivo “consulta individual” e o dispositivo “práticas de grupo”. O primeiro se apresenta como marcado pelo foco na doença, enquanto o dispositivo “práticas de grupo” desfocaliza a doença, trazendo à tona outras dimensões de vida, associadas à promoção da saúde (FERREIRA NETO, 2010, p. 1119).

O Grupo de Tai Chi Chuan, já mencionado, é uma das práticas de Medicina Tradicional Chinesa propostas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares no SUS (PICS) (BRASIL, 2015). Por meio de um resgate aos valores populares de sabedorias ancestrais coletivas, essas práticas se propõem a facilitar a melhoria da qualidade de vida e aprofundar a relação das pessoas com a natureza, concebendo a saúde de forma ampliada. As PICS apontam o cuidado continuado, humanizado e integral como um dos principais pilares, “na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde” (Idem, p. 28) com ênfase no campo da atenção básica.

Em síntese, as Práticas Integrativas são dispositivos que visam qualificar a atenção à saúde e superar o modelo assistencial médico-centrado. Além disso, propiciam a reflexão sobre diversos interesses políticos e econômicos de setores que se beneficiam deste modelo – são exemplos a indústria farmacêutica e os próprios indicadores de saúde (distribuição de medicamentos, contabilização de atendimentos individuais com curto tempo de duração, entre outros) que são tão valorizados e associados ao acesso em saúde.

As atividades de participação social também foram relacionadas à promoção da saúde:

“Entendo que as diferentes ações de participação social também atuam na promoção a saúde.” (Psi 4).

Coletivos que trabalhavam com atividades lúdicas para crianças e fotográficas para adolescentes, abordando questões sobre o território e seus atravessamentos simbólicos, voltados à convivência e à melhoria da qualidade de vida, foram igualmente citados. Nos diferentes modos de dispor os grupos, são ofertadas as possibilidades de encontros e diálogos espontâneos, que podem provocar inúmeras reflexões sobre os modos de vida de cada pessoa. Além disso, é identificada a potencialidade dos grupos na produção de comuns: enlances de relações que amarram novas redes entre as pessoas participantes. Nas palavras da Psi 3:

“os grupos são potentes para promoverem encontros e contribuir para a formação de rede entre as pessoas da comunidade”

De modo geral, as temáticas trabalhadas nos grupos referidos pelas participantes relacionam-se em alguma instância à ampliação do entendimento de saúde, envolvendo hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida. O trabalho com questões familiares e territoriais (como a violência), bem como o uso racional da medicação, também foram abordados:

“Qualidade de vida, alimentação saudável, uso racional de medicação, saúde mental.” (Psi 2)

“No geral, acho que alimentação e hábitos saudáveis, relações familiares, violência. Mas alguns [grupos] eram bem abertos e falavam sobre qualquer assunto que os usuários desejassem falar, que surgisse ali na hora.” (Psi 3).

Enquanto dispositivo, os grupos reafirmam a ampliação do modelo de atenção à saúde individual, produzem identificações e comuns, efetivando a promoção da saúde por meio do fortalecimento das relações que compõem os coletivos.

3.3 Determinantes e marcadores sociais: desafios para uma atenção integral à saúde

No Brasil, como mencionamos previamente, a saúde é um direito fundamental. O bem-estar físico, psíquico e social, que define a saúde pela Constituição Brasileira (1988), requer o fortalecimento não apenas das ações e serviços das políticas de saúde, como também das demais políticas públicas sociais e econômicas. Logo, para a garantia da saúde como direito, é necessária a atuação direta nos riscos, agravos e outros fatores sociais condicionantes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, citados no art. 3º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Todavia, o Brasil ainda se situa dentre os países com maiores desigualdades de saúde sistemáticas entre grupos populacionais, conceituadas como iniquidades em saúde. Além de complexas e relevantes, as iniquidades em saúde são injustas e evitáveis (WHITEHEAD, 1992), e o SUS é essencial para que continuemos avançando nas possibilidades de enfrentá-las. Esse caminho de enfrentamento é fortalecido pela promoção da saúde que, sob a ótica da integralidade, pretende atuar nos fatores determinantes e condicionantes sociais, o que requer apropriar-se do processo constitutivo desses fatores.

Ressaltamos que as participantes afirmaram em consenso a relevância das atividades de promoção da saúde, sendo referido que, além das metodologias grupais vivenciadas durante a RMS, outras atividades de promoção deveriam ser oferecidas aos usuários e usuárias. Foram sugeridas ações individuais, intersetoriais, de ambiência e de psicoeducação, conforme a singularidade da demanda de cada pessoa. Destacamos as palavras da única participante que utilizou especificamente o conceito de *“determinantes sociais da saúde”* para citar ações de promoção que poderiam ser propostas nos serviços de atenção básica, além dos grupos já referidos:

“Acho que poderiam acontecer mais ações intersetoriais e que incidissem sobre os determinantes sociais da saúde, tais como saneamento, coleta de lixo, qualidade da água... Hoje em dia eu penso as ações de promoção como muito mais amplas do que aquelas que

fazíamos na unidade, envolvendo outros atores estratégicos que pudessem mudar a cara dos territórios no que se refere aos determinantes. Mas, entendo que isso é difícil de ser executado e não consigo pensar em uma ação especificamente.” (Psi 3).

Cabe destacar novamente, a importância da relação com o território para efetivar o trabalho de promoção, que se apresenta nas narrativas das demais participantes quando propõem outras atividades (além dos grupos):

“Trabalho junto aos meios de comunicação local.” (Psi 2)

“Atividades eventuais no território.” (Psi 4).

Entendemos que atuar no território também é agir diretamente nos determinantes sociais, ainda que essa relação não tenha sido especificamente estabelecida pelas participantes, em exceção da Psi 3.

Chama atenção o fato de que o conceito de determinantes sociais aparece pouco ao longo das narrativas das participantes, pois a temática é de grande importância para o trabalho da saúde, principalmente na Atenção Básica, campo de relações longitudinais com as famílias e a comunidade. Entendemos esta ausência relacionada aos processos sócio-históricos envolvidos no acesso à cidadania em países como o Brasil, latinoamericano colonizado.

Souza (2020) destaca que as raízes da determinação social excedem a questão demográfica, localizando-se na dinâmica e estrutura do modo de produção.

A reprodução da dinâmica universal do capital se particulariza, entre outras mediações, na (e pela) saúde, evidenciando seu caráter social. Como afirma Laurell, isso vale tanto para o nível individual de saúde, quanto para o coletivo e, no caso ora analisado, em termos globais. Aqui convém a ressalva de que reconhecer tal caráter não significa anular as determinações biológicas da saúde, ao contrário disso, significa elevá-las a um novo patamar de existência (SOUZA, 2020, p. 2472).

O modo de produção capitalista neoliberal, nascido no sistema patriarcal que o abastece incessantemente, reforça as desigualdades sociais e intensifica as iniquidades em saúde. Nos últimos anos esse funcionamento voltou a se enrijecer no Brasil e mantém-se em radical ascensão ao redor do globo. As forças deste modo de produção e as relações sociais (de poder) que dele decorrem revelam-se produtoras de diferenças nos perfis de saúde, como denuncia Souza (ibid.) quanto à determinação social na epidemiologia, como se evidencia na emergência da pandemia de Covid-19.

A discussão e o tensionamento do pacto social alicerçado no modo produtivista é um importante legado de Marx (2013) e também de Foucault (2008). Esses autores, por diferentes perspectivas epistemológicas, problematizam a relação entre o capitalismo, o Estado e os processos de subjetivação, apontando a estreita relação entre o poder e a

capacidade de produzir. Nessa perspectiva, as iniquidades sociais são estabelecidas e determinam as condições e modos de vida (ou de morte) das populações.

Ampliando a discussão dos atravessamentos sociais nesta pesquisa, atentou-se a investigar como os determinantes sociais da saúde seriam relacionados à promoção da saúde, a partir dos marcadores sociais identitários (de gênero, raça/cor, classe social e orientação sexual) referentes às/aos participantes dos grupos (principal dispositivo de promoção da saúde oferecido à população usuária nas experiências das participantes). As psicólogas foram questionadas sobre quais marcadores sociais prevaleciam nos territórios das Unidades de Saúde em que estiveram inseridas, e se esses marcadores se mantinham prevalentes nos/nas participantes dos grupos. Ambas as questões foram realizadas com a disponibilização de livre espaço destinado à narrativa nas respostas.

Alguns temas ocuparam um lugar privilegiado nas narrativas. O marcador de classe foi o mais referido, enunciado como “*baixa renda*” (Psi 3 e Psi 4), “*classe social média-baixa*” (Psi 1) e “*classe social baixa*” (Psi 2). Quanto ao gênero, as respostas citaram “mulheres” e “homens”, sem referências à cisgeneridade/transgeneridade. Em relação à raça/cor, foram mencionadas as seguintes descrições: “*Maioria negra*” (Psi 2), “*O clássico: homens e mulheres brancos ou pardos.*” (Psi 3).

A orientação “*heterossexual*”, em Psi 2 e Psi 3, e a caracterização da população majoritária referente à idade – “*idosos*”, em Psi 1 – também foram mencionadas, não sendo descritas nas demais. Houve uma discrepância em relação aos marcadores sociais referidos aos usuários e usuárias participantes dos grupos e à totalidade das populações atendidas nas unidades de saúde onde esses grupos ocorriam, levando-nos à outra possibilidade de questão a ser investigada em etapa futura da pesquisa: a representatividade nas atividades grupais das Unidades de Saúde.

No que se refere aos determinantes sociais da saúde como componentes de debates nas atividades grupais, duas participantes afirmaram que essas discussões estiveram presentes. Porém, quando questionadas sobre como essas discussões ocorriam, apenas uma das participantes relatou convictamente a discussão sobre os determinantes:

“Ocorriam de forma dialogada, buscando o máximo de participação. Realizamos um planejamento em saúde, diagnosticando as principais necessidades de saúde, condições de vida e problemas do serviço. Foi apresentado à comunidade, com debate e escolha das prioridades.” (Psi 2).

Já a Psi 3, que também havia afirmado que essas discussões estavam presentes no trabalho com os grupos, detalhou da seguinte forma:

“Talvez não tanto como deveriam, mas estavam. Algumas reflexões sobre o descuido com o lixo nos becos e condições de moradia de maneira geral, por exemplo... Mas não houve muita articulação em torno dessas questões. (determinantes sociais da saúde)” (Psi 3).

Os marcadores sociais não foram relacionados aos determinantes sociais da saúde, além de terem sido pouco especificados ou não identificados nas respostas. Isto é, mesmo quando questionadas especificamente sobre o tema, algumas participantes caracterizaram somente a classe socioeconômica, sem mencionar a raça, o gênero ou orientação sexual – solicitados na pergunta. Paralelamente, em relação a quais outras metodologias além dos grupos poderiam ser propostas no trabalho de promoção da saúde, não houve menção a trabalhos com populações específicas de maior vulnerabilização, que poderíamos considerar potentes ferramentas para afirmação da equidade na promoção da saúde.

Para que a saúde seja garantida de forma mais equânime, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018) afirma a relação essencial da promoção às demais políticas públicas conquistadas pela população, dentre elas as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, tais como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A PNSIPN (Brasil, 2013) tem como marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (p. 18). O propósito desta política é garantir com maior equidade a efetivação do direito à saúde por meio de estratégias de gestão solidária e participativa no SUS, incluindo a:

utilização do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (Ibidem, 2013, p. 07).

Em novo texto produzido em 2017, a PNSIPN aprofunda a abordagem da autodeclaração, incluindo a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 (Idem, 2017) que versa sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Segundo a referida portaria:

A autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito. (Ibidem, 2017, p. 09).

A PNSIPN afirma a relevância dos dados desagregados por raça/cor para atender ao princípio da equidade no SUS, pois possibilitam identificar as demandas de grupos

específicos, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas e a necessidade de oferta diferenciada de cuidados, de modo a reduzir os impactos dos determinantes sociais a que estão submetidas (BRASIL, 2017).

Importante ressaltar que a principal diretriz da PNSIPN se refere “a inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde.” (idem, p. 31), pois caracteriza o racismo no Brasil como uma questão grave e insistente, que persiste devido ao seu entranhamento na cultura brasileira – em elevado grau –, estando presente no cotidiano dos serviços de saúde de diferentes formas. Reafirmado diariamente pela linguagem, pelas instituições, pelas relações, o racismo é uma condição histórica que afeta a população negra, especialmente as mulheres, já vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero (Ibidem, p.15).

O apagamento de discussões raciais é uma das opressões (veladas) exercitadas pela branquitude, utilizado para sustentar a discriminação social. É um componente do Mito da Democracia Racial, ferramenta de favorecimento e legitimação da discriminação, que integra a discussão no trabalho de Maria Aparecida Silva Bento (2002). Em sua análise sobre “Branqueamento e Branquitude no Brasil”, Bento expõe traços da identidade racial do branco brasileiro (branquitude) para discutir o branqueamento (processo inventado pela elite branca brasileira, relacionado ao descontentamento com a negritude), no que toca a

aspectos referentes ao entrelaçamento dessa dimensão subjetiva das relações raciais, com outras mais concretas e objetivas, uma vez que ambas se reforçam mutuamente para funcionar como potencializadoras da reprodução do racismo. [...] Considerando (ou quiçá inventando) seu grupo como padrão de referência de toda uma espécie, a elite fez uma apropriação simbólica crucial que vem fortalecendo a auto-estima e o autoconceito do grupo branco em detrimento dos demais, e essa apropriação acaba legitimando sua supremacia econômica, política e social. (idem, 2002, p. 25).

Sílvio Almeida (2019) também destaca a produção do racismo estrutural, permeando múltiplas instituições e relações na nossa sociedade. O autor indica que o racismo relaciona-se diretamente ao capitalismo, que sustenta a lógica reprodutiva das múltiplas desigualdades e violências na contemporaneidade. Isso se perpetua a serviço dos privilégios (concretos e simbólicos) dos grupos que detém o poder hegemonicamente (representados especialmente pelo homem branco rico cisgênero europeu).

O reafirmar dessas discussões é urgente para as políticas públicas, já que o Estado exerce uma função definitiva sobre os mecanismos de opressão, seja por meio do investimento em políticas de reparação social, seja por se abster perante as suas

responsabilidades nessas reparações. Na segunda opção, utilizada pela gestão neoliberal que hoje governa o Brasil, produzem-se dimensões ilusórias sobre a igualdade racial como ferramenta de controle da estrutura social racista. Mbembe (2019) se debruça sobre essas questões e além. Em seu ensaio sobre a Necropolítica, problematiza as funções assassinas do Estado, que, segundo ele, são viabilizadas e distribuídas pelo racismo (Mbembe, 2019).

Nesse sentido, o discurso universalizante (que generaliza as pessoas e sofrimentos) coloca-se à disposição do racismo e demais opressões. Por meio do apagamento das vulnerabilizações e injustiças sociais, os diferentes marcadores sociais são diluídos em uma igualdade forjada. Em outras palavras, ao considerarmos iguais as distintas populações e grupos, invisibilizamos as desigualdades existentes e suas singularidades.

Essas desigualdades consolidam-se por intermédio de assimetrias no acesso a poderes, recursos e contextos e determinam as iniquidades em saúde no Brasil, o que pode ser ilustrado por meio dos dados a seguir:

A probabilidade de os indivíduos não brancos, grupo constituído por pretos e pardos, apresentarem saúde não boa é 56,7% maior que a dos indivíduos brancos. Após exclusão dos efeitos de classe social, região de residência, renda familiar, recursos do domicílio e educação, esta probabilidade diminui para 9%, ou seja, 84% de redução nas diferenças são atribuídas a fatores socioeconômicos e 16% à raça. Em outras palavras, os fatores socioeconômicos explicam 84% das diferenças na autoavaliação da saúde como não boa. Entretanto, a dimensão racial também tem papel importante na determinação da situação de saúde. A raça, como variável antecedente aos fatores socioeconômicos, explica 16% das desigualdades em saúde (SANTOS, 2011 apud VIEIRA, 2020, p. 24).

O Relatório Final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (Brasil, 2008), elaborado intersetorialmente, objetivou contribuir para a superação das iniquidades em saúde no Brasil. Esse documento teve como referencial as estratégias e princípios de Promoção da Saúde estabelecidos em conferências internacionais sobre essa temática, realizadas no período de 1986 a 1997. Destaca-se a primeira delas, realizada em Ottawa, que traçou cinco eixos de ação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis; criação ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde, no documento conhecido como a Carta de Ottawa (Ibidem, 2008). A Carta utiliza uma perspectiva ecossistêmica para o reconhecimento da educação, da paz, da equidade e da justiça social como alguns dos requisitos fundamentais para a saúde das diferentes populações.

Em suma, as interfaces entre a promoção da saúde e os determinantes sociais são marcadas, principalmente, pela importância das políticas favorecedoras de ações de promoção, com vistas ao enfrentamento das iniquidades em saúde. As ações de incidência nos determinantes sociais pela via da promoção da saúde devem buscar “construir redes de

apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar” (BRASIL, 2008, p. 141) priorizando a atenção equânime aos diferentes grupos e interseccionalidades.

É claro que o trabalho intersetorial é fundante nesse processo, mas deve haver um comprometimento de cada parte dos serviços nessa articulação, seja em relação aos diversos setores das políticas públicas e esferas de governo, seja por meio dos diferentes atores sociais, em todos os níveis de atenção à saúde. O SUS é, indiscutivelmente, um importante meio para o cumprimento do dever do Estado sobre o direito à saúde e sobre a redução das injustiças sociais, e requer constante defesa para que possa continuar exercendo esse papel.

4. SOBRE CAMINHOS POSSÍVEIS: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa percorremos diferentes compromissos e discussões sobre a produção da saúde no Brasil, deparando-nos constantemente com a complexidade que atravessa esse campo. Por tal razão, as fontes que nutrem as reflexões aqui contidas partem de lugares distintos, ainda que articulados. Concluir este trabalho, pois, não finaliza o caminho. Pelo contrário: nos leva a reafirmá-lo enquanto processo e campo de experiência, subvertendo a gênese produtivista ao aproximar-se não de conclusões cartesianas, mas, sim, rizomáticas.

Esperamos que, como fruto, seja possível favorecer críticas às estruturas enrijecidas e hegemônicas que foram problematizadas nesse percurso. Por isso, as autoras, autores e políticas públicas referenciadas entrecruzam-se pela ética da justiça social – nosso motor para idealizar modos mais equânimes e integrais de produzir saúde. Nesse sentido, o encontro das narrativas das participantes com as bibliografias apontou o trabalho orientado à promoção da saúde como agente catalisador da superação do modelo assistencial hegemônico.

Por meio do enlaçamento indissociável entre a promoção da saúde e a incidência nos fatores determinantes e condicionantes sociais, o trabalho em saúde potencializa-se pela intersectorialidade. Passa a ser favorecida, então, a produção de sentidos motivados pelo cuidado integral (equânime e transdisciplinar). Entendemos que, para isso, são necessárias alternativas sistêmicas, em âmbito micro e macropolítico.

Pela ótica da micropolítica, encontram-se caminhos que convocam o trabalho de profissionais da atenção básica a transbordar as paredes das Unidades via plano relacional, permeando os territórios existenciais e geográficos dos diferentes grupos. A ampliação da clínica, a participação social, a articulação do cuidado em rede, o trabalho dos/das agentes comunitários/as, o investimento nos dispositivos grupais e na educação permanente, as ações incidentes nos determinante sociais, bem como as demais ações orientadas pelas singularidades das pessoas atendidas, nos parecem compor a substância desses caminhos.

Ao pensar as instituições formativas, percebemos a necessidade de resistência ao reducionismo na produção do conhecimento. Entendemos, também, a relevância da elaboração de processos formativos politizados, multiprofissionais e críticos, tais como são propostas as Residências Multiprofissionais em Saúde. Esse dispositivo é uma importantíssima estratégia de qualificação e garantia de direitos sociais, capaz de formar profissionais implicadas e implicados com o avanço do SUS enquanto sistema de saúde inclusivo, resolutivo e integral (PASINI ET AL., 2020). Previamente, apresentamos o

protagonismo já exercido pelas psicólogas residentes na superação do modelo assistencial biologicista, por meio de ações grupais de promoção da saúde. Ao atentar-se para os processos de subjetivação, a psicologia tem grande importância para que a clínica seja ampliada e o fazer em saúde na atenção básica atenda às singularidades de cada pessoa e cada coletivo.

Ademais, circunscrevemos a saúde no modelo social neoliberalista e assistencial biologicista que simultaneamente operam no Brasil, para que mantenhamos em vista as questões políticas e estruturais que limitam a integralidade do cuidado no SUS. Cabe ainda, frisar os retrocessos decorrentes desse cenário, observáveis na contínua precarização dos serviços e políticas públicas, em um governo de gestão desestruturante. Sob normativas federais que executam a saúde enquanto mercadoria ajustável a interesses privados e autoritários, testemunhamos o rompimento com o compromisso constitucional de garanti-la como direito.

A exemplo, o desmantelamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Essa e outras medidas produzidas entre 2018 e 2020, que têm como marco orientador a PNAB 2017, vêm progressivamente materializando o desmonte de políticas públicas essenciais à garantia do direito à saúde e à democracia. São estratégias que consistem na composição de equipes que prescindem do/da Agente Comunitário de Saúde, no reforço à equipe de atenção básica composta somente pela categoria de profissionais da medicina, enfermagem e odontologia, no empobrecimento da concepção multiprofissional e no enfraquecimento do comunitário (MOROSINI ET AL., 2020).

Essas mudanças consolidam a centralidade do modelo biomédico privatista e se opõem aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, nos levando a reafirmar as lutas coletivas para fazer resistir o SUS. Em meio ao atual contexto, abalado por uma pandemia, concluímos essa escrita fugindo à sedução de propor resultados ou soluções – ainda que o meu desejo, por vezes, insista em evocar possibilidades de resolução imediata. Pelo contrário, ao evidenciar tantas complexidades, buscamos nos afastar de uma lógica totalizante, na tentativa de abrir caminhos para outros possíveis.

Em compromisso ético, não ousou apontar essa pesquisa como uma solução para quaisquer das problemáticas elaboradas, tampouco, ousou vê-la capaz de transformar a atual realidade macropolítica. Ao final dessa travessia, porém, olho para o percurso que fica e me vejo percebê-lo com novos olhares. Eles estão envolvidos por uma lente que converge em uma direção: fortalecer coletivos e traçar comuns possíveis. Talvez, nesse foco, viva a potência capaz de transformar a realidade em uma dimensão eticamente mais justa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 244-260, Rio de Janeiro: 2018.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018

BARROS, Regina Benevides. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. **Psicologia & sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.

BARROS, Regina Benevides. Dispositivos em ação: o grupo. **Saúde e loucura**, v. 6, p. 183-91, São Paulo: 1997.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica–PNAB**. Ministério da Saúde, Legislação em Saúde, Brasília, Série E, 2012.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: 2015.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde o SUS. Brasília: 2018.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Política nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS**. Brasília: 2013.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS**. Brasília: 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. 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. 176 p. : il. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.**

BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.

CAPRA, Fritjof; EICHEMBERG, Newton Roberval. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 4, 2001.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CRP. G943 **Guia de orientação para profissionais de Psicologia** [recurso eletrônico]: atendimento on-line no contexto da COVID-19 / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, organização. – Porto Alegre: CRPRS, 2020. Disponível em: <https://www.crprs.org.br/conteudo/publicacoes/guia_orientacao_covid.pdf>. Acesso em: 09 de nov. de 2020.

DESCARTES, R. Meditações. **Pensadores Descartes**. Trad. J. Guinsburg e B. Prado Júnior. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. P. 83-142.

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Editora Escuta, 2011.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1119-1142, 2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 2014. 160f. Tese (Doutorado em Prática de Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MARX, Karl. **O capital: contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo, v. 1, 2013.

- MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.
- MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1, 2019.
- MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012.
- MENEZES, Erica Lima Costa de et al. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 888-903, 2017.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; TÔRRES, José Júlio Martins. Visão complexa para uma forma complexa de agir. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, 2012.
- MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 16 ed., 2009.
- MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Previner Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.
- PASINI, Vera Lúcia et al. Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 3, p. 205-225, 2020.
- RIVIÉRE, Enrique Pichón. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.
- SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2469-2477, 2020.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. **Texto para Discussão - 2547**. IPEA, Brasília: 2020.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. World Health Organization, 2008.

ZIMERMAN, David E.; OSORIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Artes Médicas, Porto Alegre: 1997.

APÊNDICE A

Dados de Identificação

Gênero:

Raça/cor:

Data de nascimento:

Ano de ingresso na Residência Multiprofissional:

Ano de término da Residência Multiprofissional:

Questões sobre a Promoção da Saúde no contexto da Atenção Básica

1. Você entende que atividades de promoção da saúde são importantes para qualificar a assistência à saúde prestada na Atenção Básica?

a) Por quê?

2. Atividades de promoção da saúde fizeram parte de sua formação prática durante a Residência?

3. Quais e como as atividades de promoção da saúde eram oferecidas aos usuários/usuárias no serviço em que você esteve inserido/inserida durante o período de realização da RMS?

4. No que se refere à metodologia do trabalho de promoção da saúde, você considera relevante a oferta de espaços grupais aos usuários e usuárias na Atenção Básica?

a) Por quê?

5. Você facilitou ou participou de atividades grupais oferecidas aos usuários e usuárias no serviço em que estava inserido/inserida durante a RMS?

a) Se você respondeu sim na pergunta anterior, por favor, conte como foi a experiência.

6. Na unidade que você esteve inserida/inserido durante a RMS, quais as principais temáticas trabalhadas nos grupos de promoção da saúde?

7. Na sua opinião, esses grupos produziram efeitos na melhoria da qualidade de vida dos usuários e usuárias participantes?

a) Se você respondeu sim na pergunta anterior, por favor, comente quais efeitos.

8. Considerando sua experiência no serviço, que outras metodologias além dos grupos poderiam ser propostas no trabalho de promoção da saúde?

9. Quais os marcadores sociais de gênero, raça/cor, orientação sexual e classe social prevalecem na comunidade onde a unidade que você atuou está inserida?
10. Esses marcadores se configuram como prevalentes nos participantes dos grupos ofertados na unidade em que você esteve inserida/inserido?
11. Discussões sobre os determinantes sociais da saúde estiveram presentes no trabalho com os grupos?
 - a) Em relação à pergunta anterior: Se você respondeu sim, comente como ocorriam essas discussões. Se respondeu não, por favor, conte por quê não ocorriam.