

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA - MESTRADO

MOISES DA SILVA ROBERTO

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS:
MAPEANDO SIGNIFICADOS JUNTO A USUÁRIOS EM UMA UBS
CAPIXABA**

VITÓRIA
2016

MOISES DA SILVA ROBERTO

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS:
MAPEANDO SIGNIFICADOS JUNTO A USUÁRIOS EM UMA UBS
CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Educação Física, na área de concentração em Educação Física, Sociedade e Saúde.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Marcos Bagrichevsky

VITÓRIA
2016

MOISES DA SILVA ROBERTO

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS:
MAPEANDO SIGNIFICADOS JUNTO A USUÁRIOS EM UMA UBS
CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Educação Física, na área de concentração em Educação Física, Sociedade e Saúde.

Aprovada em 03 de maio de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.º Dr.º Marcos Bagrichevsky (orientador)

Prof.º Dr.º Thiago Drumond (membro externo)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.º Dr.º Ivan Marcelo Gomes (membro interno)
Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, que me abençoou com essa oportunidade de ter cursado o Mestrado, dando-me forças e sabedoria.

Ao meu orientador, Prof^o. Dr^o. Marcos Bagrichevsky, pela dedicação e contribuições para a realização deste trabalho. Agradeço pelo cuidado e compreensão que sempre teve comigo, pela amizade e pelo vigor no qual empreende as lutas a favor da educação e do SUS.

Aos participantes frequentadores do Grupo de Homens, pela rica oportunidade de qualificar minha formação profissional e aos profissionais da unidade de saúde Azul (nome fictício), bem como demais acadêmicos que me receberam de braços abertos na UBS, desde o período do estágio supervisionado da graduação realizado no primeiro semestre de 2012.

À minha mãe Marilene da Conceição da Silva Roberto, minha irmã Juscelene da Silva Roberto e meu irmão Lucas da Silva Roberto, que me incentivaram para a concretização de mais um objetivo. Ao meu pai, Edmundo Roberto de Souza, que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante.

Ao meu primo Fábio Oliveira que não mediu esforços para me auxiliar na tradução de artigos científicos.

Aos professores da banca, Dr^o. Ivan Gomes e Dr^o. Thiago Drumond, pela solicitude na qual aceitaram contribuir com suas reflexões acerca deste trabalho.

Aos professores e funcionários do PPGEF, pela atenção, respeito e dedicação no qual desenvolvem suas atividades e orientam os alunos.

A todos os alunos e companheiros de classe do Mestrado em educação física do CEFD/UFES, pelas trocas de experiências e convivência saudável durante o curso, especialmente à Liliane Ferreira Sant'anna Bianchini da turma de 2013.

Aos nobres colegas da Polícia Militar do Espírito Santo, que batalham todos os dias para oferecerem um serviço de segurança digno à população, mesmo com todas as dificuldades. Agradeço especialmente ao Oficial CAPITÃO QOC JADER ROBERTO DE OLIVEIRA, por ter contribuído sem medida na minha formação acadêmica e por ter compreendido os momentos de ausência.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

**“O coração bem disposto
é remédio eficiente,
mas o espírito oprimido resseca os ossos”.**
(Provérbios 17:22)

RESUMO

A promoção da saúde (PS) articula-se com a diversidade de práticas desenvolvidas nos serviços. É elemento estratégico na busca de práticas de cuidado mais promissoras, colaborando para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto Política Pública. Entretanto, a PS tem sido descrita de várias maneiras na literatura científica. Nesse sentido, considerei ser necessário realizar uma revisão sobre a promoção da saúde e suas implicações na prática de saúde, sem a pretensão de esgotar o “estado da arte”. Esta dissertação teve como objetivo realizar um estudo descritivo-analítico acerca das práticas cotidianas à luz da perspectiva da Clínica Ampliada em um Grupo de Promoção da Saúde (GPS), o Grupo de Homens (GH), desenvolvido em uma UBS capixaba. Os caminhos investigativos transitaram pelos pressupostos da pesquisa qualitativa, tomando as atividades cotidianas do GH como perspectiva metodológica e agregando registros etnográficos a fim de descrever, analisar, compreender e problematizar as práticas de promoção da saúde, desenvolvidas no cotidiano desse grupo, e suas implicações práticas no cuidado em saúde à luz da Clínica Ampliada, buscando identificar os avanços e desafios, e compreender o contexto de produção das práticas e da participação dos usuários. Na descrição e análise dos “dados”, foi possível constatar três categorias em relação às práticas de promoção da saúde desenvolvidas no GH: a) *espaço comunicacional*: analisa o GH na ótica do diálogo, escuta e expressão dos participantes do GH, buscando identificar se os sujeitos têm abertura para a fala e escuta além da conversa “mecânica” que objetiva coletar exclusivamente sintomas de patologias específicas (anamnese tradicional); b) *desenvolvimento de vínculo*: analisa o espaço do GH no que tange ao relacionamento entre os sujeitos (entre usuários e equipe de saúde), com intuito de verificar se o relacionamento é próximo ou se é formal e burocrático, apontando as vantagens da formação do vínculo para o cuidado em saúde e os desafios para sua concretização no GH; c) *protagonismo*: analisa o comportamento, atitude e participação dos usuários, identificando se eles são considerados e se agem como “sujeitos” detentores de autonomia ou se são vistos e agem como meros “pacientes”, ou seja, pessoas passivas e incapazes de contribuir para o cuidado em saúde, devendo, nesse caso, se submeterem ao conhecimento técnico-científico que os profissionais de saúde detêm, numa relação de superioridade desses últimos em relação aos primeiros. Por fim, aponta os desafios para desenvolver o protagonismo dos participantes do GH.

Descritores: Saúde do homem; promoção da saúde; alcoolismo; clínica ampliada.

ABSTRACT

Health promotion is linked to the diversity of services developed in practice. It is a strategic element in the search for the most promising care practices, contributing to the consolidation of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) while Public Policy. However, the health promotion has been variously described in the literature. In this sense, it considered necessary to perform a review of health promotion and its implications for health practice, without pretending to exhaust the “state of the art”. This study aimed to carry out a descriptive-analytic study of daily practices in the perspective of expanded clinic in a Health Promotion Group, the Group of Men, developed in a basic health Unit Capixaba. The investigative paths passed through the assumptions of qualitative research, taking the daily activities of Group of Men as a methodological perspective and adding ethnographic to describe, analyze, understand and discuss health promotion practices developed in the daily life of this group, and its practical implications in health care in light of the expanded clinic, seeking to identify the progress and challenges, and understand the context of production practices and participation of users. In the description and analysis of data, it was established three categories in relation to health promotion practices developed in Group of Men: a) *communication space*: analyzes the Group of Men in the view of dialogue, listening and expression of participants in the Group of Men, seeking to identify whether the subjects are open to speaking and listening beyond the “mechanical” conversation that aims to collect only symptoms of specific pathologies (traditional anamnesis); b) *development of bond*: analyzes the space of Group of Men with respect to the relationship between individuals (between users and health staff), in order to verify if the relationship is close or whether it is formal and bureaucratic, pointing out the advantages of bond formation for health care and the challenges for achieving the Group of Men; c) *leadership*: analyzes the behavior, attitude and participation of users, identifying whether they are considered and act as a “subject” or autonomy holders are seen and act merely as “patients”, that is, passive and unable people to contribute to health care, should, in this case, submit to the technical and scientific knowledge that health professionals monopolize, a superior list of professionals in relation to users. Finally, it points out the challenges to develop the role of participants in the Group of Men.

Keywords: Health man; health promotion; alcoholism; expanded clinic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Foto de um dos encontros do GH no auditório da UBS.....	38
Figura 2 - Camisa do GH, iniciativa de um dos participantes.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Observação participante: frequência de usuários, atividades desenvolvidas e respectivos locais	25
Tabela 2 - Observação participante: frequência de profissionais e acadêmicos no GH	27
Tabela 3 - Observação participante: profissionais e acadêmicos que atuaram no GH	31
Tabela 4 - Categorias de análise	35

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AD - Álcool e/ou outras drogas

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

EF - Educação Física

ESF - Estratégia Saúde da Família

GH - Grupo de Homens

GPS - Grupo de Promoção da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PS - Promoção da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2 PERCURSO METODOLÓGICO	18
2.1. INSERÇÃO NO GRUPO DE HOMENS	18
2.2. PERSPECTIVA ETNOGRÁFICA.....	20
2.3. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	22
2.4. DIÁRIO DE CAMPO	32
2.5. INTERLOCUTORES DO ESTUDO.....	37
2.6. QUESTÕES ÉTICAS	39
2.7. CENÁRIO DO ESTUDO	40
3 ABORDAGEM CONCEITUAL.....	42
3.1. SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE	42
3.2. CUIDADO EM SAÚDE	46
3.3. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	52
3.4. INTEGRALIDADE EM SAÚDE	58
3.5. ACOLHIMENTO, ESCUTA E VÍNCULO	63
3.6. RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS QUE TRATAM DAS SUBJETIVIDADES EM SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DELES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: CONTEXTUALIZANDO O GRUPO DE HOMENS DA UBS AZUL	73
4 O COTIDIANO DO GRUPO DE HOMENS À LUZ DA CLÍNICA AMPLIADA	83
4.1. ESPAÇO COMUNICACIONAL.....	83
4.2. DESENVOLVIMENTO DE VÍNCULO.....	102
4.3. PROTAGONISMO.....	125
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS.....	144

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Uma tentativa para se discutir e aprofundar as questões que orbitam em torno dos múltiplos sentidos (alguns, contraditórios), conceituais e práticos, que caracterizam o campo da promoção da saúde (PS), pode ser o próprio exercício de colocar em xeque a noção de saúde, cuja concepção hegemônica ainda está enraizada em aspectos biológicos. Tomada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como vocábulo que expressaria uma espécie de “definição dicionarizada”, foi por ela amplamente difundida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946; CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA, 1978).

Apesar de essa definição aparentar certo avanço, ainda não dá conta de abranger a complexidade do termo. Segundo Palma (2001), essa caracterização esbarra, inicialmente, na dificuldade de se entender o que significaria “completo bem-estar”. Para esse pesquisador, trata-se de uma perspectiva descontextualizada, subjetiva e nada operacional. A título de ilustração, basta dizer que, sob esse enfoque da OMS, caso sejamos acometidos por um simples resfriado, de imediato perdemos de vista a possibilidade de alcançarmos esse “estado de perfeição desejado”, um predicativo “obrigatório”, porém “inalcançável” para quem deseja ser saudável, na ótica da entidade internacional.

Outra crítica à perspectiva da OMS encontra-se no entendimento de que saúde não é um estado, como propaga a clássica definição dessa organização internacional. Mas, é um devir, uma série de mudanças concretas pelas quais passa um ser, é sempre um projeto em curso. É, portanto, a própria mudança (AYRES, 2005b).

Além disso, destaca-se que mesmo se saúde se limitasse a aspectos puramente biológicos, não poderia prescindir da subjetividade. Afinal, a dor, que é imbricada com “sintomas”, não pode ser totalmente desvinculada do caráter subjetivo: sabemos que ela existe, mas não conseguimos mensurá-la (CAPONI, 2003).

Acrescenta-se ainda que, a partir do momento em que reveses são possíveis em nosso mundo, a saúde não poderá ser pensada como ausência de infortúnios e de enfermidades, e sim como a capacidade de enfrentá-los, consoante argumentações de Caponi (2003). Em sua obra “A saúde como objeto de reflexão filosófica”, essa autora lança mão da tese proposta pelo filósofo e médico francês, Georges Canguilhem, para quem a experiência do ser vivo inclui a doença, ou seja, remete à ideia de que não existe “saúde perfeita”, o que aponta a ilegitimidade das políticas de saúde focadas em alcançar objetivos impossíveis. Nas

palavras de Caponi (2003, p. 134): “[...] talvez descubramos que estas políticas estão mais próximas das estratégias de mercado do que dos efetivos programas de promoção da saúde [...]”.

Em vista disto, outros autores, ao estabelecerem uma crítica mais aguda à perspectiva de saúde da OMS, tentam politizar o debate, consagrado no país na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 (BRASIL, 1986), advogando que saúde, em seu sentido mais abrangente, precisa ser configurada não apenas por sua “natureza biológica”, mas, também, como resultado das condições de acesso (ou da falta dele) adequado pelos coletivos populacionais à alimentação, habitação, ambiente saneado, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, liberdade, à posse da terra e, bem como, aos serviços de saúde (NOGUEIRA, 1998; STOTZ; ARAUJO, 2004; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Essa perspectiva se fortaleceu com as discussões sobre PS a partir dos anos 70 do século passado, criticando a acentuada medicalização¹ da saúde na sociedade ao partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes (BUSS, 2003). Quer dizer, a promoção da saúde não considera apenas os aspectos orgânicos, mas leva em conta a complexidade dos sujeitos em suas dimensões biopsicossociais. Nessa direção, alguns autores trazem a perspectiva da Clínica Ampliada para os serviços de saúde, ou seja, uma nova clínica com iniciativas de PS e que reconhece os limites do conhecimento técnico-científico e das tecnologias, buscando outros conhecimentos e abordagens acerca do processo saúde-doença e o enriquecimento do cuidado em saúde (BRASIL, 2009a; HOEPFNER, 2010; SOUZA et al., 2015).

O modo híbrido em que se apresentam os sentidos e concepções sobre saúde ocorre também com o conceito de promoção da saúde que, na literatura científica, tem sido descrito de várias maneiras. Sua polissemia semântico-conceitual acompanha e influencia fortemente as diversas práticas de saúde que recebem o mesmo nome (IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011; VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014). Portanto, o termo promoção da saúde, por si só, não garante que certas práticas constituam um movimento de resistência à concepção biomédica hegemônica sobre saúde (HORTA et al., 2009). É neste sentido que Iglesias e Dalbello-Araujo (2011) ressaltaram a importância de realização de

¹ “A medicalização trata-se de um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras formas, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. Esse processo intensifica a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3616).

estudos que visem avanços na verificação de como tais concepções (sobre saúde e sua promoção) têm se atualizado na prática profissional.

Nesse sentido, é importante problematizar as dimensões teóricas da PS, bem como “articulá-las” às e “cotejá-las” com as experiências do cotidiano. Diante da complexidade do processo saúde-doença e da polissemia da expressão promoção da saúde, uma questão que se apresenta é: como são desenvolvidas as práticas de PS à luz da perspectiva da Clínica Ampliada em um Grupo de Promoção da Saúde (GPS) de uma UBS capixaba?

Parti inicialmente de um objetivo mais amplo, mas o delimito no campo com o decorrer da pesquisa. Partindo da compreensão do processo saúde-doença como fenômeno sociocultural (COSTA; GUALDA, 2010), o propósito desta pesquisa é realizar um estudo descritivo-analítico, de natureza qualitativa, acerca das práticas cotidianas à luz da perspectiva da Clínica Ampliada em um GPS desenvolvido em uma UBS capixaba. Assim, estabeleci como objetivos específicos deste estudo: descrever, analisar, compreender e problematizar as práticas de promoção da saúde, desenvolvidas no cotidiano desse grupo, e suas implicações práticas no cuidado em saúde à luz da Clínica Ampliada, buscando identificar os avanços e desafios, e compreender o contexto de produção das práticas e da participação dos usuários.

Destaco que os professores de Educação Física (EF) vêm se envolvendo no planejamento e execução de projetos/práticas de PS, uma vez que a saúde é tema de pesquisa e intervenção no campo da EF, o que demanda sua inserção nas políticas sociais em saúde para a população (CARVALHO, Y. M., 2001). Como profissionais reconhecidamente do campo da saúde², os professores de EF também necessitam de se apropriarem das discussões que orbitam em torno da PS a fim de contribuírem para esse campo, indo além de intervenções fundamentadas no modelo tradicional de atenção à saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Azul (nome fictício), localizada em um município do Espírito Santo (ES), se revela um cenário privilegiado para investigação em relação ao tema proposto no título da dissertação, pois possui projetos educativos desenvolvidos por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), por intermédio de Grupos de Promoção da Saúde (GPS). A escolha desse campo de pesquisa levou em conta que a ESF se organiza tendo a promoção da saúde como um dos eixos fundamentais como direcionalidade política e técnica na ruptura com o modelo curativo e hospitalocêntrico de atenção à saúde.

² Resolução nº 287 do Conselho Nacional de Saúde, 08 de outubro de 1998. Brasília.

Ferreira Neto e Kind (2011) defendem as práticas grupais como estratégia, entre várias, para a promoção da saúde. Alertam, entretanto, que esse dispositivo não é um instrumento fechado em si mesmo, que possa ser aplicado de modo uniforme em qualquer contexto de atuação. Os autores não advogam que as práticas grupais são uma espécie de panaceia, mas reconhecem seus méritos. Eles ratificam que as práticas coletivas não substituem as consultas individuais, demarcando que ambas tem alcances diferentes. As consultas individuais se apresentam como marcadas 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. Assim, os grupos têm por finalidade fazer funcionar novos modos de expressão de subjetividade no cuidado em saúde (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

No entanto, estudos que analisam o desenvolvimento de práticas grupais no âmbito do SUS ressaltam os recorrentes eixos homogeneizadores que organizam tais coletivos: um diagnóstico comum, pertencimento a grupos populacionais específicos, perfil de risco e assim por diante (grupos de hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, idosos, etc.) (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Acrescenta-se o paradoxo, com base em Furlan e Campos (2010), do predomínio de práticas de saúde voltadas para a atenção individual em detrimento das ações coletivas, apesar de as práticas de saúde pública e coletiva no Brasil privilegiarem, em suas portarias e programas, ações grupais, principalmente na Atenção Básica à Saúde (ABS)³. O trabalho em equipe, bem como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, têm ficado fragilizados, visto que faltam instrumentos e conhecimentos aos profissionais, em virtude de suas formações, para intervenções em grupos (HOEPFNER, 2010; FERREIRA NETO; KIND, 2011). Essas informações reforçam a importância de se estudar as práticas grupais no cotidiano dos serviços de saúde, a fim de constatarmos “onde estamos” para, então, propormos caminhos que potencializem as práticas, considerando seus limites e potencialidades. É por esse ângulo que Horta et al. (2009, p. 295) salientam:

³ ABS expressa a concepção da política de saúde brasileira para o que internacionalmente se convencionou chamar de Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se do contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e por isso é conhecida também como “porta de entrada do SUS”, quer dizer, corresponde ao primeiro nível de atenção na organização da rede hierarquizada dos serviços do SUS. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, continuadas ao longo do tempo, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida considerando a dinâmica existente no território em que vivem os usuários dos serviços e por meio de trabalhos em equipes, dirigidos a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Lida com problemas mais comuns, porém, menos definidos, o que demonstra que esse nível de atenção à saúde também é complexo apesar do termo “básica” presente em seu nome (BRASIL, 2006, 2012).

“Conhecer a estruturação, a organização e a implementação desses grupos é importante uma vez que, a partir dessas experiências, pode-se reforçar e repensar o uso da ferramenta de grupos nas ações de saúde. [...]”.

A ênfase no serviço público de saúde tem como objetivo contribuir para a sua melhoria, porquanto toda população brasileira depende do SUS, principalmente aquelas pessoas que não possuem condições financeiras para contratarem planos privados de saúde (para terem, predominantemente, assistência médica), que corresponde à realidade da maioria dos brasileiros (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014), especialmente dos moradores dos territórios adstritos à UBS campo desta pesquisa, em que somente 3% possuem plano privado de saúde (SOUZA et al., 2015). Outra questão que também merece destaque nesta fase introdutória é a articulação entre ensino, pesquisa e serviço de saúde, que contribui para a melhoria do processo de formação dos profissionais de saúde, possibilitando maior aproximação com as realidades de territórios sanitários concretos, o que resulta em aprimoramento das práticas em saúde voltadas para as necessidades específicas de cada território.

Ademais, embasado em Paim e Almeida Filho (1998), proporcionamos espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas, extrapolando as práticas tradicionais de atenção à saúde enraizadas no modelo biomédico, abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação, ao valorizarmos também a dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e profissionais do setor. Ou seja, as práticas de saúde são enriquecidas quando há o reconhecimento de que o homem não se resume ao físico, mas também é constituído por questões psicológicas e sociais que devem integrar o cuidado em saúde.

Os pesquisados deste estudo são homens moradores dos territórios adstritos à UBS Azul, participantes do GPS denominado Grupo de Homens (GH). A investigação desse grupo é relevante e justifica-se pela constatação de que a presença dos homens na ABS é menor em relação às mulheres, de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008) e conforme constataram Separavich e Canesqui (2013) em um estudo de revisão bibliográfica realizada em textos que trataram sobre saúde do homem e masculinidades nos periódicos de Saúde Coletiva/Saúde Pública no período de 2005-2011.

Desse modo, são necessários políticas e programas especiais voltados à saúde do homem. Essas ações, segundo Teixeira, Souza e Paim (2014), ainda são incipientes no contexto do SUS. Souza (2012) disserta que o interesse pela saúde masculina, como objeto de políticas e de pesquisas, é recente e tem aguçado cada vez mais atenção no mundo acadêmico.

Por isso, as conexões entre homens e saúde ainda apresentam lacunas (BURILLE; GERHARDT, 2013). Portanto, investigar ações voltadas à saúde do homem pode contribuir para repensar as estratégias adotadas, auxiliando na compreensão das (im)possibilidades e (des)motivações de os homens frequentarem os serviços da ABS, que constitui a “porta de entrada” preferencial aos serviços ofertados pelo SUS.

Esta dissertação está sistematizada em cinco capítulos: nesta introdução abordo questões iniciais compostas pelo tema, problema, objetivos e relevância do estudo; o capítulo dois traz os meandros percorridos para a pesquisa, bem como principais características do GH e seus participantes; o capítulo três contém a revisão de literatura sobre a promoção da saúde e suas implicações na prática de saúde; no capítulo quatro exponho as análises obtidas, abordando relatos do diário de campo na perspectiva do movimento da PS; por fim, o último capítulo se refere às considerações finais.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. INSERÇÃO NO GRUPO DE HOMENS

Minha inserção no GH se deu por meio das experiências no estágio supervisionado em educação física e saúde durante a graduação. Eu fiz parte da segunda turma em EF bacharelado da UFES, cujo curso iniciou em 2008. Quando realizei o estágio em EF e saúde, me encontrava no oitavo período, o penúltimo do curso, no primeiro semestre do ano 2012. Apesar disso, não tinha ainda estudado políticas públicas de saúde. O que eu conhecia acerca do SUS era proveniente de informações midiáticas e experiências de vida. Ou seja, o que eu imaginava ser o SUS se limitava à imagem de hospitais sucateados com corredores lotados e filas enormes para se conseguir atendimento exclusivamente médico.

Foi então que na divisão da turma do oitavo período em subgrupos, para atuarem em seus respectivos campos de estágio, fui destinado ao subgrupo cujo campo de atuação era uma unidade de saúde do SUS, com supervisão do professor Dr. Marcos Bagrichevsky, que havia ingressado como professor da UFES no ano de 2010. Os membros desse subgrupo de estágio, por sua vez, foram divididos em duplas, onde cada uma delas estagiaria em um grupo de promoção da saúde. Formei dupla com Rute (nome fictício), e escolhemos estagiar no Grupo de Homens.

Bagrichevsky se dirigiu à SEMUS de um município do ES com a finalidade de encontrar um possível campo destinado ao estágio em EF e saúde. Os profissionais lhe indicaram a USB Azul, pois essa unidade é referência no município em relação a grupos de promoção da saúde.

Este campo de estágio soava para nós como novidade. Não só pra nós... Para saber detalhes acerca da localização da UBS Azul, perguntei para uma colega de trabalho que é técnica em enfermagem e que residiu em um território adstrito àquela UBS durante a infância e juventude, e que ainda frequentava aqueles territórios, visto que sua mãe continuou residindo por lá. Após me esclarecer, essa colega de trabalho me indagou o porquê de eu ter tido interesse naquela UBS. Respondi que faria meu estágio supervisionado da faculdade de EF lá. Imediatamente a colega, com expressão de dúvidas, comentou: “O que estagiário de educação física vai fazer na unidade de saúde?”. Então conversamos por mais alguns minutos e tentei, de forma sucinta e clara, explicar, baseado nos conteúdos estudados antes da imersão

no campo (antes de irmos ao campo de estágio, realizamos leituras, resenhas e discussões acerca de referencial teórico sobre as temáticas políticas de saúde no Brasil).

Meu primeiro contato com a UBS Azul ocorreu em 19 de março de 2012, dia em que a sanitarista da unidade apresentou, no auditório da UBS, a análise situacional⁴ dos territórios adstritos para os acadêmicos de diversos cursos da área da saúde, recém-chegados na UBS. Naquele dia, tivemos uma visão panorâmica acerca do contexto socioeconômico e sanitário daqueles territórios.

Após mais de um mês, no dia 26 de abril de 2012, conhecemos o GH. Quando entrei no auditório da UBS naquele dia, observei os assentos organizados em círculo e uma mesa preparada com frutas, pães, café, leite e sucos. Inclusive, também já preparei, juntamente com os demais acadêmicos, o café da manhã do GH. Essa refeição matinal possuía uma significação especial para esses homens, pois foi pensado como estratégia de educação alimentar, propondo reflexões acerca da importância da primeira refeição do dia, pois muitos participantes do grupo no início do dia faziam ingestão de bebida alcoólica e deixavam de se alimentar. Além de estimular os participantes a se alimentarem, essa estratégia buscou fomentar a reflexão sobre a escolha dos alimentos. De forma secundária, o café da manhã teve o intuito de fazer com que os participantes se sentissem bem acolhidos no grupo, servindo de “atrativo” para sua participação no GH.

Naquele primeiro dia no GH, a preceptora Acidália nos apresentou ao grupo, onde fomos bem recepcionados. Observei que os participantes do GH demonstraram simpatia com nós. Com a receptividade que tivemos me senti bem no GH.

Ao término do estágio, entregamos ao professor Bagrichevsky um relatório sobre nossas experiências com o GH. O professor nos fez um convite para transformarmos aquele relatório em um trabalho de conclusão de curso (TCC). Tanto eu como a acadêmica Rute tínhamos projetos de TCC com outras temáticas, e deparamos com a possibilidade de desenvolvermos e aprimorarmos o relatório sobre o GH, sistematizando as experiências à luz da literatura acadêmica. Aceitamos o convite e concluímos o curso apresentando o TCC no dia 17.04.2013, no auditório do Centro de Educação Física e Desportos (CEFD), com o título: *A promoção da saúde em perspectiva a partir de cenários reais: entre o paradigma idealizado e as práticas possíveis em um território capixaba*. Foi a partir dessa experiência que surgiu a inquietação: como são desenvolvidas as práticas de PS à luz da perspectiva da

⁴ Levantamento e análise do processo saúde-doença relacionado ao perfil demográfico, econômico e sócio-sanitário, que inclui, entre outras informações: morbidade, fatores de risco, mortalidade, recursos materiais, cobertura de ações e serviços básicos, etc.

Clínica Ampliada em um GPS de uma UBS capixaba? Esse problema fomentou meu ingresso no Programa de Pós Graduação em EF da UFES, a fim de desenvolver o projeto de pesquisa com o título desta dissertação.

2.2. PERSPECTIVA ETNOGRÁFICA

Trata-se de estudo de análise empírico-conceitual, que adotou como tema central a promoção da saúde, desenvolvido por meio da *observação participante*. Nesse sentido, certos aspectos teóricos basilares relacionados ao tema e ao objetivo (encontrados na literatura científica) foram problematizados à luz da experiência vivenciada na UBS Azul. Para tanto, as atividades cotidianas do GH das quais participei nessa UBS foram tomadas como referência “concreta”.

Uma das potencialidades do estudo de campo qualitativo é a densidade dos “dados” empíricos. Por isso, neste estudo pretendeu-se ir além da mera descrição de fatos, buscando também analisá-los e compreendê-los em profundidade. Entre os métodos pertinentes para esta investigação encontra-se a abordagem etnográfica. Assinalo que não houve pretensão de usar toda etnografia, método específico da pesquisa antropológica consoante Rocha e Eckert (2008), por ser muito ampla e fugir da proposta desta investigação. Trata-se, portanto, da adoção de alguns procedimentos técnicos próprios da pesquisa etnográfica como a observação, vinculadas agora a outros campos teóricos de interpretação da realidade social que não a teoria antropológica (ROCHA; ECKERT, 2008), ressaltando que o trabalho conduzido por pesquisadores de outras disciplinas sociais, sobretudo quando esses pesquisadores articulam a pesquisa empírica com a interpretação de seus resultados, é condizente com a especificidade do trabalho antropológico (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006).

A perspectiva etnográfica agrega estratégias de observação e de descrição, mecanismos que viabilizam o pesquisador desempenhar o papel de “intérprete” da realidade estudada (STECANELA, 2009), uma vez que “[...] o pesquisador em pesquisa social se transforma num tradutor dos sentidos das linguagens e percepções produzidas numa determinada realidade” (ibid., p. 74). A etnografia objetiva entender o mundo simbólico no qual as pessoas estão inseridas, buscando enxergar os fatos da forma como elas enxergam e captar os sentidos que elas atribuem às suas próprias experiências.

Acerca dessa perspectiva metodológica, Stecanela (2009) se vale da metáfora “escavador do cotidiano” em referência ao pesquisador, o aproximando da imagem do arqueólogo que tenta descobrir o que está oculto. A autora inclui entre as estratégias de “escavação do cotidiano” a *observação participante* no cenário de pesquisa, e entre as estratégias de “escovação das palavras” a análise e interpretação dos “dados”, questões abordadas adiante.

A etnografia abarca a trajetória do projeto de pesquisa, abrangendo uma diversidade metodológica – preparação (construção do próprio tema e objeto de pesquisa desde a adoção de determinados recortes teórico-conceituais do próprio campo disciplinar e suas áreas de conhecimento) e ida a campo, entrevistas, observação participante, diário de campo, análise e interpretação dos “dados”, e escrita densa. Logo, etnografia não é apenas entrevista e nem a mera observação. Pressupõe relação entre teoria e prática. Portanto, é o percurso da pesquisa de forma dinâmica, e não linear (ROCHA; ECKERT, 2008).

Essa perspectiva de pesquisa responde a uma demanda científica de produção de “dados” a partir de uma inter-relação entre o pesquisador e o(s) sujeito(s) pesquisado(s) que interagem no contexto recorrendo à observação direta, conversas informais e formais e entrevistas não-diretivas, o que permite o pesquisador mergulhar no mundo simbólico do(s) pesquisado(s) e compreender os fenômenos de “dentro” (ROCHA; ECKERT, 2008).

A etnografia está imersa na escrita, que inclui no mínimo uma tradução da experiência em texto. Etnografia pressupõe a imersão do pesquisador no campo de estudo, possibilitando examinar como as pessoas vivem em seu ambiente e quais valores e crenças guiam seus modos de agir. É, então, um modo sistematizado de aprender sobre determinada cultura, a partir de um intenso envolvimento intersubjetivo.

Durante a pesquisa, o etnógrafo lança mão de três maneiras de apreensão dos fenômenos sociais: o “olhar”, o “ouvir” e o “escrever”. Essas três etapas constituem as principais “faculdades do entendimento” sociocultural inerentes ao modo de conhecer das ciências sociais. No “olhar” e no “ouvir” “disciplinados” (disciplinados pela disciplina) realiza-se nossa “percepção”, e no “escrever” o nosso “pensamento” se exercita plenamente como produtor de conhecimento voltado às ciências sociais (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006).

Destaco que, independentemente do método, o pesquisador tem que ter claro a questão investigativa. Não se pode ter as respostas se não se sabe quais são as perguntas. Ou seja, na perspectiva etnográfica também é necessário saber exatamente o que se quer saber, como e o que observar e o que é teoricamente significativo, e isso pode ser conseguido graças

a um treinamento sistemático em antropologia social. O fato de que o antropólogo vai a campo com ideias preconcebidas sobre a natureza das sociedades nativas não constitui viés. Afinal, todo mundo vai a uma sociedade “primitiva” com ideias preconcebidas. A diferença é que as ideias do pesquisador se baseiam em um considerável corpo de conhecimento acumulado e meditado, e não em ideias preconceituosas e desinformadas como as dos leigos (EVANS-PRITCHARD, 1978a).

Saliento que o trabalho etnográfico não existe para confirmar as hipóteses do pesquisador. Rocha e Eckert (2008) chegaram a afirmar que nesse tipo de estudo não é usual contemplar hipóteses iniciais, uma vez que estas surgem na medida em que a investigação avança com a aproximação ao universo estudado. Contudo, Evans-Pritchard (1978b) defendeu que a investigação antropológica não se pode levar a cabo sem elas (hipóteses). Quer dizer, em estudo etnográfico o pesquisador vai a campo com a questão a investigar, embasado em teorias, mas não de forma “fechada”. De acordo com o antropólogo Malinowski (1998 [1922]), considerado um dos fundadores da Antropologia, se o pesquisador não estiver aberto para redirecionamentos durante o estudo, inutilmente vai a campo. Isso significa que a pesquisa de campo (re)formula perguntas e (re)direciona o estudo.

2.3. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Em pesquisas qualitativas, o material de campo não se coleta, pois não está dado, mas é produzido na relação. Uma das estratégias de produção de “dados” que caracterizam o método etnográfico é a observação direta da vida humana, participando de eventos sociais e culturais com as pessoas em seus locais de vida, estando com elas no fluxo dos acontecimentos, ultrapassando a noção ingênua de que a realidade é mensurável ou visível em uma atitude individual. Essa estratégia surgiu com Malinowski, considerado o fundador do método por ter consolidado a pesquisa de campo. A observação participante coloca o pesquisador no cenário de vida de seus interlocutores, o possibilitando assimilar a vida social e cultural de uma população em sua plenitude a partir da observação de como os diferentes aspectos da vida social se expressam em situações singulares, revelando valores, significados, comportamentos, emoções, intenções, motivações, modos de vida e visões de mundo diferentes (ROCHA; ECKERT, 2008; ANGROSINO, 2009). O emprego desta técnica se explica, pois “[...] existem vários fenômenos de grande importância que não podem ser

recolhidos através [*sic*] de questionários ou da análise de documentos, mas que têm de ser observados em pleno funcionamento. [...]” (MALINOWSKI, 1998 [1922], p. 31).

Embora a observação participante se consolidou na investigação antropológica, junto a populações de pequena escala e exóticas, ela também ocorre no exercício da pesquisa na zona urbana onde o próprio pesquisador reside (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006; ANGROSINO, 2009), a exemplo da pesquisa de campo realizada durante quatro anos (entre 1936 e 1940) por Foote-Whyte (2005) em um bairro de Boston nos Estados Unidos, estudo que se constitui uma clássica etnografia urbana.

Segundo Silva e Sena (2013), é possível revelar a compreensão da vida cotidiana, com seus sentidos e significados, examinando a vida e pensamentos no dia-a-dia. Com base na concepção do processo saúde-doença como fenômeno sociocultural, este estudo leva em conta o conhecimento compartilhado entre os sujeitos da relação social, o *senso comum*, superando a noção que o considera como fenômeno banal, mero e exterior conhecimento, ou destituído de verdade, fonte de equívocos e distorções (MARTINS, 1998).

As observações do presente estudo foram realizadas nos encontros do GH na UBS Azul, ou em outros espaços dos territórios adstritos à unidade, além de outros locais em que ocorreram encontros desse grupo, como, por exemplo, prática esportiva em praça pública, na quadra esportiva de uma Organização Não Governamental (ONG), e visita ao Planetário localizado no campus de Goiabeiras da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Geralmente, para os antropólogos, observação participante implica que o pesquisador, na medida do possível e do conveniente, viva a vida do povo que está estudando (EVANS-PRITCHARD, 1978a). Convém esclarecer que as sessões de observação participante desta pesquisa ocorreram nos encontros do Grupo de Homens da UBS Azul, seja nas dependências da unidade de saúde ou em outros espaços onde ocorreram as atividades coletivas. Além das observações realizadas nos encontros, foram feitos registros das reuniões que acontecem entre os profissionais e acadêmicos envolvidos com o GH (após os encontros do grupo), bem como de fenômenos observados em uma visita a uma microárea dos territórios adstritos à UBS Azul, e observações do entorno quando estava chegando ou saindo do campo de estudo, ou quando estava indo para a quadra esportiva de uma ONG localizada próximo à unidade de saúde onde ocorreram alguns encontros do grupo, ou quando íamos a pé para outro espaço localizado nas adjacências. Portanto, não morei no campo de pesquisa como Foote-Whyte (2005).

No processo da observação participante, busquei seguir a postura de Malinowski (1998 [1922]), que não abriu mão de se apresentar a seus interlocutores como um

pesquisador; e de Foote-Whyte (2005), que, por meio de sua experiência de campo em *Corneville*, um bairro de Boston, descobriu que as pessoas não esperavam que ele fosse igual a elas. Pelo contrário, sentiam-se mais atraídas e satisfeitas pelo fato de o acharem diferente.

No total, foram 30 sessões de observação participante no GH, durante os períodos discriminados a seguir: (I) seis sessões entre 26.04.2012 a 14.06.2012; (II) dezessete sessões de observação entre 14.11.2013 e 27.03.2014; (III) seis sessões de observação entre 24.07.2014 a 28.08.2014; e uma sessão em 16.10.2014. Eu ficava no mínimo três horas na UBS a cada dia em que ia ao grupo (chegava antes dos encontros do grupo e participava das reuniões de equipe, após os encontros do GH). Após o estágio no GH, estive envolvido com as atividades acadêmicas do curso EF a fim de concluir a graduação, que finalizei com a apresentação do TCC em 17.04.2013. Após a conclusão da graduação, optei em estudar para um concurso público federal que fiz em 2013. Como não passei naquele concurso, então decidi continuar estudando na área da Educação Física. Daí meu retorno ao grupo em 14.11.2013, campo que me inspirou a realizar o projeto de pesquisa que desenvolvi no GH. Devido meu trabalho⁵ e as disciplinas do mestrado em EF, ocorreram as interrupções nas minhas observações no campo de pesquisa em 2014. Durante as interrupções eu ficava sabendo do grupo por intermédio do meu orientador que frequentava o GH juntamente com seus outros alunos da disciplina estágio supervisionado em EF e saúde. Inclusive, um dos alunos do meu orientador se reunia comigo uma vez por semana para conversarmos acerca das nossas anotações feitas no GH, momentos em que enriquecíamos meu diário de campo.

Os encontros do GH têm início previsto para as 08h00min, sendo que o auditório da UBS é o ponto de encontro entre profissionais, acadêmicos e usuários. Nos minutos iniciais dos encontros, profissionais e acadêmicos aferem a Pressão Arterial (PA) e taxa glicêmica dos participantes do grupo, registrando os dados nos cartões de cada usuário, bem como no caderno específico do grupo. Esse momento ocorre sistematicamente, pois muitos participantes apresentam essas variáveis fisiológicas alteradas, sobretudo usuários de drogas. Comumente, as atividades coletivas no GH duram uma hora e meia. As cadeiras do auditório da UBS são colocadas em círculo para os encontros, a fim de que haja maior interação entre os participantes, entre profissionais/acadêmicos, e entre esses e os participantes. Após o encerramento das atividades coletivas, habitualmente os profissionais e acadêmicos implicados com o GH se reúnem a fim de discutirem sobre a dinâmica do grupo. Mas a gestão e organização do grupo ocorrem antes, durante e depois das atividades coletivas. A equipe de

⁵ Sou agente de uma das forças de segurança pública do Espírito Santo, Polícia Militar.

saúde faz reuniões acerca da gestão do grupo, mas busca incluir os usuários no processo decisório sistematicamente, inclusive com o planejamento coletivo das atividades do grupo realizado trimestralmente junto com os usuários. Dessa forma, as práticas aqui descritas e analisadas têm a ver com esse processo decisório coletivo.

A Tabela 1 fornece levantamento da frequência dos participantes em cada uma das sessões de observação participante, bem como a principal característica das atividades desenvolvidas e seus respectivos locais.

Tabela 1. Observação participante: frequência de usuários, atividades desenvolvidas e respectivos locais

(continua)

Sessão	Data	Frequência de usuários	Atividades desenvolvidas no GH	Local
1 ^a	26.04.2012	09	Oficina terapêutica sobre relação familiar e percepção de saúde	Auditório
2 ^a	10.05.2012	09	Palestra sobre horta	Auditório
3 ^a	17.05.2012	11	Oficina terapêutica sobre lazer e saúde	Auditório
4 ^a	24.05.2012	13	Palestra sobre hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i>	Auditório
5 ^a	31.05.2012	11	Dinâmica sobre autoestima: “Teia da amizade”	Auditório
6 ^a	14.06.2012	14	Palestra sobre trabalho	Auditório
7 ^a	14.11.2013	09	Palestra sobre saúde do homem	Auditório
8 ^a	21.11.2013	09	Jogo de futebol	Quadra de uma ONG
9 ^a	28.11.2013	10	Oficina terapêutica sobre sexualidade	Auditório
10 ^a	05.12.2013	10	Oficina terapêutica sobre identidade do grupo	Auditório
11 ^a	19.12.2013	05	Oficina terapêutica sobre projetos existenciais	Auditório
12 ^a	09.01.2014	12	Planejamento de atividades	Auditório

Tabela 1. Observação participante: frequência de usuários, atividades desenvolvidas e respectivos locais

(continuação)

Sessão	Data	Frequência de usuários	Atividades desenvolvidas no GH	Local
13 ^a	16.01.2014	07	Jogo de futebol	Quadra de uma ONG
14 ^a	23.01.2014	07	Oficina terapêutica sobre a participação no GH e possíveis efeitos decorrentes dela.	Auditório
15 ^a	30.01.2014	11	Palestra sobre saúde bucal	Auditório
16 ^a	06.02.2014	11	Dinâmica com atadura gessada (confeção de máscaras)	Auditório
17 ^a	13.02.2014	13	Dinâmica com atadura gessada (aperfeiçoamento das máscaras)	Auditório
18 ^a	20.02.2014	10	Alongamentos musculares	Auditório
19 ^a	27.02.2014	12	Oficina terapêutica “convivendo com máscaras”	Auditório
20 ^a	06.03.2014	09	Dinâmica sobre atividades esportivas	Auditório
21 ^a	13.03.2014	13	Dinâmica com argila	Auditório
22 ^a	20.03.2014	05	Jogo de bocha	Uma praça pública
23 ^a	27.03.2014	09	Dinâmica de mímica (expressões corporais)	Auditório
24 ^a	24.07.2014	11	Jogo de futebol de botão	Auditório
25 ^a	31.07.2014	07	Visita ao Planetário	Planetário (UFES)
26 ^a	07.08.2014	11	Oficina terapêutica que teve o futebol de botão como disparador	Auditório
27 ^a	14.08.2014	08	Realização de convites de homens dos territórios da UBS para a Ação de Sábado	Auditório
28 ^a	21.08.2014	09	Alongamentos musculares	Auditório

Tabela 1. Observação participante: frequência de usuários, atividades desenvolvidas e respectivos locais

(conclusão)

Sessão	Data	Frequência de usuários	Atividades desenvolvidas no GH			Local
29 ^a	28.08.2014	10	Oficina terapêutica	sobre	Auditório	
			alcoholismo			
30 ^a	16.10.2014	10	Oficina terapêutica	sobre	Auditório	
			violência			

Nota-se que o total de frequência de usuários nas 30 sessões de observação participante foi igual a 295, correspondendo a uma média de nove usuários por encontro. Dos 30 encontros observados, a maioria (um total de 26) ocorreu no auditório da UBS. Em relação às atividades desenvolvidas no grupo, nota-se uma diversidade de temas. No que se refere à forma em que os temas são desenvolvidos, predominou práticas corporais e atividades lúdicas/dinâmicas de grupo (n=13), seguido de oficinas terapêuticas (n=10), palestras (n=5), convites a outros homens moradores dos territórios adstritos à UBS (n=1) e planejamento coletivo das atividades (n=1).

A tabela 2 mostra a participação de profissionais e acadêmicos de diversas áreas em cada sessão de observação participante.

Tabela 2. Observação participante: frequência de profissionais e acadêmicos no GH

(continua)

Sessão	Profissionais da UBS	Profissionais de outro serviço	Acadêmicos (graduação e pós graduação)
1 ^a	01 professor de EF	01 professor de EF; 01 psicólogo	02 de EF; 02 de enfermagem; 01 de farmácia
2 ^a	01 professor de EF; 01 psicólogo	01 médico; 01 psicólogo	02 de EF; 02 de medicina; 01 de farmácia
3 ^a	01 professor de EF; 01 psicólogo	Zero	02 de EF; 02 de medicina; 01 de farmácia

Tabela 2. Observação participante: frequência de profissionais e acadêmicos no GH

(continua)

Sessão	Profissionais da UBS	Profissionais de outro serviço	Acadêmicos (graduação e pós graduação)
4 ^a	01 professor de EF	Zero	02 de EF; 02 de medicina; 01 de farmácia
5 ^a	01 professor de EF; 01 psicólogo	01 psicólogo	02 de EF; 02 de medicina
6 ^a	01 professor de EF	01 psicólogo; 03 profissionais da secretaria de trabalho da Prefeitura do município	02 de EF; 02 de medicina; 02 de psicologia; 01 de farmácia
7 ^a	01 enfermeiro; 01 psicólogo; 01 técnico de enferm.	01 médico	02 de EF; 02 de farmácia; 01 de psicologia
8 ^a	01 enfermeiro	Zero	02 de EF; 01 de psicologia; 01 de terapia ocupacional (TO)
9 ^a	01 enfermeiro; 01 professor de EF; 01 psicólogo	Zero	02 de EF; 02 de farmácia; 01 de psicologia; 01 de TO
10 ^a	01 professor de EF; 01 técnico de enferm.	Zero	03 de EF; 01 de enfermagem
11 ^a	01 enfermeiro; 01 técnico de enferm.	Zero	02 de EF
12 ^a	01 enfermeiro; 01 professor de EF; 01 técnico de enferm.	Zero	02 de medicina; 01 de EF; 01 de psicologia
13 ^a	01 enfermeiro; 01 professor de EF	Zero	02 de EF; 02 de medicina; 01 de farmácia; 01 de TO
14 ^a	01 enfermeiro; 01 professor de EF; 01 técnico de enferm.	Zero	02 de EF; 02 de farmácia; 01 de medicina; 01 de psicologia; 01 de TO

Tabela 2. Observação participante: frequência de profissionais e acadêmicos no GH

(continuação)

Sessão	Profissionais da UBS	Profissionais de outro serviço	Acadêmicos (graduação e pós graduação)
15 ^a	02 técnicos de enferm.; 01 dentista; 01 enfermeiro; 01 professor de EF	01 professor de EF	02 de EF; 02 de farmácia; 02 de medicina; 01 de enfermagem; 01 de psicologia; 01 de TO
16 ^a	01 professor de EF	01 professor de EF	02 de EF; 02 de farmácia; 02 de medicina; 01 de psicologia; 01 de TO
17 ^a	01 enfermeiro	Zero	03 de EF; 01 de farmácia; 01 de psicologia; 01 de TO
18 ^a	01 psicólogo	01 professor de EF	03 de EF; 02 de farmácia; 02 de psicologia; 01 de odontologia; 01 de TO
19 ^a	01 enfermeiro	Zero	02 de farmácia; 02 de psicologia; 01 de EF; 01 de medicina; 01 de TO
20 ^a	01 enfermeiro; 01 psicólogo	Zero	02 de EF; 02 de farmácia; 01 de odontologia; 01 de psicologia; 01 de TO
21 ^a	01 enfermeiro; 01 psicólogo; 01 téc enfer.	Zero	02 de EF; 02 de psicologia; 01 de farmácia; 01 de TO
22 ^a	01 enfermeiro	Zero	01 de EF; 01 de psicologia; 01 de TO
23 ^a	01 enfermeiro; 01 psicólogo; 01 técnico de enferm.	Zero	02 de EF; 02 de psicologia
24 ^a	01 professor de EF; 03 técnicos de enferm.	01 professor de EF; 01 psicólogo	04 de EF; 01 de odontologia; 01 de TO

Tabela 2. Observação participante: frequência de profissionais e acadêmicos no GH

(conclusão)

Sessão	Profissionais da UBS	Profissionais de outro serviço	Acadêmicos (graduação e pós graduação)
25 ^a	01 professor de EF; 01 técnico de enferm.	Zero	02 de EF; 01 de enfermagem; 01 de odontologia; 01 de psicologia; 01 de TO
26 ^a	01 professor de EF	01 professor de EF	03 de EF; 01 de enfermagem; 01 de odontologia; 01 de psicologia; 01 de TO
27 ^a	01 professor de EF; 01 técnico de enferm.	Zero	01 de EF; 01 de medicina; 01 de TO
28 ^a	01 técnico de enferm.	Zero	02 de EF; 01 de farmácia; 01 de TO
29 ^a	01 técnico de enferm.	Zero	02 de EF; 01 de medicina; 01 de odontologia; 01 de psicologia ; 01 de TO
30 ^a	01 enfermeiro; 01 técnico de enferm.	01 professor de EF	01 de psicologia; 01 de TO

A partir dos 30 encontros observados, nota-se que os profissionais da UBS que mais participaram das atividades do GH foram: professor de EF (n=17), enfermeiro (n=15) e técnicos de enfermagem (n=15). Em seguida temos o psicólogo (n=9) e dentista (n=1). Desses 30 encontros, em 11 o grupo contou com a participação de profissionais de fora da UBS: professor de EF (n=7), psicólogo (n=5), médicos (n=2) e profissionais da secretaria de trabalho do município (n=1). Em relação à participação de acadêmicos nesses 30 encontros, nota-se que o campo de atuação mais presente foi a educação física (n=58), seguido pelo campo da farmácia (n=24), psicologia (n=24), medicina (n=20), terapia ocupacional (n=18), enfermagem (n=6) e odontologia (n=6). Vale salientar a ausência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas atividades coletivas observadas no GH, ao mesmo tempo em que, conforme

relatos de profissionais da equipe de saúde que atuou no GH, os ACS auxiliam na divulgação desse grupo em suas respectivas microáreas.

A tabela seguinte mostra, com nomes fictícios, os profissionais e acadêmicos que atuaram no GH em cada período das sessões de observação participante. Por meio da tabela observa-se que os profissionais e acadêmicos não eram os mesmos que atuaram nos distintos períodos das sessões de observação no campo, com exceção da professora de EF Acidália. Tal fato está centralmente ligado à questão do vínculo no grupo, aspecto que será abordado nos capítulos de abordagem conceitual e de análise dos “dados” empíricos.

Tabela 3. Observação participante: profissionais e acadêmicos que atuaram no GH

(continua)

Período	Profissionais da UBS	Profissionais de outros serviços	Acadêmicos
26.04.2012	Professora de EF Acidália;	Médica Zena; Professor universitário de EF Tadeu;	EF: pesquisador e Rute; Enfermagem: Nádia e Zena;
14.06.2012	Psicóloga Amícia	Psicólogo Simão; Trabalhadores da secretaria do trabalho do município: Félix, Felícia e Feliciania.	Farmácia: Telma; Medicina: Blandino e Ágata; Psicologia: Bianca e Vanusa
14.11.2013	Professora de EF Acidália;	Médico Fábio; Professor universitário de EF Tadeu.	EF: pesquisador, Bud e Erasmo;
27.03.2014	Enfermeiro Bonifácio; Psicóloga Amália; Técnicas em enfermagem Alena e Dulce.		Enfermagem: Filomena; Farmácia: Rebeca e Vívian; Medicina: Dalila, Filomeno e Flor; Odontologia: Samara; Psicologia: Karina e Simone; TO: Beatriz

Tabela 3. Observação participante: profissionais e acadêmicos que atuaram no GH

(conclusão)

Período	Profissionais da UBS	Profissionais de outros serviços	Acadêmicos
24.07.2014 a	Professora de EF Acidália;	Professor universitário de EF Tadeu;	EF: pesquisador, Bueno, Bud, Elpídio e
28.08.2014	Técnicos em enfermagem Dulce, Florência e Florêncio;	Psicólogo Simão.	Floriano; Medicina: Eumênes; Odontologia: Floriana e Samara; Psicologia: Noemi e Simone; TO: Beatriz;
16.10.2014	Enfermeiro Bonifácio; Técnica em enfermagem Dulce.	Professor universitário de EF Tadeu	EF: pesquisador; Psicologia: Simone; TO: Beatriz.

2.4. DIÁRIO DE CAMPO

O material para a análise empírica desta pesquisa foi obtido a partir de informações sistematizadas no diário de campo, no meu caso, arqueei o diário digitado no *Word* sempre em local seguro em meu computador pessoal. Para tanto, foram feitos, na medida do possível, registros em bloco de notas (papel e caneta) durante (e logo após) as sessões semanais do GH, com a devida autorização dos participantes, profissionais e acadêmicos do grupo, a fim de fidelizar, ao máximo, os principais acontecimentos. Em certas ocasiões, como na visita territorial, por exemplo, memorizava os eventos, registrando-os no caderno assim que tinha oportunidade. Isso porque há situações que não é viável fazer registros no exato momento. Nas visitas territoriais, por exemplo, os profissionais da UBS orientam aos demais profissionais e acadêmicos a não levarem aparelhos, como telefones celulares e máquinas fotográficas, por questão de segurança. Esses objetos e anotações em caderneta poderiam suscitar a desconfiança de moradores, especialmente daqueles envolvidos

em ações como o tráfico de drogas (que é intenso em algumas regiões dos territórios adstritos à UBS Azul), o que inviabilizaria a pesquisa.

As anotações no bloco de notas feitas nos encontros do GH subsidiaram o diário de campo, que consiste em anotações de cada dia no campo atinentes ao que o pesquisador vê, ouve e sente na convivência com as pessoas com quem compartilha certo tempo de suas vidas (ROCHA; ECKERT, 2008). Esses registros incluem descrições de espaços, interações, relações e práticas, entremeadas pelo esforço interpretativo do pesquisador e por suas próprias sensações. Assim, o diário abrangeu as descrições, principalmente: das práticas desenvolvidas no GH; frequência de usuários, profissionais e acadêmicos no grupo; das narrativas dos sujeitos participantes do GH, dos profissionais e acadêmicos envolvidos no planejamento das atividades coletivas realizadas no grupo; de comportamentos, estado físico e emocional e indumentárias dos frequentadores do GH; de questões (inter)subjetivas que surgiram a cada encontro, relacionadas com o tema deste estudo.

O diário de campo é o instrumento mais básico para o pesquisador que está fazendo uma etnografia. Segundo Malinowski (1998 [1922]), um diário etnográfico, realizado sistematicamente ao longo do tempo de trabalho numa região, constitui um instrumento ideal para este tipo de pesquisa. É um documento pessoal e nele se escreve observações, experiências, cenas, falas, expressões, sentimentos e sensações. Sua função é registrar, detalhadamente e fielmente, esses fenômenos inerentes à estada do pesquisador no campo.

[...] Os diários de campo são registros sistemáticos das atividades em campo, nele [*sic*] são anotadas descrições, trechos de fala, impressões, sentimentos, este material é lido e relido durante o processo da pesquisa para que novas interpretações sejam feitas ou questões sejam aprofundadas. [...] (DALMOLIN; LOPES; VASCONCELLOS, 2002, p. 25).

Nesse sentido, Malinowski (1998 [1922]), com base em suas experiências etnográficas, relatou que a comparação dos “dados” e a tentativa da sua articulação, no trabalho de campo, revelam frequentes lacunas na informação, o que, por sua vez, incita ao prosseguimento da investigação. Em suas palavras: “[...] muitas vezes os problemas pareciam claramente resolvidos até começar a escrever um pequeno rascunho preliminar dos resultados. [...]” (ibid., p. 26). Assim, entre uma expedição e outra das três que realizou no período de 1914 a 1918, Malinowski disse que revisitava e analisava o diário de campo. O autor afirma que a cada vez que o fazia ele estava ciente de que teria de voltar a reescrevê-lo, frisando

ainda que não poderia ter prosseguido, na pesquisa, sem esse processo de cruzamento entre trabalho construtivo e observação.

As informações contidas nas cadernetas de campo e diário se tornam mais claras e inteligíveis quando o pesquisador as rememora. Portanto, a memória é essencial para a redação de um texto etnográfico, contendo ela mesma informações cuja significação é melhor alcançável quando o pesquisador a traz de volta do passado, ou seja, na “presentificação do passado” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006).

O diário de campo deste estudo foi construído a partir das experiências nas 30 sessões de observação participante. Destaca-se que os “dados” não falam por si. Para torná-los inteligíveis é necessário empreender a sua análise (ANGROSINO, 2009). A análise objetiva qualificar as vivências e percepções dos sujeitos da pesquisa, auxiliando o pesquisador a olhar os “dados” de forma menos etnocêntrica, identificando tanto informações explícitas quanto tácitas. Parafraseando Stecanela (2009), asseguro que na condição de observador, não estou fora do campo que descrevo. Assim, posso estar tomado de um olhar apaixonado, idealizado, fragmentado, quando não ingênuo.

A análise consistiu no desafio de encontrar, nesse material, elementos de resposta para as questões e objetivos desta pesquisa. De posse do material produzido na relação com os participantes do GH, parti para a leitura “flutuante” do mesmo, fazendo em seguida a análise categorial das temáticas, visando a qualificação das vivências e dos fenômenos e a apreensão de uma realidade visível bem como de uma realidade invisível, que pode se manifestar nas “entrelinhas” com vários significados. A análise temática sucedeu em três fases: a) pré-análise: momento de organização das informações, compreendendo a leitura flutuante, quer dizer, contato com o material a ser submetido à análise a fim de conhecê-lo, deixando emergir as impressões e orientações; b) exploração do material: análise dos “dados”, abrangendo a categorização, que é o processo que reduz o texto em expressões significativas. As categorias são grandes enunciados que abrangem uma quantia variável de temas. Elas são balizadas pelos critérios de validade qualitativa: exclusividade (um elemento pode existir em apenas uma categoria), homogeneidade (a organização das categorias deve ser fundamentada em um único critério de classificação), pertinência (as categorias devem estar sintonizadas com os objetivos da pesquisa), objetividade (está relacionado ao critério da exclusividade, prezando pela clareza das regras de classificação dos “dados”); c) tratamento dos resultados: inferências e interpretações inter-relacionadas com o aporte teórico do estudo (CAMPOS C. J. G., 2004; CÂMARA, 2013; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A tabela 4 evidencia as categorias emergentes no processo de análise do diário de campo. Nesta pesquisa foi utilizada a categorização “**não apriorística**”, quer dizer, as categorias emergiram dos fenômenos observados no campo de pesquisa e registrados no diário relacionados ao problema e objetivos do estudo. O processo de categorização se deu por “**frequenciamento**” (repetição de conteúdos) e por “**relevância implícita**” (conteúdo relevante para o estudo apesar de não se repetir) (CAMPOS C. J. G., 2004).

Categoria inicial	Categoria intermediária	Categoria final
1. Informações sobre os sujeitos	Relações saúde, vida e subjetividades	I. Espaço comunicacional
2. Relação com a violência		
3. Universo masculino na saúde		
4. Sexo como tabu	Relações com a sexualidade	
5. Sexo e mulher		
6. Álcool como problema	Relações com álcool e drogas	
7. Álcool como solução		
8. Vantagens e aprendizagens dos vínculos	Vínculo e suas evidências	II. Desenvolvimento de vínculo
9. Esforço para manter o grupo		
10. Dificuldades para a formação de grupos		
11. Barreiras e desafios aos vínculos		
12. Mudança de papel	Atitude e participação dos usuários no GH	
13. Efeito da mudança de papéis		
14. Limites do protagonismo	Desafios para desenvolver o protagonismo	
15. Resistência/barreiras		

Os fenômenos aqui analisados são interpretados à luz da concepção teórica da Clínica Ampliada, dessa forma, a dinâmica das práticas de promoção da saúde analisadas é vista de forma a abarcar as dimensões biopsicossociais dos sujeitos. Para isso, esses eixos analíticos servem para analisar o GH em termos de tecnologias relacionais, dimensão imaterial no trabalho em saúde, que envolvem cuidado em saúde humanizado com vistas à

integralidade, acolhimento, vínculo e escuta atenta dos usuários dos serviços, conceitos que serão abordados no próximo capítulo, de abordagem teórica. Essas três categorias estão interligadas, existindo em si mesmas, porém contribuindo e fomentando outras.

A categoria “*espaço comunicacional*” analisa o GH na ótica do diálogo, escuta e expressão dos participantes do GH, buscando identificar se os sujeitos têm abertura para a fala e escuta além da conversa “mecânica” que objetiva coletar exclusivamente sintomas de patologias específicas (anamnese tradicional). Essa categoria discute o GH como espaço onde os participantes possam ou não expor seus pensamentos e reflexões acerca de algum tema específico ou experiências pessoais, mesmo quando se trata de assuntos que demandam constituição de vínculo entre os sujeitos para que sejam discutidos num espaço que seja liberto de alguns constrangimentos e com suspensão da atitude de julgamento moral. O espaço comunicacional favorece exposição de questões ora pertinente a saúde, ora cheio de credences populares que em nada acrescentam saberes. Somente por meio da comunicação que os pensamentos dos sujeitos podem ser conhecidos, as suas diversas contribuições para o grupo, e o seu estado atual frente à vida, além de proporcionar o vínculo.

A segunda categoria, “*desenvolvimento de vínculo*”, analisa o espaço do GH no que tange ao relacionamento entre os sujeitos (entre os participantes, entre profissionais e acadêmicos envolvidos com o grupo e entre esses e os participantes), com intuito de verificar se o relacionamento é próximo ou se é formal e burocrático, apontando as vantagens da formação do vínculo para o cuidado em saúde. Essa categoria aborda o desenvolvimento de sentimento de pertencimento ao grupo por parte dos usuários, bem como a sensação de se sentir acolhido no grupo, a percepção de apoio frente às adversidades, elementos que viabilizam a adesão às atividades de cuidado à saúde e o acesso dos usuários aos serviços da UBS a partir do vínculo. Com o vínculo a comunicação torna-se mais fluída, além de contribuir com o prazer de estar junto. Ademais, esta categoria aborda impasses referentes ao relacionamento entre os participantes do GH, bem como a evasão dos participantes ao GH, questões que exercem oposição à constituição de vínculo dos sujeitos.

Por último, “*protagonismo*” analisa o comportamento, atitude e participação dos usuários, identificando se eles são considerados e se agem como “sujeitos” detentores de autonomia ou se são vistos e agem como meros “pacientes”, ou seja, pessoas passivas e incapazes de contribuir para o cuidado em saúde, devendo, nesse caso, se submeterem ao conhecimento técnico-científico que os profissionais de saúde detêm, numa relação de superioridade desses últimos em relação aos primeiros. A comunicação e o vínculo favorecem a (co)autoria, neste caso, o protagonismos dos sujeitos nas diversas atividades. Os sujeitos

acabam se sentindo (como são) partes de uma sociedade em que suas vozes são escutadas e valorizadas, relacionamentos são concretizados, proporcionando, assim, o prazer no percurso da vida, podendo ainda os sujeitos vislumbrarem atividades criativas. Portanto, essa categoria disserta sobre a efetiva participação dos usuários no planejamento e execução das atividades desenvolvidas no grupo, no sentido de corresponsabilização, assim como iniciativas dos participantes na realização de atividades de grupo e o caráter inclusivo de estratégias adotadas pela equipe de saúde, favorecendo o protagonismo dos sujeitos. Por fim, nessa categoria são abordados os comportamentos de resignação por parte dos participantes do GH, o que endossa a necessidade de estímulos para o desenvolvimento de autonomia e protagonismo deles.

Estas categorias trazem a possibilidade de analisar como elas vão construindo uma relação que permite ter uma avaliação mais clara em termos de práticas de saúde desenvolvidas no GH, e quais são os avanços e os desafios. Cada categoria se articula às dimensões: a) conceitual: apresenta aspectos teóricos acerca dos temas analisados pelas categorias; b) programática: aborda como o serviço de saúde se organiza a fim de desenvolver práticas que abrangem aspectos contidos na dimensão conceitual; e c) relacional: trata de como os sujeitos envolvidos nas práticas de promoção da saúde interagem entre si no processo do cuidado em saúde para conseguir alcançar os objetivos, no caso, comunicação, vínculo e protagonismo dos sujeitos.

2.5. INTERLOCUTORES DO ESTUDO

A população investigada é constituída de moradores do sexo masculino dos territórios adstritos à UBS Azul, participantes do Grupo de Homens (GH). Consoante a tabela 1 (vide página nº 25), nove participantes, em média, compareceram aos encontros semanais. No geral, os participantes foram assíduos, mas houve também aqueles que frequentaram o grupo eventualmente. Os participantes mais assíduos durante as 30 sessões de observação foram: Zizinho, Garrincha, Bebeto, Kaká, Sócrates, Jairzinho, Falcão, Dinamite, Tostão, Rivaldo, Rivelino, Dunga, Edmundo e Cafú.

A maioria dos frequentadores do GH possui faixa etária entre 40-50 anos de idade (os mais novos, Neymar, Robinho e Dunga, estão na faixa de 20-40 anos), são membros de famílias humildes, possuem filhos, e grande parte dos participantes não concluiu o ensino fundamental. Entre os participantes há aposentados, afastados das atividades laborais por causa de enfermidades, desempregados, alguns trabalham no mercado informal (fazem

“bicos”), há também autônomos (que trabalham com venda de água e picolé) e trabalhadores com carteira assinada (porteiro). A Figura 1 ilustra, resguardando o anonimato, os participantes do GH em círculo num encontro ocorrido no auditório da UBS Azul.



Figura 1. Foto tratada digitalmente, de um encontro do GH no auditório da UBS Azul (Souza et al., 2015, p. 939).

Uma característica comum em muitos participantes do GH é o consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que o GH surgiu por meio de estratégias de identificação de usuários com problemas com álcool para sua mobilização na realização desse grupo de acompanhamento. Esse cenário está de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008), que menciona a maior prevalência de problemas com o álcool em homens, não sem consequências para a saúde.

“Não sei como eles [frequentadores do GH] estão de pé. Quando olhamos os resultados de exames que eles fazem, observamos que órgãos, como o fígado, encontram-se bastante deteriorados, devido ao uso crônico de bebidas alcoólicas”. (Diário de campo, professora de EF Acidália na reunião de equipe, 12ª sessão de observação).

Esse perfil dos participantes do GH é semelhante às características dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de Montes Claros/MG (MATOS et al., 2015) e dos usuários do CAPS AD do município de Blumenau-SC (FARIA; SCHNEIDER, 2009). Nesses CAPS AD, 85% (de 457 prontuários entre 2008 a 2010) e 88,15% (de 1122 de 2005 entre 2007) dos usuários, respectivamente, eram homens. Quer

dizer, se por um lado os homens frequentam menos os serviços da ABS (MENDONÇA; ANDRADE, 2010; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013), por outro, há indícios de que eles constituem a maioria nos serviços ofertados pelos CAPS AD.

Semelhantemente ao perfil dos participantes do GH da UBS Azul, a maioria dos usuários dos CAPS AD estudados por Matos et al. (2015) e Faria e Schneider (2009) faziam uso de bebida alcoólica: 75% dos usuários do CAPS AD de Montes Claros e 67,89% dos usuários do CAPS AD de Blumenau.

2.6. QUESTÕES ÉTICAS

Em função do contexto da pesquisa e por questão ética, os nomes das pessoas que participam do GH (usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde e acadêmicos), bem como o nome da UBS aqui registrados são fictícios, preservando desse modo, suas identidades originais, em conformidade com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Apesar do debate que existe acerca dos dilemas éticos na antropologia, vale enfatizar que, conforme arguido por Fonseca (2010), o anonimato no texto etnográfico não implica necessariamente numa atitude politicamente omissa do pesquisador. Afinal, não é o nome literal do lugar e das pessoas, mas antes a descrição minuciosa da vida social que realça a veracidade do relato.

Os nomes fictícios dos participantes do GH foram selecionados em alusão a conhecidos jogadores de futebol, modalidade esportiva que é uma paixão para grande parte dos participantes do grupo. Uma das repercussões de as reuniões acontecerem às quintas-feiras, por exemplo, é que antes das atividades coletivas, comumente, o primeiro assunto das conversas, entre os participantes do grupo e profissionais de saúde, é futebol. É que no dia anterior, nas quartas-feiras, dependendo da época do ano, acontecem competições dessa modalidade: campeonatos estaduais, campeonato brasileiro, copa do Brasil e Libertadores da América. Habitualmente, muitos participantes comparecem vestidos com a camisa de seu time, o que evidencia certa aproximação deles com este esporte. Destaco que os nomes fictícios dos participantes foram escolhidos aleatoriamente, não representando os reais personagens do mundo do futebol.

Os profissionais de saúde e acadêmicos implicados com o GH receberam nomes fictícios que possuem significados relacionados a: pessoa zelosa, que cuida; ajudadora; amável; que faz o bem; hospitaleira; que ouve; que traz felicidade; amiga; companheira;

carinhosa; bondosa; esperança; união; amizade. Essas qualidades têm a ver com a proposta do acolhimento, postura ética e política dos profissionais de saúde e dos serviços para com os usuários, visando o cuidado em saúde humanizado.

2.7. CENÁRIO DO ESTUDO

O Grupo de Homens (GH) atende moradores do sexo masculino dos territórios adstritos à UBS Azul. Essa UBS é uma das maiores do município, composta por seis equipes de ESF, atendendo seis territórios sanitários. O serviço da UBS Azul funciona das sete às dezoito horas, de segunda a sexta-feira. A maior parte destes territórios localiza-se em morros adjacentes, em região empobrecida da cidade, com áreas de risco social devido a moradias precárias e existência de regiões onde ocorre intenso tráfico de drogas, constituindo o tipo de formação urbana conhecido como favela.

Apesar de grande parte dos territórios estarem localizados em morros, a estrutura física da UBS Azul fica em uma região plana (no “pé do morro”), a cerca de 50 metros da avenida principal. Essa avenida e a rua da unidade de saúde apresentam uma perceptível diferença visual, pois na rua da UBS é possível ver terra batida (e não somente asfalto), casas inacabadas e trechos sem calçadas, diferentemente da avenida. Nas adjacências da UBS Azul há uma esquina permanentemente cheia de lixo não acondicionado, ruas estreitas, construções que evocavam o improvisado (SOUZA, 2012). Do outro lado da avenida principal, há um bairro visivelmente com condições estruturais (edifícios, ruas, calçadas, sinalização) melhores que os bairros que compõem os territórios da UBS Azul. Com esses dados percebemos a existência de profundas desigualdades sociais em territórios circunvizinhos, desigualdades que afetam a saúde e as condições de vida da população, pois os problemas de saúde existentes em todo mundo estão relacionados às iniquidades socioeconômicas (PALMA, 2001).

Outra característica importante dos territórios da UBS Azul que vale frisar é a inexistência de espaços públicos apropriados para a realização de práticas corporais (esportes, caminhadas). Existe apenas um terreno baldio onde alguns moradores daquelas comunidades praticam esportes. O estímulo às práticas corporais ofertadas pelo Poder Público advém, sobretudo, da atuação da professora de EF Acidália na equipe de apoio da UBS, que atende toda população daqueles territórios. Outros espaços que ofertam práticas corporais naqueles territórios integram a rede sócio assistencial, como: um projeto de assistência social da PMV

e duas ONG's. Portanto, os territórios adstritos à UBS Azul são carentes de espaços e serviços públicos apropriados para o lazer, práticas de exercícios físicos e de práticas corporais.

As precárias condições socioeconômicas da população e o aumento na concentração desigual de renda geram e agravam a situação de exclusão e mantém os problemas de saúde-doença. Os efeitos dessas desigualdades são a proliferação de enfermidades, o desemprego e a violência, que afetam nocivamente o bem-estar e condição existencial das pessoas, sobretudo daquelas que habitam os bairros periféricos. Os países ditos “em desenvolvimento”, como o Brasil, onde a pobreza faz parte da vida da maior parte da população, apresentam elevadas taxas de mortalidade resultantes de problemas que poderiam ser evitados com modificação das condições de alimentação, moradia, saneamento básico e do ambiente, visando assegurar condições essenciais para uma vida digna e com melhor qualidade para as pessoas (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004). Nessa direção, Moretti et al. (2009) afirmaram que os problemas de saúde característicos nos últimos anos no Brasil incluem estresse, vício em drogas, desnutrição, excesso de lixo, esgoto, falta de água para uso humano, poluição atmosférica, sonora, diminuição das áreas verdes e ocupação desordenada (favelas).

É neste contexto duro em que os participantes do Grupo de Homens (GH) residem. Apesar das precariedades socioeconômicas, durante as experiências com o GH conheci pessoas que têm saudades da época da infância vivida nestes territórios; pessoas que desejam desfrutar a vida, o lazer e cuidar da saúde, afastando a imagem ilusória e preconceituosa de “desleixados”.

No que se refere ao sistema de saúde, o GH está situado na ABS, nível de atenção à saúde que tem como princípios: acompanhamento próximo à população, longitudinal (vínculo entre profissional-usuário); cuidados integrais (considerando as dimensões biopsicossociais); cuidado focado nas pessoas (não restrito à doença); e intersetorialidade. Segundo esses princípios, o objetivo principal do sistema de saúde passa a ser a promoção da saúde e não apenas a cura e prevenção de doenças, em outros termos, a finalidade é a transformação de condições pessoais, ambientais e sociais em direção à maior qualidade de vida (SOUZA, 2012). Nessa direção, a promoção da saúde articula-se com a diversidade de práticas desenvolvidas nos serviços. É elemento estratégico na busca de práticas de cuidado mais promissoras, colaborando para a consolidação do SUS enquanto Política Pública.

3 ABORDAGEM CONCEITUAL

3.1. SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

No início do século XX houve um debate em torno das questões acerca da conformação da saúde pública: deveria ela voltar-se às doenças específicas, enquanto um ramo especializado da medicina, ou deveria dedicar-se às influências das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos sujeitos? O primeiro enfoque predominou na conformação inicial do campo da saúde pública. Porém, observa-se uma constante tensão entre essas diferentes abordagens ao longo do século XX. Com a criação da OMS em 1948, no contexto pós Segunda Guerra Mundial, ensejou-se uma retomada da dimensão social do processo saúde-doença. No entanto, até os anos 1970 predominou a ênfase nas tecnologias médicas como a principal resposta para os problemas de saúde das populações, em parte devido ao notável êxito da campanha de erradicação da varíola iniciada pela OMS em 1959 e com o último caso da enfermidade observado em 1977 (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

Esse debate fomentou o redirecionamento das práticas de saúde que, desde a década de 1970, vêm articulando-se em torno do movimento da promoção da saúde. Durante esses anos o conceito promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em distintas conjunturas e formações sociais (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

O movimento da promoção da saúde tem exercido influência na organização do sistema de saúde de diversos países. A partir da realização das conferências internacionais e regionais sobre o tema PS, observa-se uma evolução progressiva, também contraditória, com relação às suas premissas e estratégias. Esses paradoxos originam-se das diversas concepções de PS que podem ser reunidas em dois grandes grupos: *i*) um que correlaciona ações de promoção da saúde às de prevenção de doenças, equiparando-as quase como sinônimos. Nesse caso, a preocupação central repousa sobre a evitação individual dos chamados “comportamentos de risco”, sem que se discutam as reais (im)possibilidades da adoção de tais hábitos. A preocupação com a “vida saudável” está ligada à ideia de que os problemas de saúde estão quase exclusivamente “associados-ao” e “determinados-pelo” estilo de vida das pessoas; *ii*) outro, ao qual me alinho, cuja concepção de saúde é mais ampla, e vai além de aspectos biomédicos, abarcando as dimensões biopsicossociais do sujeito. Essa abordagem pressupõe o envolvimento dos sujeitos na construção de um movimento de luta coletiva por

melhores condições de vida e, sobretudo, por enfrentamento das precariedades estruturais da sociedade, por meio de políticas públicas. Um olhar que deve privilegiar aquilo que muitos autores denominam de “Determinantes Sociais da Saúde” (DSS)⁶. Em tal perspectiva, as atividades de PS deveriam ser também vetores de politização sobre as comunidades periféricas, sobre sua realidade contextual, voltadas, predominantemente, para as coletividades e para o ambiente que as rodeia (HEIDMANN et al., 2006; PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014; VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

É nessa direção que alguns autores advogam a existência de um amplo, e até paradoxal, leque de ideias acerca da PS, constituindo desde posturas conservadoras até perspectivas críticas. Visto por esse prisma, a PS, de fato, guarda ambivalências que extrapolam a dimensão semântico-conceitual, atingindo e atravessando os critérios que regem contemporaneamente a formulação de políticas Estatais, por exemplo.

Sob a chamada ótica conservadora (ou comportamentalista), a PS seria um meio de direcionar os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde ao orientá-los a mudanças comportamentais e de estilo de vida, com a finalidade de prevenir agravos e riscos e, assim, reduzir os gastos com o sistema de saúde. Noutra via, conhecida como abordagem socioambiental ou socioecológica bem como por “nova⁷” promoção da saúde, embora não deixe de advogar a adoção de comportamentos considerados saudáveis, condena estratégias que culpabilizam cada sujeito pelo seu adoecimento e que prescrevem comportamentos ditos adequados em dissonância com o contexto social, econômico e cultural no qual as pessoas estão inseridas. Essa perspectiva cobra mais a presença do Estado na produção da proteção social dos cidadãos, e enfatiza mais a responsabilidade das políticas públicas e das ações intersetoriais governamentais (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Todavia, vale frisar que, a fim de promover a saúde da população, a estratégia de política pública não pode ser pensada como uma iniciativa exclusiva do Estado, devendo ser elaborada com os diversos segmentos da sociedade, envolvendo a sociedade civil, os setores públicos e privados. Essa ampla participação da sociedade no processo de formulação de políticas públicas propicia a luta pela causa da saúde com diminuição das iniquidades existentes no acesso a bens e serviços, abarcando as variadas demandas de todos os

⁶ São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam ou não a ocorrência de problemas de saúde na população.

⁷ Segundo Vasconcelos e Schmaller (2014), o adjetivo “nova” tem o propósito de superar a vertente comportamentalista da promoção da saúde. Para os autores, a nova promoção da saúde defende a concepção ampliada sobre saúde, e importância dos DSS, da intersectorialidade, da participação comunitária, do direito à saúde, da equidade, entre outras.

segmentos sociais (HEIDMANN et al., 2006). Se a população não tiver a oportunidade para participar do planejamento das estratégias de políticas públicas, a consequência disso será a gênese de ações estatais conservadoras, verticalizadas e divorciadas da realidade concreta dos sujeitos.

Ora, a perspectiva conservadora da promoção da saúde não é o melhor caminho, já que apostar somente na mudança de estilo de vida para melhorar a saúde dos coletivos populacionais é paradoxal: como defender mudanças de comportamento em relação à higiene pessoal se na frente da moradia da pessoa há esgoto e lixo a “céu aberto”? Portanto, revela-se ser mais eficaz considerarmos a PS na perspectiva crítica que, além de exigir pensar o sujeito como um todo, isto é, em sua integralidade, demanda pensá-lo inserido na comunidade (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004), levando em conta seu território que é vivo, dinâmico e produtor de relações.

Essas concepções de PS encontram eco em grandes conferências internacionais, das quais se destacam a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata (atualmente denominada de Almaty) na República do Cazaquistão (ex República Socialista Soviética), e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa no ano de 1986 (STOTZ; ARAUJO, 2004; OLIVEIRA, 2005). Em Alma Ata, embora o encontro não tivesse o nome de promoção da saúde, foi demarcada uma posição política mais intensa, advogando a saúde como direito e o combate às desigualdades socioeconômicas injustas para promover a saúde da população, o que requer ação global de todos os governos para melhorar a saúde de todos os povos. Ou seja, antes de se pensar práticas de promoção da saúde é indispensável o enfrentamento de questões estruturais desfavoráveis à saúde populacional. Em relação à Conferência de Ottawa, a literatura aponta que lá foi formulada uma base ideológica para a promoção da saúde, tornando-se referência fundamental no desenvolvimento das ideias de PS em todo o mundo. É bom frisar que a Conferência de Ottawa ocorreu em um país desenvolvido e, portanto, as noções “politicamente corretas” a respeito da promoção da saúde, com ênfase na coletividade e meio ambiente, que supostamente visariam atingir os DSS, tal como abordada na Carta de Ottawa, mostram-se difíceis de implantar/obter em outros contextos periféricos. Nesse sentido, é preciso resgatar a posição política demarcada em Alma Ata a fim de efetivar ações promotoras da saúde populacional.

Nota-se que o movimento da PS se desenvolve com a mudança da concepção acerca da saúde. Nesse sentido, a ampliação do conceito de saúde é essencial para a constituição de um campo de conhecimentos e práticas para a promoção, dada a crise e

limitação do paradigma biomédico para responder ao processo saúde-doença (MARCONDES, 2004). Ressalta-se que o discurso científico biomédico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer⁸, pois a saúde não é objeto que se possa delimitar, nem se traduz em conceito científico. Afinal, a saúde e o adoecer estão relacionados à história dos sujeitos e de suas relações na sociedade, constituindo os modos pelos quais a vida se manifesta. Portanto, saúde e adoecer estão centralmente ligados às experiências singulares e subjetivas dos sujeitos que as vivenciam (CZERESNIA, 2003).

Neste prisma, as práticas promotoras de saúde aqui defendidas necessitam abarcar a concepção ampla de saúde, considerando as dimensões biopsicossociais da pessoa. Deve-se empreender esforços para que a abordagem sobre qualidade de vida possa verdadeiramente contemplar questões como a busca da felicidade, realização de potenciais pessoais e coletivos, vida que valha a pena ser vivida, entre outras questões não resolvidas exclusivamente pelo paradigma biomédico. Esse movimento demanda conhecimentos de diversas áreas da ciência numa perspectiva interdisciplinar, bem como das artes e filosofia, saberes populares e práticas religiosas (MARCONDES, 2004). Trata-se da expansão do horizonte normativo, abarcando a noção de “projetos de felicidade” humana, isto é, concepção de vida bem sucedida do sujeito (AYRES, 2004, 2005a, 2005b).

O projeto de felicidade remete à autonomia, entendida não como independência, mas como capacidade de o sujeito lidar com a rede de dependência, na qual ele está imerso, de forma problematizadora e ativa. Sob essa perspectiva, os usuários dos serviços de saúde, por exemplo, são concebidos como sujeitos ativos (daí não classificá-los como “pacientes”), pessoas que também têm a contribuir na construção de melhores práticas de saúde e condições de vida, e não como quem deve acatar de forma passiva e alienada as determinações dos profissionais. Essa postura ética nos serviços de saúde colabora para reforçar o sentimento de pertença dos sujeitos à coletividade e impulsiona o sentimento de confiança e solidariedade entre os sujeitos, reforçando o compromisso social e as conquistas compartilhadas para a coletividade (IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

Com base nos argumentos expostos até aqui, a PS tem seu foco na “saúde propriamente dita”, propondo abordagens, inclusive de fora do setor saúde, levando em conta, além da dimensão biológica, as dimensões psicológicas e sociais dos sujeitos. O discurso no campo da PS deve ser caracterizado predominante pela integralidade, seja no entendimento dos problemas referentes ao processo saúde-doença, seja nas respostas propostas aos

⁸ Czeresnia (2003) assinala a distância entre o conceito de doença e adoecer. O primeiro se refere à construção mental e o segundo termo diz respeito à experiência de vida.

problemas. Fica patente a necessidade de se trabalhar com o conceito mais amplo e crítico de promoção da saúde a fim de propiciarmos a construção de práticas sociais mais abrangentes para que de fato se promova a saúde (BUSS, 2003).

Torna-se necessário, portanto, desprender as práticas de saúde de sua cultura dominante fortemente tecnicista e normativa. A partir de então, se abre caminho para uma nova cultura capaz de valorizar o protagonismo dos sujeitos (profissionais e usuários do sistema de saúde), reconhecer o saber comum⁹, incorporar as experiências sociais e as dimensões subjetivas envolvidas no cuidado em saúde, garantindo práticas resolutivas, equânimes e integrais, movimentos relacionados com o cuidado e humanização em saúde, integralidade, acolhimento, escuta e vínculo, conceitos que serão abordados nos próximos subcapítulos. Desse modo, são necessárias reformas profundas do setor sanitário. Essas novas possibilidades para a reforma do setor saúde remetem às formulações acerca da promoção da saúde com suas concepções teórico-conceituais, políticas e ideológicas.

3.2. CUIDADO EM SAÚDE

Para promover a saúde não basta praticar a arte de curar. É necessário resgatar a questão do cuidado das pessoas, contribuindo, portanto, para que tenham saúde e maximizem as condições possíveis de qualidade de vida. O conceito de cuidado é polissêmico e às vezes é mal interpretado ou reduzido em sua amplitude. Essa redução se observa quando cuidado é equiparado tão somente à sua dimensão técnica, uma abordagem que o vincula somente à assistência, tratamento e cura de doenças (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Ayres (2005a), Anéas e Ayres (2011) entendem cuidado em saúde como um constructo filosófico, abordagem que enriquece criticamente as reflexões em torno da saúde por causa da sua característica questionadora que nos convida a refletir conceitos, modelos e questões já dadas como fechadas e absolutas, o que possibilita o repensar das práticas. Para esses autores, o cuidado corresponde uma categoria com a qual se designa uma interação entre dois ou mais sujeitos, seja visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar. Isto é, o cuidado sempre pressupõe uma interação entre pessoas, implica, assim, estar aberto ao outro, deixando emergir a sua necessidade por meio da formação de um vínculo disposto à escuta. Desta forma, o aspecto relacional do cuidado deve ser reforçado no serviço de saúde, não podendo ser simplesmente suprimido e empobrecido na prática de saúde.

⁹ Destaco que este tipo de conhecimento é comum não porque seja fútil ou simples. Mas porque é conhecimento compartilhado entre os sujeitos da relação social (MARTINS, 1998).

Nessa direção, Carvalho, Freire e Bosi (2009) concebem o cuidado a partir do encontro intersubjetivo, não reduzido, portanto, à intervenção técnica (mas sem negá-la) ou ao saber-poder sobre o usuário dos serviços de saúde. Abordam o cuidado como uma escuta ética, o que implica ir além da concepção de cura e controle de sintomas, e redimensionar a atuação do profissional de saúde a partir de uma atitude de resposta à necessidade do outro, que muitas vezes é reduzido a um número de prontuário. Assim, o serviço de saúde precisa ter uma abertura ao encontro com o usuário e desenvolver um serviço que leve em conta os sentimentos, a escuta das demandas do usuário e acolhimento de sua singularidade, seus desejos, saberes, projetos existenciais, receios e história de vida.

Nesse sentido, o cuidado em saúde implica o profissional de saúde ajudar, na relação com o usuário dos serviços, a se reconhecerem as possibilidades. Sob as rédeas do cuidado, o profissional deve permitir que o usuário possa, mesmo em suas restrições, escolher dentre as suas possibilidades, propiciando a emergência de sujeitos autônomos. Essas possibilidades, muitas vezes, ainda estão obscuras, e é tarefa do cuidado possibilitar a abertura de espaços para que estas possam emergir e trazer uma maior liberdade (ANÉAS; AYRES, 2011).

A perspectiva do cuidado em saúde não descarta as ciências biomédicas, reconhecendo que elas desenvolvem um papel fundamental e insubstituível no plano da corporeidade. Mas, o profissional de saúde necessita de outros conhecimentos, para além da dimensão corporal realizada pelas ciências biomédicas, ao atentarem para a presença do usuário dos serviços no planejamento e execução de práticas de saúde. “[...] Conceitos e métodos da psicologia, da antropologia, da sociologia, podem nos ajudar a compreender mais ricamente os sujeitos com os quais interagimos nas e pelas ações de saúde. [...]” (AYRES, 2005a, p. 104).

Corroborando com este raciocínio, Da Ros, Maeyama e Leopardi (2012) frisaram que a saúde não se circunscreve a apenas fatores biológicos e nem sempre seus problemas se resolvem com equipamentos, protocolos ou programas de computador. Isso porque o corpo e a mente em sofrimento padecem consequências de fatores sociais, ambientais e psicológicos, condicionados e determinados pelo modelo de sociedade em que os sujeitos vivem. Portanto, o modelo do complexo médico industrial é insuficiente para pensar saúde. Ele resolve parcialmente algumas doenças individuais, mas não dá conta de pensar a saúde inserida numa realidade social.

Para por em prática os pressupostos do cuidado em saúde é fundamental os serviços se organizarem na perspectiva da interdisciplinaridade, intersetorialidade e da

“pluralidade dialógica”, que se trata da abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de outras linguagens, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas (AYRES, 2005a).

Ayres (2004) elencou como exemplos de possibilidades menos ortodoxas de interferências orientadas pelo cuidado em saúde o apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e práticas corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política.

Logo, a perspectiva do cuidado possibilita o profissional da saúde assumir uma nova atitude de inter-ação [*sic*], de criação, de não-conformação aos saberes instituídos e cristalizados, de busca por novos diálogos, e, sobretudo, de contínua reflexão crítica sobre seu modo de estar a serviço do usuário do sistema de saúde (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Nessa direção, Ayres (2005a), Anéas e Ayres (2011) enfatizam a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos para o fato de que nunca, quando assistem à saúde de outras pessoas, suas presenças na frente do outro se resumem ao papel de simples aplicador de conhecimentos, visto que os usuários dos serviços de saúde não são objetos, mas constituem sujeitos, protagonistas de suas histórias de vida.

Na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer indivíduo é, de fato, potencial ‘objeto de conhecimento e intervenção’. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades (AYRES, 2005a, p. 102).

Portanto, à luz da proposta do cuidado o usuário não deve ser reduzido à imagem de um mero figurante. Ao contrário, essa perspectiva não considera apenas os profissionais de saúde como protagonistas do cuidado em saúde, mas inclui os usuários dos serviços como atores imprescindíveis para a formulação e execução de práticas de saúde mais produtivas. É evidente que os protagonistas do cuidado ocupam lugares diversos, mas essas diferenças não respaldam a verticalização da relação entre profissional-usuário do serviço. O profissional que cuida, um dos protagonistas, detém um saber técnico específico, mas o usuário, que recebe as ações de cuidado, mesmo fragilizado pelo seu padecimento, e por isso mesmo, detém um saber prático imprescindível para as escolhas relevantes ao seu cuidado. Por

consequente, no voltar-se à presença do usuário no cuidado em saúde, é necessário o profissional saber claramente quem é este usuário. E isso só é possível por intermédio de diálogo e escuta do usuário, o considerando como alguém que construiu e constrói uma história particular de existência, mas que não é separado do mundo que o rodeia em seus significados compartilhados. Esse modo de ser no cuidado em saúde traz à baila a escuta, acolhimento, vínculo e corresponsabilização, tornando o lugar do encontro um espaço comunicacional (ANÉAS; AYRES, 2011).

Esse entendimento de saúde de forma ampliada implica, além de tecnologias¹⁰ ligadas a diagnósticos e terapêuticas, outras tecnologias que envolvem: atenção, cuidado, mobilização popular, acolhimento, escuta e vínculo (DA ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012). As tecnologias na área da saúde apresentam terminologia específica: tecnologias “duras”, representadas pelos equipamentos, como por exemplo, o estetoscópio, o endoscópio, entre outros, que exigem registros de patentes; “leve-duras”, correspondendo ao conhecimento técnico estruturado, como o que se destina à gestão ou à epidemiologia-indicadores; e “leves” que são as tecnologias relacionais tais como acolhimento, vínculo e escuta, sendo as tecnologias mais utilizadas (DA ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012; FRANCO; MERHY, 2012).

No campo da saúde, o modelo assistencial esteve, historicamente, arraigado nas tecnologias “duras” e “leve-duras”, pois esse modelo se formou a partir da tensão criada sobre a rede de serviços, pelas corporações e mercado que atuam na saúde, configurando um processo de produção do cuidado centrado em procedimentos. Até nossos dias essa conformação exerce influência na sociedade, onde há grande ênfase em hospitais e especialistas, majoritariamente do campo biomédico, quando o assunto é “saúde”. Inclusive, os planos de saúde privados usam esse nome “plano de saúde”, apesar de que ofertam, predominantemente, serviços de assistência médica, induzindo, assim, a redução da saúde a um campo restrito que, é fundamental, mas insuficiente para dar conta do processo saúde-doença. Isso porque no trabalho em saúde há também uma dimensão imaterial que compõe o ato produtivo do cuidado, os saberes, as relações, o que coloca em xeque a concepção usualmente utilizada que associa tecnologia ao maquinário presente no processo de produção (DA ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012; FRANCO; MERHY, 2012).

A dimensão relacional (tecnologias “leve”) é central no processo de trabalho em saúde e pressupõe que o trabalhador em saúde reconheça no usuário uma singularidade

¹⁰ “Determinados modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 154).

(FRANCO; MERHY, 2012). Por isso Da Ros, Maeyama e Leopardi (2012) defendem que as tecnologias “leves” devem estar presentes em todos os encontros profissionais-usuários, em todos os atos de saúde, independentemente da qualificação do profissional de saúde.

Esse respeito ao usuário em sua diferença deve nos permitir enxergarmos a pessoa do usuário e não a figura de um corpo enfermo. Portanto, o profissional, em sua práxis na saúde, precisa se permitir ser afetado, ser desalojado de seu saber-poder para, então, poder acolher quem a ela recorre, estabelecendo relação com o outro fora das dicotomias tradicionais (o certo e o errado). Sobretudo na atualidade, em que se é cada vez mais indiferente ao outro, onde, na sociedade, impera o individualismo, em que o outro só nos interessa enquanto um meio para alcançar nossos objetivos. Esse fato evidencia que há urgência por uma “nova cultura de atendimento” no campo da saúde, isto é, de uma nova atitude de cuidado para com o outro, que se abra ao encontro e ao diálogo (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Haja vista que o modelo assistencial atual tem, no seu modo de produção do cuidado, um processo de trabalho centrado nas tecnologias “duras” e “leve-duras”, a mudança do modelo requer uma inversão, quer dizer, um modelo em que o processo de trabalho tenha como centro grande utilização das tecnologias “leves” e secundariamente das “leve-duras” e “duras”, conforme a necessidade de saúde dos sujeitos (FRANCO; MERHY, 2012).

Ayres (2004) relatou um caso extraído de sua experiência profissional como médico na ABS, em que ao lançar mão da tecnologia “leve” da escuta, “dando voz” a uma usuária identificada com o nome fictício D. Violeta, frequentadora assídua de uma UBS, para falar de si e de sua história, favoreceu a transformação das consultas em autênticos encontros. O autor narrou que a usuária reclamava frequentemente da longa espera. D. Violeta sempre aparecia nas consultas com pressão arterial descompensada, situação que, independente das drogas, dietas ou exercícios prescritos, surgia diante do médico a intervalos regulares. Consequência disso era insatisfação crônica da usuária e dos profissionais que a atendiam, tanto devido ao elevado grau de hostilidade sempre apresentado pela usuária bem como, do ponto de vista clínico e epidemiológico, a baixa eficácia da ação.

Ayres (2004) contou que ficou inquieto com essa situação que ocorria repentinamente e, em um dia, procedeu de maneira diferente na consulta: fechou o prontuário sobre a mesa, com a caneta no bolso, diferentemente de outras consultas, olhou nos olhos de D. Violeta e disse: “[...] Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar. [...]” (AYRES, 2004, p. 18).

Dessa forma, o autor conheceu D. Violeta, e tal atitude transformou, a partir do “encontro”, as demais consultas na unidade de saúde em encontros entre profissional e usuária. Nas palavras de Ayres (2004, p. 18): “[...] Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. [...]”. O autor privilegiou a dimensão dialógica do encontro, priorizando a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro da relação terapêutica. O exercício da ausculta e do diálogo tem sido relacionado a um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento, que não pode ser confundido com recepção, triagem ou mesmo com pronto-atendimento.

O autor destacou que o fato de D. Violeta ter recuperado seu projeto existencial permitiu o estabelecimento de vínculo terapêutico efetivo e acenou para um trabalho de manejo da saúde que passou a fazer sentido, o que deu sentido a preocupações anteriores, como o controle da hipertensão. A utilização das tecnologias “leves” no espaço da consulta propiciou a reorientação da assistência na direção de sua humanização (AYRES, 2004).

Ayres (2004) considera a noção de humanização de forma que amplia o horizonte normativo além da normalidade morfofuncional, própria às tecnociências biomédicas, abarcando também a felicidade humana. A ideia de felicidade busca escapar tanto à restrição da conceituação de saúde ao horizonte tecnocientífico estrito quanto a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, que pode ser exemplificada com a clássica definição da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” difundida pela OMS no fim dos anos 70. Isso porque a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. O autor salienta que por meio do projeto de felicidade, um dia concebido, abruptamente abortado e posteriormente recuperado por D. Violeta, a fez finalmente aparecer no espaço da consulta e, ao mesmo tempo, fez surgir diante dela o seu médico. Tudo isso a partir a valorização da dimensão relacional do cuidado em saúde.

Essa postura ética e profissional é fundamental quando se quer cuidar. Mas isso nem sempre é fácil, porque frequentemente a valorização desses saberes não-técnicos é considerada obscurantismo, atraso, o que se constitui um lamentável equívoco (AYRES, 2005a). No mundo em que as ciências chamadas “duras” são hegemônicas há dificuldades para se entender tecnologias “leves”, tais como métodos, protocolos, configuração de processos gerenciais, terapêuticos, e assim por diante. Mesmo aos profissionais que encontram, em suas ações, novas e mais resolutivas formas de ação social, essas propostas são

geralmente subestimadas e classificadas como improvisações e não como “tecnologias” por outros membros das equipes de saúde e gestores (DA ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012).

Ayres (2005a) é otimista quanto ao redirecionamento da assistência à saúde na perspectiva do cuidado. Enquanto Franco e Merhy (2012) ressaltaram que o SUS é extremamente normatizado, Ayres (2005a) mencionou que a ESF embasa as articulações intersetoriais e promove a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens no contexto da assistência à saúde. Ademais, a sensibilidade para os aspectos socioculturais do processo saúde-doença ganha nova força com a crescente ênfase dada à promoção da saúde.

No campo das políticas públicas de saúde, a transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistema de saúde se traduzem no que se denomina de “Humanização”, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.

3.3. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

A ideia de humanização também adquire múltiplos sentidos, muitas vezes controversos, seja no âmbito da saúde, no debate filosófico e nas ciências humanas de uma forma geral. Suas possibilidades interpretativas incluem o senso comum do “ser bom com o outro que sofre”, visões essencialistas da busca do que seria o fundante do Humano e proposição de um modelo de produção de cuidados mais resolutivo (BENEVIDES; PASSOS, 2005b; DESLANDES, 2005; TEIXEIRA, 2005).

Para Pasche, Passos e Hennington (2011) humanização em saúde não é o contrário do desumano ou inumano, uma vez que a desumanização existente nos serviços de saúde não deixa de ser um produto humano, mesmo que seja resultado de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos trabalhadores do setor (CAMPOS, G. W. S., 2005). No campo da saúde, a humanização corresponde a construção das condições de emergência de trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e corresponsáveis no cuidado em saúde rumo à democratização das relações interpessoais (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). O humano é atinente ao sujeito e à reivindicação da importância da vida humana no cuidado (CAMPOS, G. W. S., 2005).

Ayres (2005b) entende por humanização em saúde um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos profissionais e usuários no contexto da organização das

práticas de saúde, promovida por interações horizontalizadas que favoreçam a participação e responsabilização desses atores no cuidado em saúde.

O processo de humanização pressupõe que as pessoas possuem voz, logo, não se trata de “dar voz” aos sujeitos. Mesmo porque quem dá voz também a tira. Nesse sentido, cuidado em saúde humanizado é aquele que considera a palavra do usuário e profissionais de saúde, de modo que possam participar de uma rede dialógica que promova as ações a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

A humanização requer espaço para o exercício da fala e da escuta, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes. Para que as práticas de saúde sejam humanizadas é necessário que as palavras com que o sujeito expressa o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam reconhecidas pelo outro, e esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Portanto, a ausência da comunicação na atenção à saúde tira dos horizontes a humanização (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Oliveira e Collet e Viera (2006) advertiram que a suposta objetividade e neutralidade da ciência elimina a condição humana da palavra, reduzindo-a a mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença (anamnese, por exemplo). As autoras exemplificaram esse fenômeno com o preenchimento de uma ficha de histórico clínico, onde muitas vezes o profissional de saúde não escuta a palavra do usuário e sim apenas “coleta” informação necessária para o ato técnico. Não se pretende afirmar que a técnica é supérflua, pelo contrário, é indispensável. Todavia, a intenção das autoras é salientar que o lado humano ficou de fora, pois conhecimento técnico supõe saber qual é o bem do usuário dos serviços de saúde e o que ele necessita independentemente de sua opinião.

Assim, entre os aspectos que desumanizam as relações na saúde, tem-se a especialização que fragmenta o usuário e não contribui para um atendimento integral, para a garantia de acesso e de compromisso para com os usuários como pessoas humanas; desumanização do atendimento, caracterizado pela verticalização da relação entre usuário e profissional, pautada em uma situação de inferioridade do primeiro em relação ao segundo, com a desconsideração de seu saber e de sua iniciativa, considerando-o como paciente, ou seja, sujeito passivo, supervalorizando o saber médico e desconsiderando a palavra, os saberes e os modos de vida dos usuários (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Dessa maneira, o conceito de humanização se aproxima de uma série de propostas de revisão e de mudança das relações entre equipes, profissionais, gestores e usuários dos

serviços. O “como fazer” das práticas de humanização se concretiza como “tecnologias relacionais” que envolvem a escuta, o vínculo, acolhimento, diálogo e negociação para a produção e gestão do cuidado (DESLANDES, 2005). Benevides e Passos (2005a, p. 392) apontam para essa direção, afirmando que “[...] é a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas.”.

A proposta de humanizar a atenção à saúde inclui o reconhecimento que todo saber é limitado, constituindo em algo que não se sabe e que, por isso, pode vir do outro e que, por não ser total, pode se expandir continuamente. Nessa perspectiva, o profissional não é concebido como onisciente a fim de compreender o usuário, aceitando que ele tem algo a dizer, com toda a dimensão de falta que coloca a palavra (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

As reflexões em torno da humanização tratam-se do convite a uma aposta consequente e responsável na construção de interações gradativamente mais inclusivas e ricas no campo da saúde. Interações que ampliam o horizonte normativo da normalidade morfofuncional ao projeto de felicidade existencial. Interações que incluam significativamente os saberes humanísticos, não limitando a saúde à positividade construída pelas ciências biomédicas. Interações nas quais profissionais/serviços e usuários/comunidades atuem como co-construtores de uma humanização que interessa a ambos, favorecendo um espaço para que os sujeitos se expressem em suas multiplicidades de feições e aspirações (AYRES, 2005b).

Ressalta-se que não há relação verdadeiramente terapêutica sem uma relação de confiança. Desenvolver a confiança é crucial numa época em que quase tudo se volta para maximizar as relações de desconfiança. É o caso da biomedicina que, sob o auspício do saber epidemiológico sobre o risco, bombardeia a sociedade, incessantemente, com informações que indicam onde mora o perigo, fazendo as pessoas desconfiarem de quase tudo que as cerca, de quase tudo que fazem, comem ou bebem. Nessa mesma direção, junto com os médicos, os economistas e os antigos sacerdotes irradiam o discurso sobre o risco. Há também os discursos que fazem circular, por toda parte, a desconfiança em relação ao outro, sobretudo quando se trata de estranho. Finalmente, a mídia irradia todos estes discursos sobre a desconfiança no mais alto volume, deixando as pessoas surdas e incapazes de perceberem os canais de circulação de solidariedade, confiança (no outro e na vida) e de alegria consistente. Assim, conquistar a confiança, por si só, já é um triunfo para o cuidado em saúde. Constitui-

se o ponto de partida para outras conquistas, maiores, a se realizar numa relação (TEIXEIRA, 2005).

Um serviço de atenção à saúde, qual seja o nível de complexidade, pode ser excelente do ponto de vista da estrutura física e equipamentos e, apesar disso, ser desumano no atendimento. Isso ocorre quando os usuários são tratados como simples objetos de intervenção técnica, como pacientes (no sentido de passivos) destituídos de saber e não são acolhidos em suas angústias, receios e expectativas, ou quando nem recebem informações acerca de procedimentos necessários.

A palavra humanização remete à dimensão pessoal, questão perdida ou abandonada e que, portanto, deve ser resgatada. A humanização, em sua definição, traz a necessidade de ampliar o foco do cuidado, desconstruindo uma ação centrada simplesmente na sobrevivência, buscando melhorar a qualidade de vida dos usuários dos serviços. Para isso, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços devem estar situados como sujeitos protagonistas de suas próprias histórias, desconstruindo a concepção que considera apenas os profissionais como possuidores do saber (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Os serviços, trabalhadores e práticas contemporâneas da saúde variam entre um tratamento que vai desde o uso de uma linguagem técnica impessoal até atitude autoritária, chegando ao comportamento de indiferença, quando os profissionais não chamam o usuário do serviço de saúde pelo seu nome reduzindo-o a um diagnóstico ou número de prontuário, na ocasião em que não olham para seu rosto enquanto falam, quando gritam com ele etc. (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006). Nesse sentido, Campos G. W. S. (2005) enfatiza que um dos grandes problemas da lógica dominante contemporânea nos serviços de saúde é o esquecimento das pessoas. Esse autor aduz que na assistência à saúde ainda é habitual a redução das pessoas a meros “objetos” a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública de forma alienada e passiva.

Nesse contexto, o conceito de humanização e a discussão sobre a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência e a relação com o usuário do serviço de saúde têm se destacado nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso (AYRES, 2005b). Quer dizer, a reconstrução das práticas de saúde visa à garantia de acesso a serviços efetivos, articulando ações de prevenção de doenças e agravos, assistência a danos e reabilitação, e promoção da saúde. Nesse processo, busca-se dar lugar à voz dos sujeitos, usuários e profissionais, os colocando no centro da atenção à saúde.

A humanização é um assunto tão importante no campo da saúde brasileira que em 2003 foi criada, pelo Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, que tem como objetivo melhorar o SUS como um todo e não somente a assistência hospitalar (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Nos documentos dessa política é identificada uma preocupação em articular transformações com impactos positivos para gestores, trabalhadores e usuários (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Esta discussão de humanização no campo da saúde está intimamente ligada ao processo de constituição do SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005b). A construção do SUS tem como consequência o aperfeiçoamento de nossa experiência como sociedade mais justa e solidária a partir da defesa de valores como participação democrática, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado. O cidadão passa a ser considerado como um sujeito ativo e protagonista, e não como simples paciente, com a ampliação da visão de saúde para além da assistência e de cura de doenças por meio da incorporação da promoção da saúde e prevenção de agravos (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Benevides e Passos (2005b), apoiados em suas experiências como integrantes da equipe da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), coordenadora da PNH da atenção e da gestão na saúde, relataram que enfrentaram um debate no MS a partir da tensão entre diferentes concepções sobre humanização. A humanização, demandada pelos usuários, era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores, e era identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas. Além da banalização do tema da humanização, esses autores também identificaram o caráter fragmentado das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde. Havia, assim, um duplo (banalização e fragmentação) problema que levou o MS propor a criação da PNH.

A PNH não demarca um conceito, portanto, afirma apenas um “entendimento” do seu coletivo de formuladores. Esta opção política evita, por um lado, o fechamento de uma definição programática, em contrapartida, não possibilita a vinculação com uma “imagem-objetivo” clara, além de permitir a identificação destas assertivas com vários princípios e orientações já difundidos pelo modelo de políticas e práticas de saúde que o SUS busca construir no cotidiano do país (DESLANDES, 2005).

A incumbência substantiva da PNH é a reconstrução das relações clínicas e das práticas de saúde, o que requer alterações na dinâmica de gestão do trabalho. Isto se deve ao fato de que a mudança das relações profissional de saúde e usuário pode ser compreendida como fruto da afirmação do conceito de subjetividade como efeito emergente de uma complexa rede de forças biológicas, sociais, culturais e políticas e da ampliação do conceito

de saúde, que estende a interferência do campo sanitário para além dos conhecimentos e das práticas médicas, requisitando ação interdisciplinar e intersetorial e inclusão dos saberes humanísticos e populares (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

O HumanizaSUS é uma política que objetiva reinventar modos de gerir e modos de cuidar, buscando qualificar as práticas de saúde por meio do acolhimento, da ampliação da clínica, da atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, fomentando a gestão democrática, a valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo e a garantia dos direitos dos usuários (BENEVIDES; PASSOS, 2005b; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), a PNH não ignora os desafios do sistema público de saúde, todavia, parte e aposta em um “SUS que dá certo”, experimentado por uma vasta gama de serviços, equipes, trabalhadores e usuários. De acordo com esses autores, a humanização do sistema se apresenta, por um lado, como emergência de novas propostas, por outro lado, como estratégia de valorização da experimentação do SUS que já se dá no dia-a-dia das práticas de gestão e de atenção à saúde.

A formulação da política de humanização foi (e tem sido) decisivamente influenciada pela necessidade de reorientação das práticas de saúde, pela permanente denúncia da “precarização no cuidado” frequentemente amplificadas pela mídia que em geral destaca a “desumanização” como uma das principais expressões do SUS, bem como pela presença de inúmeros problemas como as filas desnecessárias que reprimem demandas dos usuários, a descontinuidade dos tratamentos, a quantidade insuficiente de recursos, a indiferença frente ao sofrimento dos usuários e o descaso diante de situações dramáticas da vida, que passam cada vez mais a ser confrontados com pressupostos éticos como o direito à saúde, o direito à informação, bem como o direito a ter atendimento respeitoso, digno e humanizado (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A política de humanização tem como intuito a (re)construção de práticas de saúde que busquem respeitar efetivamente o cidadão em seus valores e necessidades. Para tanto, é necessário que o senso de cidadania do brasileiro seja ampliado a fim de que não se resigne aos maus tratos e ao desrespeito. Afinal, saúde digna não é caridade e nem favor, mas é direito do usuário e dever do Estado, que tem a incumbência de garantir a oferta de atenção em conformidade com as necessidades de saúde da população. Mas, para alcançar a extensão deste encargo é preciso que as forças sociais se mobilizem e se agenciam para além do Estado rumo ao fomento da autonomia dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de

saúde, multiplicando os agentes do direito e do dever (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

O HumanizaSUS enfrenta um imenso obstáculo, que é o de humanizar as práticas de saúde numa sociedade onde prevalecem muitas e profundas formas de injustiça e violência no cotidiano, a “desumanidade à moda brasileira”. Portanto, a humanização dos serviços de saúde depende da humanização da sociedade. A iniquidade socioeconômica, a exclusão social, a educação deficitária e a violência contribuem para um rebaixamento da solidariedade, da tolerância e da compaixão, com repercussão nas instituições de saúde (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Nessa direção, humanizar em nossa sociedade depende da distribuição, integral e igualitariamente à população, de uma série de benefícios imprescindíveis para a condição humana. Essas condições abarcam a atenção aos DSS que incluem desde as necessidades básicas de subsistência (alimentação, moradia, vestuário..) até o acesso ao serviço de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Observa-se que a integralidade do cuidado em saúde é uma das locuções presentes nas discussões acerca da humanização e do processo de trabalho em saúde no SUS. A integralidade, retomada nas discussões hodiernas, reafirma muitos dos princípios trazidos pela PNH. A diferença talvez seja que o princípio da integralidade está expresso na Constituição Federal, no capítulo da saúde, enquanto a humanização surgiu como uma tendência a partir dos anos 2000, especificamente (SOUZA; MOREIRA, 2008). Com base em uma revisão bibliográfica acerca do tema humanização, Souza e Moreira (2008) notaram que essa temática caminha em conformidade com os debates sobre o princípio da integralidade, próximo conceito a ser discutido neste estudo.

3.4. INTEGRALIDADE EM SAÚDE

A integralidade em saúde esteve presente nas propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Antes de ser assumida como diretriz para a organização do SUS, a integralidade emergiu na saúde brasileira em programas abrangentes para grupos específicos como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado em 1983 e Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) implementado em 1984 (CONILL, 2004). A partir do Movimento Sanitário, a integralidade tornou-se um princípio consagrado pela

Constituição Federal Brasileira de 1988, constituindo requisito para garantir boa qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 1988; CAMPOS, C. E. A., 2003; MATTOS, 2004).

Na Constituição (BRASIL, 1988), em seu artigo 198 (inciso II), a integralidade foi incorporada como um dos princípios do SUS, constituindo “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Portanto, na Lei a integralidade foi definida como a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada nível de complexidade, assegurando a todos os brasileiros o acesso a todos os níveis de atenção à saúde na rede regionalizada e hierarquizada do SUS¹¹ (MATTOS, 2004; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Cabe assinalar que há nuances entre “integralidade” e “integração”, termos que às vezes são confundidos no debate acerca da organização dos serviços de saúde. A integralidade é um atributo do modelo de atenção à saúde, algo que ele “deve ser”. Por sua vez, a integração é um processo, algo “a fazer” para que o modelo de atenção seja integral (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

A integralidade por vezes é reduzida à garantia de acesso a todos os níveis do sistema de saúde (CONILL, 2004). Todavia, Mattos (2004) afirma que, para se aprofundar a reflexão sobre as características das práticas que se pautam pela integralidade, é necessário não considerá-la como sinônimo de acesso a todos os níveis do sistema. Isso porque é possível o usuário ter acesso aos diversos níveis do sistema de saúde, mas que as práticas de saúde não consideram o sujeito em sua integralidade. Nessa direção, Conill (2004) destaca que o que importa é se o usuário tem acesso a cuidados integrais, visto que não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. Ou seja, a garantia de acesso a todos os níveis do sistema de saúde não significa, por si só, que a atenção à saúde tem sido integral.

A integralidade se refere a uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos, uma pretensão de atender as necessidades das pessoas e grupos populacionais de uma maneira ampliada (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Não se limita às demandas biológicas (mas não as ignora), levando em conta também a necessidade da conversa e da escuta. O maior sentido da integralidade é compreender o conjunto de necessidades de ações e de serviços de saúde que o usuário apresenta, considerando as dimensões biológica, psicológica e social. Este conceito “[...] baseia-se na teoria holística, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não

¹¹ A regionalização e a hierarquização do SUS se referem à forma de organização dos serviços. A regionalização dos serviços está ligada à delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, considerando a divisão político-administrativa do país, bem como a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização dos serviços. Por seu turno, a hierarquização dos serviços diz respeito à organização das unidades segundo o grau de densidade tecnológica dos serviços (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

pode ser explicado pelos seus componentes físico, psicológico ou social, considerados separadamente” (CAMPOS, C. E. A., 2003, p. 577).

Sob a ótica da integralidade da atenção à saúde, não basta o fornecimento de atendimento médico e medicamentos aos coletivos populacionais. Atenção integral vai além, visto que a pessoa não se resume a um órgão ou conjunto de órgãos. Atentar para o sujeito apenas quando ele se enferma não corresponde à integralidade da atenção à saúde. Além disso, destaca-se que o sujeito não enfermo também demanda cuidado (sob a ótica da prevenção de doenças e agravos bem como da promoção da saúde). A perspectiva da integralidade em saúde aponta para a necessidade de cuidar da vida como um todo.

A integralidade trata-se de um predicado do modelo de atenção que contempla a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência aos doentes e recuperação. A integralidade envolve uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, contextualizando adequadamente as ofertas a serem feitas ao sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta. Portanto, um modelo “integral” é aquele que dispõe de unidades de prestação de serviços, profissionais capacitados e recursos necessários para efetivar as práticas de saúde desde as ações de promoção da saúde, de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica direcionadas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de enfermos com vistas à atenção integral à saúde dos indivíduos e das famílias, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (CAMPOS, C. E. A., 2003; MATTOS, 2004; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Para Campos C. E. A. (2003), o processo de construção e implementação desse princípio constitucional constitui um dos maiores desafios da saúde no Brasil. Apesar dos avanços alcançados na saúde brasileira nas últimas décadas, graças ao processo de democratização e descentralização, em pleno século XXI o país possui expressivos segmentos da população ainda sem dispor de acesso à atenção à saúde de alguma natureza. Essa situação vai de encontro ao direito constitucional, considerando os objetivos e pressupostos do SUS que são assegurar o acesso universal e igualitário a toda população todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (CAMPOS, C. E. A., 2003).

Entre as heranças recebidas pelo SUS encontra-se a cultura organizacional, os diversos interesses de “mercado” divorciados do interesse público e práticas de saúde fragmentadas e descontextualizadas da realidade dos cidadãos (CAMPOS, C. E. A., 2003). Tanto é que o Constituinte inseriu, no artigo 196, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e ao mesmo tempo outorgou, no artigo 199, a assistência à saúde como de “livre à

iniciativa privada” (BRASIL, 1988). No que tange à prática profissional fragmentada, González e Almeida (2010) afirmam que o ensino tradicional nos cursos de nível superior, com raras exceções, desconhece as estratégias didático-pedagógicas que facilitam o aprendizado do trabalho em saúde sob o prisma da integralidade. Esses autores salientam que não são apenas os usuários que desaprovam esse sistema hegemônico, há também as organizações docentes, estudantis e até mesmo os gestores que se queixam das dificuldades de adaptação do novo profissional ao trabalho rotineiro de um serviço de saúde com vista à atenção integral.

Campos C. E. A. (2003) salienta a existência, no Brasil, de uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva¹², de cunho mais preventivo e coletivo, de outro. O autor frisa que apenas no fim da década de 1970 se observa o início de tímidos esforços com a finalidade de integrar o sistema dualista. O autor enfatiza ainda a diferença de recursos destinados à essas ações dicotômicas, uma vez que a assistência médica hospitalar contava com grandes recursos da máquina previdenciária, enquanto a saúde pública era financiada por escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos oriundos de organismos internacionais. Dessa forma, o SUS herdou uma rede de saúde que possui grandes desafios para efetivar a assistência integral à população (CAMPOS, C. E. A., 2003).

Outra questão relevante a ser destacada, segundo o conceito de integralidade, reside no fato de os usuários serem vistos como sujeitos (CAMPOS, C. E. A., 2003). Nessa direção, Mattos (2004, p. 1414) afirma que “[...] Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. [...]”.

Os sujeitos têm modos de andar a vida, que não são meras escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se (re)produz coletivamente. Assim, na perspectiva da integralidade, não se deve reduzir o sujeito a um diagnóstico. A proposta é manter a perspectiva da intersubjetividade, levando em consideração, além dos conhecimentos técnico-científicos acerca das doenças, o conhecimento sobre os modos de andar a vida daqueles com quem os profissionais interagem nos serviços de saúde. Para tanto, os profissionais necessitam desenvolver abertura em suas práticas a fim de que os usuários se

¹² Campo científico e âmbito de prática caracterizado como sendo multiprofissional e interdisciplinar, cujo postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

expressem, fazendo emergir informações cruciais para as formulações de práticas de saúde (MATTOS, 2004).

Todavia, a perspectiva da integralidade não tem o objetivo de considerar apenas questões ligadas à intersubjetividade no cuidado em saúde, mas abrange também os conhecimentos técnico científicos que permitem os profissionais de saúde, em algumas situações, identificarem necessidades de ações e serviços não necessariamente demandadas pelos sujeitos e, assim, anteciparem ações antes que o usuário suscite um sofrimento manifesto (MATTOS, 2004). Portanto, sem os conhecimentos técnico-científicos não há integralidade. O que se busca é um uso prudente desses conhecimentos sobre o processo saúde-doença, buscando sempre uma visão abrangente das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Nessa direção, há a necessidade de a formação dos profissionais abranger a dimensão técnica e os aspectos sociais e culturais, se furtando de desqualificar e ignorar a cultura das populações, uma vez que a desconsideração da cultura tira dos horizontes da integralidade (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A integralidade, então, diz respeito à visão holística do sujeito em suas dimensões biopsicossociais. Essa abordagem abrange os múltiplos e complexos determinantes do processo saúde-doença que se inserem nas formulações recentes agrupadas sob o conceito da promoção da saúde. Portanto, as práticas de saúde integrais ultrapassam as instâncias que se encontram no setor sanitário (CAMPOS, C. E. A., 2003).

No sistema de saúde brasileiro há estratégias de atenção integral à saúde, buscando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, por meio do trabalho em equipes multiprofissionais. Entre essas estratégias destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas equipes têm a incumbência de prestar assistência integral e promover a saúde dos usuários dos serviços de seus respectivos territórios sanitários (CAMPOS, C. E. A., 2003).

O cuidado integral requer a derrubada de “muros” e trabalho coletivo com compartilhamento entre as diferentes disciplinas e setores, o que González e Almeida (2010) denominam de transdisciplinaridade. Como foi exposto, a integralidade não se reduz à garantia de acesso a todos os níveis do sistema de serviços de saúde, nem se limita às atividades preventivas, curativas e assistenciais. A perspectiva de atenção à saúde integral reconhece que o homem não é apenas um órgão ou um conjunto de órgãos. Considera que a pessoa não demanda atenção e cuidado apenas quando está enferma, uma vez que o não doente também precisa de atenção e cuidado. Nessa direção, a integralidade está intrinsecamente relacionada à promoção da saúde, levanto em conta também os DSS. A integralidade da atenção à saúde visa a articulação de prevenção de riscos e agravos e a

promoção da saúde, objetivando o cuidado da vida como um todo. Portanto, tudo que está relacionado à vida deve ser levado em conta no cuidado em saúde que pretende ser integral.

Para que o cuidado em saúde seja integral, portanto, é imprescindível que os sujeitos sejam reconhecidos em sua integralidade, considerando também seu contexto de vida, questões sociais e psicológicas, e não só aspectos biológicos. Para tanto, é necessário que as práticas de cuidado em saúde sejam permeadas também pelas tecnologias “leves”, as tecnologias relacionais do acolhimento, escuta e vínculo. É a partir da relação profissional-usuário de saúde, com envolvimento intersubjetivo, que os sujeitos emergem com suas histórias, costumes, cultura e sensações.

3.5. ACOLHIMENTO, ESCUTA E VÍNCULO

Em busca pelos conceitos atribuídos aos termos acolhimento e vínculo, Gomes e Pinheiro (2005) recorreram a alguns dicionários de língua portuguesa, a fim de observar o nexos lexical. Constataram que, no dicionário Aurélio, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho” (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 291). No mesmo dicionário acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a” (ibid., p. 291). Por seu turno, vínculo é “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação, subordinação; nexos, sentido” (ibid., p. 291). As autoras não encontraram o termo acolhimento no dicionário Houaiss, porém localizaram acolher que significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração” (ibid., p. 291). Por sua vez, vínculo é definido, nesse dicionário, como “aquilo que ata, liga ou aperta; que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição” (ibid., p. 291).

Gomes e Pinheiro (2005) frisaram alguns sentidos atribuídos às palavras que se aproximam das características do cuidado e da atenção integral à saúde, como: **“atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si”** (ibid., p. 291, grifos das autoras).

A partir dessas definições, nota-se que o acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, atitudes de interação entre sujeitos que

implicam estar em relação com alguém. O acolhimento propõe considerar não apenas o que se passa em cada um dos sujeitos, mas também o que se passa entre eles, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e serem afetados nas relações estabelecidas (BRASIL, 2006).

No campo da saúde, acolhimento, escuta e vínculo constituem práticas imbricadas que visam o cuidado em saúde integral e humanizado. O acolhimento acontece quando ocorre, efetivamente, autêntico encontro (o que não se confunde com apenas o momento de consulta médica, odontológica entre outras especialidades) entre equipe interdisciplinar (e não somente profissional médico) e usuário de saúde. Acolher significa escutar atentamente as demandas do usuário, dedicando-lhe tempo para falar e ouvi-lo, levando em conta, além de aspectos físicos e biológicos, questões subjetivas e psicossociais, o que converge com o conceito da integralidade em saúde. Significa, então, o trabalhador de saúde se colocar no lugar do usuário para entender suas demandas, explícitas ou não, a fim de buscar soluções. Logo, acolhimento implica também estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Vínculo se refere à responsabilização sanitária e à ampliação da capacidade de assumir responsabilidade no processo do cuidado. Trata-se de transferência positiva que resulta na produção de confiança e cumplicidade (BRASIL, 2009b). O vínculo é caracterizado pela ausência de ruptura entre quem oferece ou presta serviço e quem o recebe, buscando aproximar profissional-usuário e fortalecer a relação (GOMES; PINHEIRO, 2005). Já o acolhimento é uma ferramenta tecnológica do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, envolvendo redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde e que qualificam a escuta (BRASIL, 2006). A conversação, como tecnologia de produção de relação, também promove vínculos e afetos, favorecendo o reconhecimento do “o outro como um legítimo outro”, “cada um como insuficiente”.

Esse modo de operar os processos de trabalho em saúde busca atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas demandas para colaborar com respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, o acolhimento empenha-se para alcançar resolutividade e corresponsabilização no cuidado em saúde, orientando, quando necessário, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, mas acompanhando de perto esses encaminhamentos para garantir a eficácia das ações. Dessa forma, a relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços e

vice-versa é fortalecida, favorecendo a legitimação do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira: “o SUS que dá certo” (BRASIL, 2006).

O acolhimento articulado com outras estratégias de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços, como a Clínica Ampliada¹³, trata-se de um dos dispositivos da PNH fundamental para a humanização dos serviços de saúde, que não se limita à recepção do usuário, compreendendo desde a sua recepção no serviço de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva às suas demandas, explícitas ou não (BRASIL, 2006; BREHMER; VERDI, 2010).

O acolhimento emerge a partir do reconhecimento de que apesar dos avanços e das conquistas do SUS, em quase três décadas de existência, ainda existem problemas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública brasileira. A escuta exercida pelos profissionais é majoritariamente pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas consoante pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários. O padrão de acolhimento aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde, nos serviços de saúde, é um dos desafios que persistem, impondo a urgência no aperfeiçoamento do SUS ou mesmo de mudança de rumos (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o acolhimento emerge no âmago das propostas de reorientação da atenção à saúde buscando reverter essa situação dos serviços públicos de saúde brasileiros, constituindo-se numa diretriz do novo modelo técnico-assistencial (HENNINGTON, 2005; BRASIL, 2006; BREHMER; VERDI, 2010; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Essa melhora na organização e no funcionamento do serviço de saúde, por meio do acolhimento aqui discutido, visa fazer com que o serviço seja organizado de forma usuário-centrado. Esse “novo tipo de cuidado” favorece a corresponsabilização e compromisso do profissional e usuário para com o cuidado em saúde no ato do vínculo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; GOMES; PINHEIRO, 2005).

¹³ Trata-se de uma nova clínica denominada de ampliada por causa de suas iniciativas de promoção da saúde. Os dispositivos Acolhimento, Escuta, Vínculo e Afeto integram a Clínica Ampliada, uma clínica que já se pretende, de início, vincular, produzir afeto e deixar-se afetar, conversar. Esses dispositivos são essenciais ao cuidado em saúde, pois é com eles que se dá a atuação no serviço (AZEVEDO, 2010). A Clínica Ampliada, como uma das diretrizes da PNH, tem como proposta uma nova forma de trabalho, diferente das práticas tradicionais em saúde, muitas vezes excludentes. Empenha-se para articular e incluir os diferentes enfoques e disciplinas para o atendimento das diferenças e singularidades. A proposta, então, é a do trabalho em equipe para lidar com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo saúde-doença (BRASIL, 2009a; HOEPFNER, 2010).

Para Gomes e Pinheiro (2005), a primeira possibilidade de concretização das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades, está localizada no “momento” do acolhimento. Todavia, vale salientar que o acolhimento não possui “momento”, visto que não se constitui uma etapa do processo, mas uma postura ética dos profissionais de saúde para com os usuários dos serviços e que deve ocorrer em todos os locais e momentos onde ocorrerem encontro entre esses atores do cuidado em saúde (HENNINGTON, 2005; BRASIL, 2006).

O acolhimento trata-se de um dispositivo que transcende a simples recepção do usuário numa unidade de saúde e ambiente confortável, o pronto-atendimento, ou ainda, a uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Apesar de essas noções terem sua importância, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo, não resolvendo o problema nos serviços fomentadores de práticas excludentes. Portanto, o acolhimento leva em conta toda a situação de atenção a partir da entrada do usuário no sistema (HENNINGTON, 2005; BRASIL, 2006).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. [...] (BRASIL, 2006, p.19).

Ayres (2005a) corrobora com esse entendimento, afirmando que o acolhimento é mais que um espaço de recepção, ou um ponto determinado de um fluxograma, constituindo um dispositivo que perpassa todo e qualquer espaço e momento de trabalho de um serviço de saúde. Para tanto, as tecnologias de conversação devem ser desenvolvidas em prol de uma ausculta sensível a fim de permitir a irrupção do outro, com suas variadas demandas, queixas, expectativas, medos e em sua singularidade, em todos esses espaços e momentos, direcionando a orientação assistencial para a integralidade do cuidado (AYRES, 2005a). O acolhimento situa-se como uma rede de conversações, configurando uma qualidade da postura dos profissionais, e não um setor do serviço de saúde. Dessa forma, o usuário é colhido com

sua demanda, seja na recepção, seja dentro do consultório ou em outros espaços onde ocorre encontro entre profissional-usuário nos diversos níveis do sistema de saúde.

Destaca-se que não é qualquer escuta que favorece a prática de acolhimento em saúde. A escuta não deve se reduzir ao ato de “ouvir pedidos” e de coletar dados a partir de perguntas “fechadas” encaminhadas com respostas prontas, nem a uma técnica a ser operacionalizada mecanicamente. Trata-se de uma prática complexa, constituindo algo que não se ensina por um ato pedagógico, pela transmissão de um conteúdo a ser aplicado (HECKERT, 2007). A escuta aqui aludida transcende o sentido de ouvir e não corresponde um ato mecânico, mas sim uma ação humana sensível. Essa escuta enxerta, ao simples ato de ouvir, a capacidade humana de escutar, de estar atento ao outro. Por isso é conferido o adjetivo “qualificada” a essa escuta, a diferenciando da “escuta mecânica”. Dessa forma, a premissa do acolhimento dos usuários deve ser orientada pela “escuta qualificada”, escuta que possibilita a equipe de saúde identificar problemas demandados aos serviços, bem como conhecer e se aproximar dos usuários (BREHMER; VERDI, 2010). A escuta é uma das ferramentas da clínica que se propõe ser ampliada, no sentido de abertura do encontro às falas dos usuários, à formulação de questionamentos relacionados à vida de forma mais ampla ao invés de focar as condições patológicas, à valorização das falas dos usuários, de seus envolvimento com a vida e com o processo saúde-doença (SOUZA, 2012).

A “escuta qualificada” exige um esforço em manter a atenção numa espécie de mobilidade, não privilegiando *a priori* elementos da fala do usuário dos serviços de saúde, uma abertura que implica abrir mão de preconceitos, uma vez que o perigo da focalização da atenção do profissional é que essa “concentração” o levaria a negligenciar aspectos fundamentais para o cuidado em saúde (HECKERT, 2007).

Lembremos-nos do caso de D. Violeta narrado por Ayres (2004) no subcapítulo “4.2. Cuidado em saúde” deste trabalho. O autor afirma que foi a escuta diferenciada que transformou, efetivamente, o contato de D. Violeta com o serviço. Portanto, o que faz a diferença é qualidade da escuta que está relacionado com aquilo que se quer escutar. Assim, o horizonte normativo que orienta a ação terapêutica revela-se um destacado diferencial, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada (AYRES, 2004).

Ayres (2004), Anéas e Ayres (2011) enfatizam que o escutar o outro em sua reciprocidade pode ser interpretado de diversas maneiras. Os autores exemplificam argumentando que quando a perspectiva das práticas é a morfofuncionalidade e os riscos, em uma concepção biomédica estrita, a escuta caminha nessa direção, em torno dos dados objetivos capazes de levar a diagnósticos e proposições desta natureza, e conseqüentemente os

demais aspectos da existência serão considerados meros elementos subsidiários desse monitoramento, quando não reduzidos a ruídos.

Consoante Heckert (2007), a escuta se distingue quanto à forma que é praticada em “escuta surda” e “escuta experimentação”. A “escuta surda” se pauta nos preceitos cientificistas de neutralidade que, em vez de os sujeitos se contaminarem pelos movimentos da vida, os afastam em prol da rigurosidade e objetividade e contribui para a repetição dos modos de vida instituídos evitando questioná-los. “Escuta surda” nos serviços de saúde se constitui em práticas em que os profissionais de saúde ouvem sem escutar, reduzindo a escuta a um ato protocolar e mecânico, a uma técnica de coleta de evidências e sinais de forma “estruturada” e “fechada”. Esse tipo de escuta pressupõe um distanciamento entre profissional e usuário dos serviços de saúde, produzindo como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos pelas suas condições de vida e de saúde, pois “fala por”, “fala de”, “em nome de”, ao invés de “falar com” o outro (HECKERT, 2007). Essa escuta produz “mudo por ausência de ouvinte”.

A “escuta surda” é produzida pelo “especialismo¹⁴”, concebendo o cuidado como se fosse tarefa exclusiva do profissional de saúde, restando ao usuário o lugar de “objeto” de sua ação. À luz do “especialismo”, o discurso competente é aquele que possui “a verdade” sobre o sujeito, sobre o corpo, sobre a saúde. Ao profissional, detentor de um suposto saber (técnico e neutro), caberia a análise e compreensão “sobre o sujeito”, captando suas dificuldades, problemas e necessidades, desconsiderando a palavra e conhecimento do usuário sobre si e seu contexto de vida. Ou também, permeado por intenções participativas e democratizadoras, caberia aos profissionais “conscientizar” os sujeitos acerca dos processos que permeiam suas próprias vidas, indicando caminhos à luz do suposto saber técnico e neutro. Ambas as práticas “falam pelo” sujeito, “falam do” sujeito, mas não “falam com” os sujeitos, escutando-os atentamente e problematizando demandas e projetos de vida (HECKERT, 2007).

A “escuta surda” não possibilita os profissionais e usuários se lembrarem do rosto e dos nomes, da cor dos olhos e da pele, dos cheiros, das rugas e cicatrizes (marcas do vivido), dos saberes e histórias do outro da relação, pois o usuário é concebido pelo diagnóstico inerente a ele naquele momento, e o trabalhador da saúde quase “perde seu nome” para sua profissão (doutor, dentista, enfermeira etc.) (HECKERT, 2007). Esse tipo de escuta, componente da prática assistencial do modelo tradicional, não leva em conta a voz dos

¹⁴ Se refere ao lugar do profissional de saúde no processo de escuta, indicando certa hierarquização entre o saber do profissional e o da população (HECKERT, 2007).

sujeitos. Assim, a mudança da relação dos profissionais com a população é imprescindível. Com base nas experiências de um médico, clínico geral, de uma UBS localizada no município de Sumaré, interior de São Paulo, Azevedo (2010) notou que os usuários daquela UBS se comportavam de modo que indicava que estavam habituados com a “escuta surda”. Em geral, era preciso incentivo por parte do profissional para que a conversa ocorresse. Comumente os próprios usuários se sentavam à mesa do consultório e rapidamente apontavam um monte de demandas por medicamentos e exames, muitas vezes antes mesmo das apresentações. “[...] Era preciso um: ‘só um minuto Dona Joana, primeiramente, meu nome é André, como a senhora está?’. Muitas vezes isso bastava para desarmar usuários que já vinham preparados para profissionais que mal escutavam seus nomes.” (AZEVEDO, 2010, p. 169).

Segundo esse autor, os usuários habituados com a “escuta surda” suprimem suas próprias queixas, expectativas, anseios, medo e história de vida, não falando o que sentem, enunciando um “diagnóstico pronto” e, às vezes, uma conduta também, recorrendo ao profissional de saúde para obter exclusivamente medicamentos ou exames clínicos. E nesse contexto, o profissional médico que não prescreve medicamento, recorrendo a outros modos profícuos de cuidado em saúde para determinados casos acaba sendo subestimado por usuários com visão medicalizada.

[...] ‘É uma sinusite que me atacou doutor’, ‘Só vim pedir os exames, sabe, pra checar tudo’, ‘Vim renovar a receita do captopril’, ‘Eu queria uma endoscopia’, ‘To sem meu diazepam!’. Então era necessária a intervenção: ‘Ótimo Sr. João, podemos ver isso depois? Agora podemos conversar primeiro daquilo que o senhor está sentindo?’ (AZEVEDO, 2010, p. 169).

Na contramão da “escuta surda”, a “escuta experimentação” coloca a escuta num plano de abertura à alteridade, distanciando da escuta como técnica para transitar no plano da escuta como experimentação, como perturbação dos modos de vida instituídos, onde há saberes-experimentações e não saberes como fôrmulas previamente definidas a serem aplicados, muitas vezes de forma descontextualizada em relação aos modos de vida dos sujeitos. Por meio dessa escuta não se evita preconceitos, naturalizações, mas coloca-os em discussão, uma escuta sensível que busca ouvir os vestígios e ver os movimentos da vida como um todo. O fenômeno privilegiado no processo de escuta, o desprezado, silenciado ou acolhido, tem a ver com a forma como se dá os encontros entre os sujeitos (HECKERT, 2007).

Nesse sentido, o cuidado em saúde demanda espaços de fala e escuta protegida que favoreça a equipe de saúde e usuários lidarem com as contradições e diferenças, discutir temas temidos, não-ditos, num lugar/tempo cujas regras/contratos permitem a emergência de críticas, identificação de insuficiências e defeitos sem que isto signifique um “crime mortal” (BRASIL, 2009b).

Ao ouvir atentamente o usuário, a equipe de saúde tem acesso a aspectos subjetivos, a história de vida do usuário, a informações de seu contexto social, familiar, projeto existencial e modos de como ele leva a vida. O usuário se sente seguro ao ter alguém para escutar atentamente e atender suas demandas de saúde, ou mesmo para orientar outros serviços quando o caso requer. Nesse processo, os profissionais passam a conhecer os usuários pelo nome e não por um número de prontuário ou por um diagnóstico, estabelecendo vínculo entre eles.

É por meio dessa escuta qualificada que deve se dar o acolhimento dos usuários nos serviços de saúde, envolvendo um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, sem desconsiderar a avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais. O acolhimento não tira a importância da hierarquização das necessidades quanto ao tempo do cuidado (distinção das necessidades mais urgentes de menos urgentes) e a distinção entre necessidades desiguais e tratamento conforme suas particularidades (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Para empreender avaliação de risco e de vulnerabilidade, as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca do seu processo de adoecimento devem ser levadas em conta pela equipe de saúde. Essa avaliação exige atenção ao sofrimento físico e psíquico, pois o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar necessitado de atendimento com mais urgência do que outros usuários aparentemente mais necessitados. Para exemplificar, destaca-se um caso de uma adolescente de 15 anos que chegou a uma unidade de saúde sozinha, caminhando, nitidamente aflita, se queixando de muita dor na barriga. A profissional que lhe atendeu direcionou a adolescente para a fila e, depois de 35 minutos esperando, a adolescente voltou à recepção e disse que a dor estava aumentando, mas foi reconduzida para que esperasse a sua vez na fila. Bastaram 15 minutos para que a adolescente entrar em coma naquela fila, sendo levada em seguida para o atendimento, onde foi constatado que se tratava de ingestão de veneno para interromper uma gravidez indesejada (BRASIL, 2006). Esse exemplo endossa a relevância do exercício da escuta qualificada no cuidado em saúde, reforçando que o contato do usuário na chegada ao

serviço deve ser feito com profissionais de saúde que iniciará o trabalho do acolhimento, e não com o(a) recepcionista (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

O acolhimento exige também atenção e porosidade às diversidades socioeconômica, cultural e étnica. Em documento do MS é citado um exemplo de uma usuária indígena que deu entrada em uma unidade de saúde. Após o atendimento e realização do diagnóstico, foi indicada para ela uma cirurgia (laparoscopia) urgente, a ser realizada pelo umbigo. Contudo, a usuária rejeitou o procedimento, dizendo que ela não podia permitir que mexessem no seu umbigo, pois segundo a sua concepção, herança de sua cultura, este é a fonte de onde brota a vida. Perante a recusa e frente à urgência para a realização do procedimento, a equipe de saúde contatou com a liderança política do grupo (cacique) e, juntos, decidiram que a usuária seria levada para uma unidade mais perto de sua aldeia e que, antes do procedimento, a liderança religiosa (pajé) realizaria um ritual ou procedimento cultural direcionado à preservação de sua integridade, em consonância com a concepção de saúde e cultura da própria sociedade. Por meio desta negociação, a cirurgia foi realizada com sucesso (BRASIL, 2006).

Portanto, a proposta do acolhimento almeja melhorar a postura dos profissionais no contato com os usuários e reformular a tradição burocrática e rígida de funcionamento dos serviços, flexibilizando e ampliando a clínica e potencializando o cuidado interdisciplinar, o que propicia a equipe de saúde emergir no mundo sociocultural de seu território sanitário de abrangência (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Todavia, não é sem obstáculos que o acolhimento, segundo sua orientação conceitual e técnica, é implementado nas ações cotidianas das unidades de atenção básica à saúde (BREHMER; VERDI, 2010). Santos I. M. V e Santos A. M. (2011, p. 708), em uma revisão de literatura sistemática sobre o acolhimento no PSF, constataram que os artigos analisados por eles:

“[...] abordam questões inerentes à baixa cobertura, histórica insuficiência de políticas sociais, busca por procedimentos e desvalorização das ações educativas e a medicalização da sociedade, como elementos que impactam na população e a fazem buscar os serviços de saúde, sobrecarregando a porta de entrada”.

Somam-se a esses problemas aqueles relacionados à violência, que constitui um desafio para os profissionais de saúde, bem como a situação de pobreza e de extrema pobreza de grande parte da população brasileira, apesar da relativa riqueza do país. Esse contexto

precário é mais intenso em centros urbanos, principalmente nas favelas¹⁵ (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Ademais, há outros problemas que interferem negativamente na qualidade dos serviços de saúde. Ao investigarem a rede de atenção básica de um município de grande porte do Estado de Santa Catarina (SC), Brehmer e Verdi (2010) destacaram que as equipes de saúde lidam com limitações técnicas, que correspondem às precariedades das estruturas físicas das unidades de saúde e à escassez de profissionais. As autoras encontraram estruturas insuficientes para responder adequadamente à demanda requerida pelos usuários. Brehmer e Verdi (2010) identificaram uma questão ética oriunda desses problemas estruturais: o direito à privacidade e ao sigilo. Segundo constataram as autoras, por falta de condições básicas para receber os usuários, respeitando sua privacidade, o acolhimento acaba sendo reprimido, pois as estruturas precárias propiciam a exposição (BREHMER; VERDI, 2010).

A despeito das dificuldades que as equipes de saúde se deparam no cotidiano, a proposta do acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma soma farta de experiências em diversos serviços de saúde do SUS, experiências que são heterogêneas como o próprio SUS, apresentando potencialidades e aspectos negativos (BRASIL, 2006).

Por meio da investigação realizada em uma UBS do município de Betim MG, Franco, Bueno e Merhy (1999) observaram um aumento significativo do rendimento dos profissionais não-médicos que passaram a atuar na perspectiva do acolhimento, o que resultou em maior oferta e aumento significativo da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. Antes da implementação do acolhimento a assistência estava centrada no médico, e o enfermeiro, por exemplo, não realizava todo o seu potencial técnico, reduzindo sua capacidade de ação. Ao comparar este novo modelo com o do período anterior ao acolhimento, os dados mostraram que seu rendimento aumentou em 600%. Esses autores constataram que com a reorganização do processo de trabalho à luz da proposta do acolhimento, os dados comparados de acessibilidade aos serviços demonstram um aumento expressivo do atendimento geral da UBS pesquisada (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Em estudo de revisão, Santos I. M. V. e Santos A. M. (2011) constataram experiências de acolhimento no âmbito do PSF que relatam a redução da tensão nas portas de entrada das unidades de saúde, elaboração de projetos terapêuticos em conjunto com usuários, articulação entre diferentes serviços e fortalecimento do trabalho interdisciplinar. Esses autores identificaram estudos que evidenciam a consolidação de vínculos, confiança, apoio

¹⁵ O nome favela aqui colocado serve para denominar os casos de terra invadida ou ocupada sem planejamento e ilegalmente por moradias precárias e população empobrecida (GOMES; PINHEIRO, 2005).

mútuo, interação e integração entre equipe de saúde e usuários, repercutindo na satisfação, aperfeiçoamento da assistência e da qualidade de vida. Os artigos analisados por Santos I. M. V. e Santos A. M. (2011) abordam as potencialidades do acolhimento para a inclusão do usuário na dinâmica de trabalho e na produção do cuidado em saúde, rompendo com a lógica médico-centrada e favorecendo a corresponsabilização.

Todavia, Brehmer e Verdi (2010) constataram incongruências entre discursos e práticas ao analisarem os dados obtidos nas entrevistas com gestores e trabalhadores da saúde, na ABS de um município de grande porte de Santa Catarina. No discurso, o acolhimento é abordado como método de escuta qualificada, porém na prática se restringe a estratégias para o atendimento de urgências. Neste caso, o acolhimento é reduzido à recepção de usuários que cotidianamente recorrem às unidades de saúde com uma necessidade imediata que, pela limitação do acesso, não conseguem atendimento agendado. Esses usuários, então, são acolhidos, desde que sua demanda seja avaliada como importante e exequível pelo profissional de saúde (BREHMER; VERDI, 2010).

Em contrapartida, há estudos que mostram o acolhimento como dispositivo fundamental para produzir práticas inovadoras que fortalecem o cuidado, a integralidade, a escuta qualificada e o diálogo, e a inclusão dos sujeitos no processo de trabalho em saúde. Esse modo de trabalho fortalece a ESF, enfocando as pessoas e não as doenças, contribuindo expressivamente para a consolidação dos princípios do SUS (SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M., 2011).

3.6. RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS QUE TRATAM DAS SUBJETIVIDADES EM SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DELES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: CONTEXTUALIZANDO O GRUPO DE HOMENS DA UBS AZUL

Para que as práticas de promoção da saúde sejam humanizadas, abarcando o real sentido do cuidado em saúde, integralidade, acolhimento, escuta qualificada e desenvolvimento de vínculo afetivo, é necessário organizar o trabalho em saúde de modo usuário-centrado. A centralidade da pessoa no cuidado em saúde implica lidar com as subjetividades, pois o homem não é só objetivo, também é subjetivo, bem como não é somente racional, porque também é emocional.

O sujeito próximo (neste caso, usuário dos serviços de saúde) sempre é o outro e nunca nós mesmos (profissionais de saúde), com ideias e ideais, conceitos, formas de enfrentar problemas (o mundo), projetos existenciais que tocam universos outros, inimagináveis, senão pelo próprio, e de conhecimentos restritos, exceto quando o usuário resolve discorrer sobre tais mundos. O mundo é composto por sujeitos diferentes, colocando em xeque quaisquer programas políticos/governamentais que visam atender a universalidade com planos homogeneizados e homogeneizadores que tendem igualar os sujeitos e minimizar as diferenças, tal como é feito com os grupos terapêuticos baseados em diagnósticos: hipertensos, diabéticos etc. No entanto, para enriquecer as práticas de saúde, é preciso também levar em conta o que o usuário apresenta de “singular” além do que ele apresenta de “igual”, pois, até mesmo, há um conjunto de sinais e sintomas que nele se expressam de uma maneira diferente em relação a outras pessoas (BRASIL, 2009a). Nessa direção, a produção de saúde e de subjetividades são indissociáveis, uma vez que os processos de produção de saúde dizem respeito a um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos (BRASIL, 2006). Para que um projeto terapêutico possa dar conta deste cenário, carregando o *slogan* “O SUS que dá certo”, sem dúvida carece partir de considerações que permeiam o caráter subjetivo, que, traduzido em outras palavras, é abarcar o sujeito em sua singularidade.

Os conceitos Cuidado em saúde; Humanização; Integralidade; Acolhimento, Escuta e Vínculo, intrinsecamente imbricados, tratam-se de modos de produzir práticas de saúde com os usuários, considerando suas subjetividades, ou seja, a ação é fruto das relações entre pessoas de forma digna e respeitosa, convergindo para uma ação de “estar com” e um “estar perto do” outro da relação. Esses conceitos correspondem a modos de trabalhar a saúde convergindo para a centralidade dos sujeitos na atenção à saúde por meio da *tecnologia do encontro* (BRASIL, 2006; VIEIRA; SANTOS, 2011).

Destarte, o cuidado em saúde defendido nesta pesquisa trata-se de uma relação intersubjetiva que envolve o saber técnico-profissional, os saberes, os desejos e as necessidades do usuário numa relação de negociação. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, de modo que todos participem ativamente, têm potencial para ampliar o cuidado e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a noção de cuidado integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem estar dos usuários dos serviços de saúde e mostrá-los que são detentores de poder para julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os, assim, como sujeitos e não como meros objetos.

Portanto, o cuidado em saúde corresponde a uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde. Busca-se, assim sendo, evitar a divisão do homem em um conjunto de órgãos e o dualismo corpo e mente, bem como a visão maniqueísta saúde-doença, abstendo também de ignorar o contexto onde os sujeitos vivem e se relacionam. É por isso que autores como Segre e Ferraz (1997) vêm criticando a inadequada distinção entre os aspectos físico, mental e social, presente na clássica definição de saúde da OMS. Se o psíquico responde ao corpo e vice-versa, fala-se, então, de um sistema onde não se delineia uma nítida divisão entre ambos. Segre e Ferraz (1997) chegaram a destacar que em práticas de saúde que visam muito mais a afetividade do sujeito do que a mera expressão somática de sua turbulência, denominadas por eles de formas “não tradicionais de medicina”, muitas vezes têm mais sucesso do que a prática tradicional enraizada em aspectos biológicos.

Diante dessas considerações, destaca-se que as discussões que visam à promoção da saúde, o cuidado e prevenção de doenças sugerem a necessidade da descontinuidade da medicalização, em prol de uma transformação que viabiliza a construção de uma Clínica Ampliada, que venha atender o humano em sua complexidade por meios que possibilitem um atendimento à maneira ampliada (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). A Clínica Ampliada é composta pelos dispositivos acolhimento, escuta e vínculo, propondo, assim, outra forma de trabalho diferente das práticas de saúde tradicionais. Para tanto, a Clínica Ampliada inclui diferentes enfoques e disciplinas para o atendimento das diferenças e singularidades dos sujeitos, configurando a interdisciplinaridade no cuidado em saúde (BRASIL, 2009a).

A ampliação da clínica composta por múltiplos profissionais, abrangendo diversas tecnologias (“leves”, “leve-duras”, “duras”), não tem outro significado senão a consideração da integralidade componente do humano. Para além do entendimento sobre a não aplicabilidade da divisão cartesiana entre corpo e mente (concreto e abstrato), considera-se aqui os diversos saberes que permeiam este ser e que está nele.

Intervenções com tecnologias “duras” não são negadas, tampouco a presença da figura do médico, não ignorando que às vezes o saber científico sobressai na resolutividade de um dado problema (lembramos-nos do caso da Índia abordado no subcapítulo “4.5. Acolhimento, Escuta e Vínculo”). O que se busca é a universalidade do atendimento humanizado, distribuição das responsabilidades que perpassam ao saber médico (além do multiprofissionalismo, podendo estar ancorado no próprio usuário), a criação de vínculos que potencializam o cuidado em saúde, prevenções de doenças e a consideração dos projetos de felicidade dos sujeitos. Não podemos desconsiderar o saber científico, tampouco a

subjetividade e o saber popular. Dentro da perspectiva de educação dialógica freiriana (quer dizer, construção do conhecimento a partir do diálogo), é partir do conhecido, do comum, do que está ao alcance do usuário, para propor voos mais altos, entendendo que isto só é feito em harmonia e em cooperatividade. À luz da perspectiva freiriana, a educação tem o papel fundamental de libertar o homem de sua opressão, tornando-o autônomo, consciente de si no mundo. Quer dizer, a educação é uma ferramenta educativa de igualdade social (FREIRE, 1992).

Acolher os sujeitos significa servir de elo entre suas necessidades e várias possibilidades de cuidado, para além do acesso à consulta médica (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010), incluindo o estímulo e desenvolvimento de talentos e vocações, práticas corporais e atividades físicas, atividades de lazer e socialização entre as possibilidades menos rígidas de interferências norteadas pelo cuidado em saúde (AYRES, 2004).

É tentando assumir essa perspectiva de trabalho que as atividades no GH são desenvolvidas na UBS Azul. Segundo a equipe de saúde, o GH constitui um Grupo de Promoção da Saúde (GPS), correspondendo a ações coletivas e interdisciplinares de saúde. Na literatura o GPS se diferencia de ações preventivistas fundamentadas na educação tradicional, quer dizer, educação meramente informativa, e no modelo biomédico que reduz problemas sanitários complexos à categoria das condutas individuais de autocuidado, bem como se difere de grupos terapêuticos que têm como objetivo precípua o tratamento de patologias específicas dos indivíduos. O GPS se fundamenta no amplo conceito de saúde, contemplando as dimensões biopsicossociais relacionadas ao processo saúde-doença. O GPS “[...] caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde” (SANTOS et al., 2006, p. 347). Portanto, o GPS se mostra uma estratégia profícua para se conseguir alcançar os objetivos traçados pela PNAISH, visando fomentar e subsidiar ações e serviços de saúde para a população masculina com integralidade e equidade, primando pela humanização do cuidado (BRASIL, 2008).

Destaca-se que a prática grupal possibilita os sujeitos olhar e perceber as relações e os modos de viver, favorecendo o processo de cuidado e acompanhamento. Além do fator terapêutico, os grupos demonstram potencial para facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários. O grupo possibilita que outras questões intersubjetivas ganhem visibilidade, e não só o atendimento de uma demanda imediata do usuário, mas também a emergência de questões familiares dos usuários, questionamentos deles quanto à finalidade de determinado

medicamento que utilizam ou de encaminhamento feito a eles para procurarem certa especialidade como psicólogo (FURLAN; CAMPOS, 2010).

No grupo os usuários podem sentir maior abertura para expor e dividir com os demais a experiência que têm diante das infidelidades do ambiente, trazendo dúvidas e curiosidades. Em comparação com as consultas individuais, os grupos oferecem mais tempo para esse compartilhamento, onde a comunicação ocorre por meio da expressão verbal, expressão corporal, pelas intensidades afetivas, subjetivas e simbólicas. Num grupo a emergência dos afetos no compartilhamento é estimulada, potencializando, por meio de atividades expressivas e dinâmicas, que o difícil de ser dito seja trazido à tona, que inclui questões relevantes para o cuidado em saúde, fomentando adesão e participação dos usuários às atividades (FURLAN; CAMPOS, 2010).

A despeito do potencial do GPS para promover a saúde levando em conta o princípio da integralidade, no que se refere à implementação de grupos na ABS, Furlan e Campos (2010) destacam que ainda predomina um modo de organização dos serviços focados em atendimentos clínicos individuais. Nesse contexto organizacional dos serviços de atenção básica à saúde, sobressaem as alegações dos trabalhadores em saúde que apontam para dificuldades quanto ao tempo disponível para atuarem em ações educativas, coletivas, de promoção da saúde, visitas domiciliares, ou mesmo em atividades curativas e clínicas que poderiam ser desenvolvidas em grupo, possibilidade que muitos profissionais de saúde nem imaginam! Nessa direção, os profissionais possuem pouco tempo destinado a essas atividades, tanto para executá-las, quanto para refletir e discutir com os pares e usuários sobre as ações. Os autores afirmam ainda que, no geral, a prática grupal, na ABS, é desqualificada como se fosse uma prática complementar a ser realizada apenas quando “sobra tempo” ou quando há muita demanda, não sendo devidamente reconhecida como um componente importante para a organização das práticas de saúde.

Desse modo, pesquisar o GH da UBS Azul pode indicar se esse grupo vai (ou não) à contramão das práticas ainda hegemônicas de saúde no país. Segundo Souza et al. (2015), a equipe de saúde atuante no GH embasa as ações desenvolvidas nesse grupo no conceito da Clínica Ampliada, proposta que leva em conta a dialética entre os sujeitos na complexidade de suas dimensões biopsicossociais. Esse conceito pressupõe a postura de acolhimento às falas dos usuários dos serviços de saúde, elaboração de atividades não só relacionadas a doenças e atenção aos afetos e vínculos construídos entre os atores do cuidado, ou seja, atenção ao vínculo entre usuários, entre profissionais e entre esses e usuários. Esses recursos, que valorizam a expressão dos usuários, são denominados de “*atitudes*

psicoterapêuticas”. Malgrado a menção à psicoterapia, destaca-se que não só psicólogos, mas que todos os profissionais presentes na ABS adotem essas atitudes que englobam a escuta do discurso verbal e não verbal dos usuários, suspensão de julgamentos normativos acolhendo os sujeitos e seus modos de expressão, furtando-se de seguir a tendência de aconselhamento e à sobreposição de respostas prontas aos problemas apresentados. Essa estratégia propõe “pensar junto” sobre os problemas, a promoção de vínculo com os usuários e entre eles bem como o fomento de sua corresponsabilização no cuidado em saúde (SOUZA, 2012; SOUZA et al., 2015). No entanto, até que ponto a clínica é ampliada no GH? Na prática, a postura da equipe de saúde envolvida com o GH converge com as “*atitudes psicoterapêuticas*”? Importa saber, então, o “como” se dão as práticas desse GPS à luz da perspectiva da Clínica Ampliada.

A ferramenta de grupo tende ser potente quando seu manejo vai ao encontro do que se denomina de Clínica Ampliada. Isso porque a clínica tradicional apresenta limites. Não se defende abandonar de todo as questões da anamnese tradicional, mas enfatiza-se que é essencial dar espaço para as ideias e as palavras do usuário. Essa forma de atuar no campo da saúde situa os sintomas na vida do sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, propiciando algum grau de análise sobre sua própria situação, além de permitir que os profissionais reconheçam as singularidades do sujeito e os limites dos diagnósticos tradicionais para abarcar as dimensões biopsicossociais do usuário dos serviços no cuidado em saúde (BRASIL, 2009a).

Diferentemente de outros grupos existentes na UBS Azul, o GH não foca em determinada enfermidade. Aproxima-se do grupo aberto, contudo, por ser um espaço de acolhimento de homens, podemos inferir que se trata de um grupo semiaberto, consoante Furlan e Campos (2010)¹⁶. No início, até que o GH tinha uma tendência de acolher homens que possuem problemas com uso e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas (AD) (SOUZA et al., 2015). Entendendo que o uso do álcool nas proximidades da UBS passou a ser percebido

¹⁶ Em relação às práticas grupais na saúde, Furlan e Campos (2010) fazem a distinção dos tipos de grupo em aberto, fechado ou, ainda, semiaberto. Um grupo fechado possui como características: um limite de participantes; um limite de encontros; determinados usuários com indicação clínica para o grupo; os mesmos participantes do início ao término do processo grupal ou novos participantes, mas com indicação, continuidade e frequência de participação; a programação determinada do início ao fim para determinadas pessoas; uma proposta terapêutica definida para determinadas pessoas participantes/convocadas; acompanhamento de casos mais graves ou de maior vulnerabilidade, com continuidade ao longo do tempo, criação de vínculo e suporte emocional entre as pessoas; início e fim para capacitação dos participantes. Como exemplo de grupo fechado temos os grupos terapêuticos em saúde mental e de planejamento familiar para laqueadura/vasectomia. O grupo aberto é aquele que tem uma temática aberta aos interessados, com uma divulgação geral na unidade de saúde; que os usuários são convidados e não obrigados a comparecer; não exige uma frequência de participação; os participantes variam - não é o mesmo grupo de pessoas em todos os encontros; os usuários podem convidar seus conhecidos e familiares a participarem; esse tipo de grupo ocorre com maior frequência na ABS, tendo como exemplo grupos de lazer e exercícios físicos. O grupo semiaberto é aquele que possui características intermediárias em relação ao grupo fechado e aberto.

pela equipe como um sério problema e que havia grande consumo da bebida bem como de outras drogas na região, o desassossego diante dessa questão fez com que a profissional em educação física da unidade, Acidália, juntamente com o psicólogo e professor universitário (consultor voluntário), Simão, se transformassem em rastreadores de estratégias para que algo fosse feito, com a finalidade de acolher os sujeitos que, no geral, ninguém queria atender devido à estigmatização, processo no qual as pessoas ou grupos estigmatizados são discriminados, levando-os a diversos tipos de desvantagens sociais (SOUZA, 2012).

Nessa direção, o GH é uma estratégia pioneira na UBS Azul voltada para o acolhimento e acompanhamento de usuários com problemas com álcool e/ou outras drogas (AD), favorecendo encaminhamentos e vínculo dos usuários ao CAPS AD (serviço substitutivo às práticas de exclusão ou simples medicalização dos transtornos mentais/vícios) do município, quando necessário. Vale enfatizar, com base em Souza (2012), que a implantação de estratégias de abordagem dos problemas com o álcool na ABS esbarra em dificuldades em todo o mundo. Porém, a ABS, com seus princípios e objetivos, não pode abster de conhecimentos e ações de saúde mental, considerando que milhares de pessoas sofrem com transtornos mentais como depressão, problemas com AD, associados à exclusão social, estigma e violência. A desconsideração dos conhecimentos acerca da saúde mental torna impossíveis abordagens integrais com foco no usuário. Nesse prisma, o conjunto de funções da ABS abrange também estratégias para identificação precoce de usuários com transtornos mentais, acolhimento e acompanhamento desses usuários, realizando encaminhamentos quando o caso exigir (SOUZA, 2012).

Todavia, com o decorrer do tempo, o GH demonstra vir se configurando como um espaço de produção de saúde com perspectiva mais aberta, onde a saúde é discutida e trabalhada de forma ampla com base em oficinas terapêuticas, educação em saúde e atividades lúdicas, que ocorrem quase que simultaneamente, não tendo uma separação rígida entre essas estratégias. Portanto, o GH foi caracterizado inicialmente como espaço, mesmo que não exclusivo, para usuários de AD, mas que ao longo do processo vem se modificando.

O GH surgiu em janeiro de 2012. As atividades no GH são desenvolvidas no auditório da unidade de saúde ou em outros espaços, de acordo com as ações. O GH prossegue sob coordenação de Acidália, professora de EF da UBS, e de Bonifácio, enfermeiro da UBS, com participação de vários profissionais/acadêmicos do campo da saúde, inclusive com a colaboração do psicólogo Simão como consultor voluntário. Acidália se encontra no GH desde sua formação, sendo referência para seus participantes. O GH segue com mais de um coordenador/profissional de referência fixo, o que facilita a continuidade do grupo ao

longo do tempo, além de favorecer a captura de fenômenos, pois duas ou mais pessoas conseguem captar mais acontecimentos do grupo do que somente uma; cada uma tem um olhar sobre o grupo e sobre os fenômenos que emergem no decorrer das atividades desenvolvidas coletivamente, conforme salientam Furlan e Campos (2010). Esses autores ressaltam que o acompanhamento, as discussões em equipe sobre os acontecimentos, a percepção de fenômenos e ocorrências no grupo não seriam interrompidos no caso de férias e ausências em um grupo com mais de um coordenador. Além do mais, essa forma de trabalhar, com mais de um profissional na coordenação do grupo, favorece o aprendizado dos profissionais sobre a atuação do outro, apontando para a formação permanente em manejo de grupos (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Por meio das *oficinas terapêuticas* os participantes são estimulados a falarem de si, realizarem reflexões, diálogos, construção de algo material, como desenho, pintura, confecção de máscaras com atadura gessada e água, mandalas, manuseio de argila, sendo estimulados a expressarem seus sentimentos por intermédio de relatos de histórias de vida, da rememoração do passado e projeção para o futuro. Consoante Souza et al. (2015), a principal finalidade da oficina terapêutica é o fomento da expressão dos participantes do grupo. Para tanto, é imprescindível a constituição de um espaço aberto para a fala e para a escuta dos sujeitos. Durante as experiências no campo de pesquisa, notei que a equipe de saúde utilizou as rodas de conversas para fomentar a participação e expressão dos participantes no GH (vide Figura 1, página XX). As práticas grupais, lugar onde circulam os afetos, propiciam as trocas sociais. O acolhimento e a escuta são potencializados nas rodas de conversa (HOEPFNER, 2010). As rodas de conversas com as pessoas acomodadas em círculo possibilitam que todas as pessoas se vejam, olhem para as expressões de cada um e ouçam as conversas paralelas. Esse hábito da roda nas práticas grupais fomenta a formação de grupalidade, fenômeno ausente nas clássicas fileiras onde as pessoas só enxergam as costas dos outros, onde predomina o objetivo por atendimento individual para ir embora logo em seguida. Essa organização em círculo permite saber acerca da relação entre os sujeitos, se próximos, distantes, frios no relacionamento, perto ou distante do profissional, trazendo a possibilidade de reinventar as relações sociais e se colocar de fato nelas (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Por meio da *educação em saúde*, os profissionais fazem exposições dialogadas acerca de temas variados, que possuem relação com o contexto de vida dos participantes do GH, como higiene pessoal, questões de gênero, trabalho, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST's), saúde bucal, saúde do homem, uso de medicamentos, exercícios físicos entre outros. As *atividades lúdicas* abarcam os diferentes interesses culturais do

lazer¹⁷, que por vezes se entrelaçam: interesse artístico, em que seu conteúdo é estético e configura a busca da beleza, do encantamento, do imaginário, do sonho, do fazer-de-conta (exemplos de atividades realizadas no GH: teatro, desenho, pintura, cânticos); interesses intelectuais, onde se busca o entendimento do real, por meio de explicações objetivas e racionais (exemplos de atividades realizadas no GH: visitas a museu e planetário); interesses físicos (exemplos de atividades realizadas no GH: exercícios de alongamentos musculares, caminhadas, futebol, voleibol e basquetebol adaptados, bocha e futebol de botão); interesses manuais, em que prevalece a capacidade de manipulação para transformar objetos ou materiais, ou para lidar com a natureza (exemplos de atividades realizadas no GH: confecção de máscaras, mandalas, manuseio de argila e cultivo de plantas); interesse turístico, que rompe com a rotina espacial e temporal (exemplos de atividades realizadas no GH: passeios a sítios, parques, clubes, praias); interesses sociais, que buscam a valorização das relações interpessoais (exemplos de atividades realizadas no GH: conversas em círculo, brincadeiras como mímica, teia da amizade/rolo de barbante, dominó adaptado, confraternizações como a festa junina da UBS Azul, e o almoço do GH).

Dessa forma, por meio das experiências advindas com o desenvolvimento do GH, ele deixou de ser espaço para alcoolistas/drogados, assumindo a forma de “espaço do homem”. Isso porque as ações desenvolvidas no GH têm como objetivo acolher homens moradores dos territórios adstritos à UBS Azul, os auxiliando no cuidado com a saúde, desenvolvendo dinâmicas que os estimulem melhorar a perspectiva de vida, fomentando seu protagonismo e a corresponsabilização com as condições de saúde, aumentando seu vínculo com a UBS, promovendo a saúde sem focar e abordar direta e exclusivamente assuntos sobre doenças e vícios. Descentrar a atuação no cuidado em saúde dos vícios/enfermidades é essencial, posto que o olhar sobre o corpo “alcoolista/viciado/enfermo” baseado em respostas racionais, muitas vezes, pode deixar de lado o que o sujeito pensa. O foco no vício por meio de conversas sobre os horários em que as pessoas mais usavam, quais as vantagens e desvantagens do uso de droga, quais as maiores dificuldades já enfrentadas por conta desse uso, não propicia que as pessoas consigam explicar para si próprias o que as leva para ela, conforme Pena e Carvalho (2010), com base em experiências oriundas de um grupo terapêutico com usuários de álcool numa unidade de saúde do município de Campinas, SP.

Ao tirar o foco das enfermidades, dos vícios e do profissional médico, o trabalho desenvolvido no GH se aproxima da perspectiva da Clínica Ampliada cuja incumbência inclui

¹⁷ Para mais informações acerca dos interesses culturais do lazer, ver DUMAZEDIER, Joffre. *Valores e conteúdos culturais do Lazer*. São Paulo: SESC., 176 p., 1980.

tirar o foco da patologia e da droga, não os considerando como “os” problemas a serem erradicados, para comprometer-se com a instituição de outros processos de subjetivação ao focar nos sujeitos e nos modos com que eles levam a vida, engendrando outras formas de vida que visem o bem estar dos usuários dos serviços de saúde (VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014). Nesse sentido, os profissionais implicados com o GH buscam contemplar também dimensões que envolvem o contexto de vida, levando em conta histórias de vida, desejos e sonhos, informações sobre família, convivência, trabalho, lazer, alimentação, bem como assuntos relacionados à prevenção de doenças. Essa perspectiva de atuação considera que as pessoas são diferentes, têm visões de mundo, expectativas e projetos distintos. Se embasa no reconhecimento de que os problemas de saúde não se restringem à dimensão biológica, uma vez que também são condicionados pela estrutura social, econômica, política e cultural. Portanto, suas soluções transitam por diferentes áreas e nos planos objetivos, subjetivos, simbólicos e concretos (NOGUEIRA, 1998).

Para tanto, no GH são propostas e desenvolvidas distintas estratégias e atividades, com interação de profissionais e acadêmicos de diversas áreas do conhecimento, numa *perspectiva interdisciplinar* (vide tabela 2 na página nº 27). A organização do trabalho em equipe interdisciplinar é um dos pontos de destaque e relevante da transformação do modelo de atenção à saúde, pois favorece uma abordagem mais eficaz e integral (DE BARROS et al., 2010).

[...] A ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do [...] [usuário] e de seus familiares (NOGUEIRA, 1998, p. 45).

A atuação interdisciplinar no GH decorre de uma concepção ampliada de saúde e tem influência do novo enfoque na atenção à saúde assumido e expresso nos princípios e diretrizes do SUS (NOGUEIRA, 1998).

4 O COTIDIANO DO GRUPO DE HOMENS À LUZ DA CLÍNICA AMPLIADA

No capítulo anterior foram abordados conceitos importantes para a interpretação da realidade investigada, tais como cuidado em saúde, humanização, integralidade, acolhimento, escuta e vínculo, conceitos que trazem dispositivos que integram a Clínica Ampliada. O movimento da promoção da saúde fornece esses conceitos bem como constitui o quadro geral e integrador para a interpretação das práticas de saúde investigadas. Considerarei como esses conceitos são aplicados à prática de promoção da saúde na ABS, *locus* desta pesquisa, à luz da perspectiva da Clínica Ampliada.

A diversidade de “dados”, produzidos na relação com o GH nas 30 sessões de observação participante, levou à formulação de três eixos analíticos acerca das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no GH (vide tabela 3 na página nº 35). Saliento que essas categorias de análise foram escolhidas dentre muitas possíveis. Elas foram selecionadas a partir da análise temática do diário de campo levando em conta o objetivo deste estudo, em conformidade com aspectos teóricos acerca da promoção da saúde assumidos neste trabalho. Essas categorias não representam a total complexidade das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no GH, mas sim um recorte que melhor responde a questão investigativa deste estudo.

4.1. ESPAÇO COMUNICACIONAL

Conforme me envolvi com os participantes do GH e com os profissionais e acadêmicos implicados com esse grupo, escutei atentamente as narrativas e observei as expressões não verbais, bem como as interações entre esses sujeitos. Nesse processo, o lugar dado às falas dos participantes no grupo possibilitou o conhecimento acerca de quem é o outro e como é o contexto onde ele vive, quer dizer, quem é o participante do GH, que história singular de existência ele construiu e constrói. Nesse sentido, destacarei momentos que mostram como as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no GH propiciam a irrupção do outro da relação terapêutica, com suas concepções e variadas demandas e histórias de vida.

A pesquisa de campo indicou que o GH constitui, para seus participantes, um *espaço comunicacional* onde os sujeitos dialogaram e discutiram assuntos “delicados” (não ditos), abordados a seguir, que evidenciam: relações com a violência; relações com a

sexualidade (sexo como tabu e sexo e mulher); relações com álcool e/ou drogas (álcool como solução e álcool como problema); e relações com a saúde, vida e subjetividades. Nessa direção, por meio das observações no campo de pesquisa notei que no GH os participantes possuíram certa abertura para falarem, dialogarem e refletirem sobre questões que abrangem a vida de forma integral, o que contribui na reflexão crítica de suas vidas.

Mesmo que haja deficiências que podem e devem ser resolvidas, ainda esta prática desenvolvida no GH se mostra melhor do que ações tradicionais de atenção à saúde, onde os homens participantes do GH não tinham outra possibilidade na UBS exceto dizer o que estavam sentindo de imediato, sem possibilidade de investigações e intervenções outras. Nesse processo, percebi que os participantes demonstraram se sentirem bem ao terem alguém atento às suas falas, às suas queixas e pensamentos; os usuários evidenciaram que passaram a confiar mais nas outras pessoas do grupo. Dessa forma, compartilharam histórias de vida, mesmo aquelas em que revelaram questões de polícia, como essas quatro falas abaixo:

“[...] meu filho só me dá desgosto. Passa mais tempo preso do que solto [com expressão de tristeza e com olhos lacrimejando]” (Cafú, 1ª sessão de observação).

“[...] quando a polícia estava chegando, meu colega me deu a arma para eu esconder. [...] meu colega tem arma, pois é do ‘movimento’ [tráfico de drogas]” (Kaká, 7ª sessão de observação).

“Eu não fui ao churrasco na casa dos meus amigos, pois o morro estava tenso. Eu sabia do churrasquinho, eles me chamaram. Mas não arrisquei não. [disse isso sorridente!]” (Ronaldinho, 12ª sessão de observação).

“[...] Depois que eu sair daqui vou ainda na delegacia da mulher para buscar ajuda para resolver problemas de parentes [falando rápido, demonstrando agitação. Não consegui entender toda a fala]” (Rivaldo em conversa individual com o pesquisador, 22ª sessão de observação).

Constatarei a intensa relação entre a violência presente nos territórios da UBS Azul e sua influência na vida dos participantes do GH, realidade que dificulta a penetração comunitária das equipes de saúde (SOUZA, 2012), como também a acessibilidade dos usuários à UBS. Ao explicar o porquê de não ter ido ao GH na minha 4ª sessão de observação, dia em que realizei uma visita a uma microárea com uma ACS e uma acadêmica após o encontro, Sócrates, participante do GH que encontrei em uma rua no alto do morro, disse:

“[...] aqui está tenso. Está muito perigoso. À noite, deram muitos tiros aí. Dizem que acertaram um cara aqui na rua de cima. Quando está assim, é arriscado pra gente passar pela escadaria. Passar pela rua dá um voltão [volta grande]! Quando está assim, eu nem vou lá [UBS] [...]” [voz baixa] (Sócrates em conversa individual com o pesquisador, 4ª sessão de observação).

Pude “sentir na pele”, naquela manhã, o contexto de moradia de alguns participantes do GH. Antes de subirmos, observei a ACS ligando, no interior do automóvel da PMV responsável por levar os profissionais de saúde para as visitas territoriais, para as pessoas conhecidas da região com intuito de saber se “a área estava limpa” (se não havia risco para a equipe, devido o contexto de conflitos armados). Deparamos, naquela visita territorial, com uma sensação de medo e insegurança devido à violência existente naquela região. A violência, certamente, não é um fenômeno exclusivo dos territórios adstritos à UBS Azul, mas observei o quão próximo ela permeia o cotidiano desses moradores (Diário de campo, 4ª sessão de observação).

Questões sobre violência emergiam com frequência nas falas dos participantes do grupo. Assim, a acadêmica de psicologia (Simone) mediou uma oficina terapêutica sobre esse tema. Essa proposta de oficina terapêutica surgiu a partir das falas dos participantes durante os encontros do grupo e de um homicídio de um jovem próximo à “Rua Maracanã”¹⁸, local onde os homens daqueles territórios, incluindo alguns participantes do grupo, se reúnem para consumo de bebida alcoólica, ocorrido três dias antes daquela oficina terapêutica. Foi então que os profissionais e acadêmicos decidiram em conjunto desenvolver aquela oficina terapêutica com o tema violência, proposta relevante para o grupo considerando também que o homem é mais vulnerável à violência, quer como vítima, quer como autor (BRASIL, 2008). Acerca desse assunto, a PNAISH afirma que é “[...] imprescindível abordar a questão do comportamento violento de modo explícito e direto, quer se trate de violência entre homens, ou contra as mulheres” (BRASIL, 2008, p. 12).

Naquela oficina no GH sobre violência foi utilizada a música “O calibre¹⁹” da banda Paralamas do Sucesso como disparador. A partir dela os participantes falaram e refletiram sobre a violência e sua influência nos territórios adstritos à UBS Azul:

¹⁸ Nome fictício.

¹⁹ Letra disponível em <<http://letras.mus.br/os-paralamas-do-sucesso/69953/>>, acesso em 16.10.2014.

“Mataram um adolescente ali na esquina. Era de tarde ainda. Eu estava perto na hora. Conheço a mãe do rapaz. Ela também estava na hora. Me sinto aterrorizado! [...] menor mata e não tem punição.” (Zizinho, 30ª sessão de observação).

“Só tiro na cabeça para não estragar o corpo. Mas o bairro está mais calmo. Tinha meses que não acontecia nenhuma morte. [...] A morte de uma pessoa está igual à morte de um frango. Está virando algo natural. Outro dia vi eles descerem com um cara amarrado no tronco com arame farpado, o balanço fazia o arame entrar nele. A gente é obrigado a ver isso e não pode fazer nada! [sentimento de impotência] Aqui embaixo mataram ele [...] isso é por causa da educação e que os filhos de hoje não são como antigamente, o respeito não é o mesmo” (Sócrates, 30ª sessão de observação).

“Os jovens não se preocupam mais com a vida” (Júnior, 30ª sessão de observação).

“A morte está virando algo banal” (Aldair, 30ª sessão de observação).

O participante Aldair associou a violência da região ao tráfico e consumo de drogas. Kaká falou sobre a violência de forma geral a vinculando à falta de educação, à pobreza e ao desemprego no Brasil. Em seu discurso é frequente a reclamação sobre a violência e as condições socioeconômicas em que vive, ou seja, ele também denuncia a situação de marginalidade da comunidade (Diário de campo, 30ª sessão de observação).

O participante Júnior lembrou que não existe somente violência física:

“Até uma palavra pode ofender e ser violenta” (Júnior, 30ª sessão de observação).

Então, a acadêmica Simone salientou ao grupo que também existe violência psicológica e que tanto esta quanto a física surgem das mais diversas formas, inclusive como violência por questões de etnias. Essas conversas afetaram o participante Cafú que ficou o tempo todo calado, mas no fim do encontro ele declarou que perdeu um dos dois filhos naquele contexto de violência. O tema e as falas dos outros participantes durante o encontro tocaram Cafú; o estimulou a compartilhar esta tragédia em sua família (Diário de campo, 30ª sessão de observação).

“Sou alvo dessa violência, tenho dois filhos envolvidos com a criminalidade. Meu filho mais velho foi morto com trinta tiros em casa, se eu estivesse em casa morreria

também, porque não ia deixar eles matarem meu filho” (Cafú, 30ª sessão de observação).

Vale ratificar que essa abertura presente na forma de trabalho do GH por vezes potencializa que o difícil de ser dito seja trazido à tona, favorece a emergência da “caixa de ressonância” similar ao violão: “[...] o que é dito ou expresso ressoa de alguma forma em quem fala e no outro; toca, afeta. Isso deve aparecer como tema, ser comentado, falado, experimentado no cerne do corpo-alma [...]” (FURLAN; CAMPOS, 2010, p. 108).

Para finalizar a oficina terapêutica sobre violência, a acadêmica Simone pediu que cada participante sintetizasse em uma palavra o que ficou para eles sobre o assunto daquele encontro. Seguem algumas palavras: “desabafo” (Cafú); “mudança” (Kaká); “mais amor” (Edmundo); “pasma” (Aldair); “amor” (Jairzinho); e “falta união” (Sócrates). Naquele momento, Garrincha (que também ficou em silêncio durante todo o encontro) trouxe à tona a questão familiar entremeada à responsabilização individual (Diário de campo, 30ª sessão de observação):

“O papo não colocou, mas pai e mãe têm que educar para o filho não fazer besteira!”
(Garrincha, 30ª sessão de observação).

Em seguida, o enfermeiro Bonifácio argumentou:

“Não podemos esquecer que são várias as instituições responsáveis pela formação da pessoa, sendo a família apenas uma delas. O caso de [Cafú] é um exemplo: ele perdeu um filho e o outro está preso devido à criminalidade. Por isso é injusto culparmos os pais, pois há outros fatores envolvidos” (enfermeiro Bonifácio, 30ª sessão de observação).

Naquele momento já havia participantes em pé para ir embora e essas últimas falas encerraram, praticamente, aquele encontro, instante em que os profissionais e acadêmicos se despediram dos participantes do grupo, os convidando para a próxima quinta feira. Essas duas falas mostram que embora haja tendência para certas aberturas no GH, os conflitos e alguns fatos, expostos pelos usuários, são censurados, talvez, pelo receio de enfrentamento e colocação de culpabilizações unilaterais. Quando o participante Garrincha direciona a responsabilidade aos pais, o enfermeiro Bonifácio tende a excluir essa possibilidade, mesmo que reconheça que são várias as instituições responsáveis pela formação

humana. Parece que a equipe de saúde teme a ocorrência de debate “delicado” entre os participantes do GH ou o fato de o sujeito não saber lidar com sua parcela de responsabilidade no processo de criação de filho. Mas o que se percebe é a necessidade de ampliação dos “não ditos” no grupo rumo à escuta-experimentação abordada por Heckert (2007), embora a fala do enfermeiro Bonifácio seja fundamental para que o espaço comunicacional não propicie a culpabilização dos sujeitos pelas suas condições de vida, mostrando outros lados possíveis da história de um sujeito. Com efeito, recomenda-se na prática da Clínica Ampliada evitar a culpabilização dos usuários. Afinal, a percepção de pessoas julgadas “responsáveis” por suas ações indesejadas ou por sua condição geralmente traz como consequência o sentimento de raiva, a distância social e os comportamentos agressivos. Em contrapartida, a percepção de pessoas julgadas como “não responsáveis” por suas ações indesejadas ou por sua condição engendra empatia e comportamentos de ajuda (SOUZA, 2012). Porém, isso não significa que os assuntos delicados devam ser censurados, afinal, talvez a sensação de culpa inerente à criação de seus filhos seja um dos fatores que faz com que o participante Cafú tenha comportamento de abuso de álcool, deixando, inclusive, de cuidar da higiene pessoal.

O GH tomando a forma de um espaço comunicacional deveria buscar o exercício da escuta sensível por parte dos profissionais para com os usuários homens da UBS Azul, escuta que não se limita à captura de sintomas, mas busca compreender e contribuir com os usuários dos serviços de saúde, conforme as possibilidades, em consonância com a discussão feita por Ayres (2004) que diferenciou a escuta usual da escuta qualificada.

A despeito dos problemas socioeconômicos e da violência frequentemente relatados, outros participantes evidenciaram orgulho por terem criado os filhos naqueles territórios, revelando que “venceram” os problemas e dificuldades inerentes ao contexto precário daqueles territórios:

“Criei meus filhos no morro. Hoje estão todos criados e casados [com satisfação]!”
(Falcão, 1ª sessão de observação).

Isto aponta que os usuários reconhecem a sua parcela de responsabilidade frente à educação dos filhos, e o êxito alcançado por uns e o “fracasso” por outros (como a história de Cafú). Mais uma vez o debate entre participantes do grupo é estabelecido, – não que isso seja algo negativo em um espaço comunicacional, muito pelo contrário – expondo uma área delicada que por vezes é negligenciada por se tratar de atitudes passadas – neste caso, o

melhor é não dar vazão (talvez seja essa a motivação do enfermeiro Bonifácio em não seguir o assunto posto por Garrincha).

Nesse espaço terapêutico, também sobressaíram questões relacionadas ao universo masculino na saúde. Em resposta à pergunta “você se sente saudável?”, realizada em uma oficina terapêutica, os participantes ficaram, de modo geral, confusos, referente às divergências entre a ideia do que é ter problemas de saúde e sentir-se saudável. Em uma sociedade medicalizada, ser saudável tem conotação de inexistência de doenças, um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” tal como difunde a OMS. Para os participantes do GH que já convivem com certas limitações orgânicas e em contexto social precário, a resposta a essa pergunta tende a ser negativa. Interessante ressaltar que alguns responderam não, alegando como justificativa os “problemas de saúde” (principalmente dores na coluna, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*), contudo relataram se sentirem “fortes”. Infere-se que os problemas de saúde fizeram os participantes não responderem, a princípio, que se sentem saudáveis. Como forma de “contornar” a questão, a maioria dos participantes afirmou que se sente “forte” apesar dos “problemas de saúde” (Diário de campo, 1ª sessão de observação). Mesmo com problemas que afastaram alguns participantes de atividades laborais, que limitam as possibilidades de atividades físicas de seu interesse, eles evidenciaram a vontade de afastar a imagem de vulnerável, que constitui uma ameaça ao modelo tradicional de masculinidade (BURILLE; GERHARDT, 2013).

Essa concepção que considera o homem “forte” e “superior” fisiologicamente também foi constatada por Mendonça e Andrade (2010) em um estudo realizado no período de janeiro a abril de 2009 sobre a saúde do homem, com 35 homens usuários de uma UBS de Vitória ES. Esse estereótipo de masculinidade, que se encontra enraizado na cultura, com valores e crenças cristalizados sobre o ser masculino, não admite expressão de fraqueza ou qualquer atributo que sugira feminilidade. Nessa direção, para os homens entrevistados por esses autores, o corpo da mulher é mais complexo e mais frágil do que do homem, por isso é “normal” elas procurarem mais pelo serviço de saúde.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) observaram que o imaginário de ser homem pode aprisioná-lo em preceitos culturais, o que dificulta a adoção de práticas de autocuidado, pois a idealização do homem como “forte” alimenta a ideia de que é desnecessário ele procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, caso contrário ele poderá ser considerado como fraco, medroso e inseguro, aproximando-o das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade hegemônica e socialmente instituída. Acrescenta-se ainda, segundo esses autores, a vergonha

de expor o corpo ao profissional de saúde, sobretudo a região genital (no caso de tratamento de DST's, por exemplo) e anal (no caso da prevenção ao câncer de próstata).

O adoecimento também é considerado um indicador de fragilidade para os homens que não reconhecem esta situação como um processo inerente à sua própria condição biológica. O cultivo e disseminação desse modelo hegemônico de masculinidade promove o pensamento mágico de que os homens “nunca adoecem”, fazendo com que eles se sintam invulneráveis e conseqüentemente, se exponham mais, vulnerabilizando-se (BRASIL, 2008; BURILLE; GERHARDT, 2013).

“Só [no Corinthians²⁰] trabalhei 16 anos, de segunda a sexta [como montador de móveis]. Já trabalhei passando mal, mas nunca levei um atestado [em tom de orgulho]!” (Sócrates, 29ª sessão de observação).

O participante Sócrates aposentou por causa de problemas na coluna vertebral. Essa fala dele, arraigada nas representações sociais hegemônicas de masculinidade, aponta para o estigma que advém de um acometimento por uma enfermidade, que arranha a masculinidade. Essa concepção sugere que ser homem é cumprir com as prescrições que estão enraizadas em nossa sociedade, nem que para isso a pessoa tenha que se colocar em situação de risco (BURILLE; GERHARDT, 2013). Acerca destas concepções, a PNAISH traz entre seus objetivos a valorização das críticas relacionadas aos estereótipos de gênero arraigados há centenas de anos em nossa cultura, estereótipos que concebem a doença como indício de fragilidade e favorecem o homem se julgar invulnerável (BRASIL, 2008). Segundo Souza et al. (2015), para promover a saúde do homem é necessário desnaturalizar a associação da masculinidade com o sentimento de invulnerabilidade e com a negligência quanto ao cuidado de si mesmo. Nessa direção, é fundamental que os serviços de saúde também se constituam espaços de ressignificação das vivências masculinas. A partir de então, criam-se espaços de negociações simbólicas acerca do que é ser homem, o que pode conduzir a (re)construções identitárias (SOUZA et al., 2015).

O GH se revelou um espaço para a equipe de saúde abordar essas questões que orbitam em torno da saúde do homem, podendo, assim, favorecer transformações das experiências de gênero ao reforçar a ideia de que o homem também cuida da saúde e, igualmente, se envolve em atividades de prevenção de doenças e agravos. Durante uma palestra sobre saúde do homem, um médico convidado falou e mostrou imagens acerca de

²⁰ Nome fictício da empresa em que Sócrates trabalhou.

doenças relacionadas com o tema, como câncer de próstata, disfunção erétil e algumas doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Destaco que no auditório da UBS havia cinco mulheres (duas profissionais e três acadêmicas), o que supostamente inibiria alguns frequentadores do GH fazer perguntas e dialogarem sobre o tema. Todavia, os homens participaram, fato que percebi na atenção que deram às falas do palestrante e aos olhares fixos e direcionados ao médico e às imagens por ele exibidas, sendo que grande parte dos homens fizeram questionamentos, demonstrando interesse acerca do assunto (Diário de campo, 7ª sessão de observação).

A sexualidade foi outro tema que emergiu durante as 30 sessões de observação no GH, tema este que constitui uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas, conforme é concebido pela PNAISH (BRASIL, 2008). Portanto, o cuidado em saúde embasado na perspectiva da integralidade também deve contemplar essa dimensão da vida. Trata-se de mais um tema difícil de ser discutido, pelo menos sem a constituição de um espaço protegido para a fala e a escuta, ou seja, lugar/tempo cujas regras/contratos permitem a discussão e reflexão sobre o tema sem que isto signifique um “crime mortal” e engendre a exposição à ridicularizações como consequência (BRASIL, 2009b). No GH, a acadêmica Simone conduziu uma oficina terapêutica composta por frases relacionadas ao tema sexualidade. Ela distribuiu para cada participante, profissional e acadêmico uma frase²¹ (escrita em um pedaço de papel) sobre a temática. Cada pessoa leu, em voz alta, sua frase para todo o grupo (exceto três participantes que solicitaram ajuda para outra pessoa ler, seja por não conseguir enxergar ou por não saber ler) e, assim, todos puderam compartilhar conhecimentos, expondo sua opinião ou questionamentos sobre o assunto (Diário de campo, 9ª sessão de observação).

Sobre a frase “uma vez que o homem esteja excitado e tenha uma ereção, deve continuar até o fim, porque pode ser perigoso interromper o processo”, os participantes, de modo geral, disseram que embora não seja elegante, a interrupção do ato sexual não oferece perigo ao homem. Dos dez participantes presentes, apenas Dunga disse que a interrupção da relação sexual representa perigo ao homem, acreditando que tal prática pode desencadear no

²¹ As frases que nortearam aquele encontro foram: “uma vez que o homem esteja excitado e tenha uma ereção, deve continuar até o fim, porque pode ser perigoso interromper o processo”; “o desejo e a potência sexual diminuem sensivelmente depois dos 40 anos”; “o álcool e a maconha são estimulantes sexuais”; “a camisinha é um método anticoncepcional efetivo, e também um modo eficaz de prevenir a propagação de muitas doenças sexualmente transmissíveis (DST's), inclusive a AIDS”; “sexo é bom, mas tem seus riscos”; “se uma pessoa tem um parceiro e se masturba, é sinal de que tem problemas com o parceiro”; “a sexualidade muda em cada fase da vida”; “um homem com o pênis maior é sexualmente mais potente do que um homem com pênis pequeno”; “a ejaculação precoce acontece devido a preocupações e problemas” (Diário de campo, 9ª sessão de observação).

infarto. Tal reflexão no grupo serve para desmistificar essas crenças (Diário de campo, 9ª sessão de observação).

Observei que os participantes do GH demonstraram que se permitiram se envolverem com o tema:

“Não precisa fazer sexo todo dia. Quando eu era mais jovem eu achava que tinha que transar todos os dias. Mas agora sei que não é assim. Quando eu era adolescente cheguei a ter 14 namoradas. Mas hoje tenho uma mulher que vale por 10 mulheres. [...] Se a esposa chega cansada do trabalho em casa, o marido não deve acordá-la para transar. É melhor o marido deixar para outra hora” (Sócrates, 9ª sessão de observação).

“Isso [a redução da potência sexual depois dos 40 anos] depende do estilo de vida que a pessoa leva. Sua alimentação, estado psicológico, o trabalho” (Falcão, 9ª sessão de observação).

Naquela manhã da 9ª sessão de observação, além da acadêmica Simone, outras quatro mulheres (uma profissional e outras três acadêmicas) permaneceram no auditório da UBS. Antes do início da oficina terapêutica havia cinco mulheres (duas profissionais e três acadêmicas), além de Simone, mas a psicóloga Amália se ausentou antes mesmo do início da oficina terapêutica. Assim como na 7ª sessão de observação, os participantes do GH demonstraram não se importarem em falar de sexualidade na presença de profissionais e acadêmicas do sexo feminino (Diário de campo, 9ª sessão de observação). No entanto, a ideia de uma profissional mulher abordar o tema sexualidade para um grupo de homens causou certo incômodo, conforme relato da acadêmica Simone, no encontro seguinte, acerca da retirada da psicóloga Amália daquela oficina terapêutica sobre sexualidade:

“[...] Tinha uma profissional que ficou receosa de eu [elevando as mãos em direção aos peitorais], como mulher, conduzir uma atividade que falasse de sexualidade com o grupo. Eu falei: deixa comigo! [risos] Aí, antes de eu começar, ela saiu discretamente da sala preocupada. Me falou que não queria ver! Voltou só depois. E deu certo [risos]! Eles [frequentadores do GH] participaram muito. [...] Por isso pensei em fazer uma dinâmica com os profissionais também! [...]” (Simone, na reunião de equipe, 10ª sessão de observação).

Essas discussões favorecem a aproximação da equipe de saúde dos usuários da UBS, sobretudo dos frequentadores do GH, que possuem na UBS Azul uma médica colaboradora que atende os encaminhamentos feitos pelos profissionais implicados com o GH. Santos et al. (2006) afirmaram que entre o conjunto de procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo grupal no GPS temos a criação de um espaço cooperativo onde os participantes têm a oportunidade de “[...] re-significar conceitos obstrutivos ao processo de promoção da saúde [...]” (SANTOS et al., 2006, p. 348), pois o GPS propicia afinidade entre os participantes de modo que assumam temas “delicados” a serem expostos coletivamente, como se fosse assunto tratado entre pessoas que têm intimidade, sem a preocupação de sofrerem constrangimentos. Nessa direção, Santos et al. (2006, p. 349) explanaram que “[...] a efetiva integração grupal ocorre à medida que as pessoas sentem-se tranquilas e seguras para transmitirem suas intimidades numa rede de confiança mútua, acolhimento [...]”. Para tanto, o grupo precisa tornar-se um espaço protegido que possibilite cada pessoa ser espontânea, pensar sem restrições, sem receio, sem timidez, ou com vergonha e com medo, mas com acolhimento e permissão para esses sentimentos (FURLAN; CAMPOS, 2010). Ao se sentirem “seguros”, os usuários compartilham relatos que, sem a constituição de um espaço aberto para o diálogo, são “censurados”.

“[...] Eu fiz este exame de toque [retal] pela primeira vez só agora, com 67 anos de idade [...]” (Jacozinho, 7ª sessão de observação).

Uma fala dessa teria menor chance de emergir em um espaço coletivo sem integração grupal e onde impera o modelo hegemônico de masculinidade. Esse depoimento de Jacozinho denota a exígua presença de homens nos serviços de saúde numa perspectiva preventiva e reforça a constatação de que, “diferentemente das mulheres, os homens não procuram cuidado em saúde”. Assim, as estratégias que buscam abordar temáticas sobre saúde do homem auxiliam na desmistificação dessa crença de que se deve evitar falar de sexo, doenças sexuais, entre outras questões.

“[...] Os homens até vêm para consultas [na unidade de saúde], com perguntas prontas sobre estes assuntos [sobre intimidade e sexualidade]. Mas, quando o paciente entra no consultório e ver uma médica em vez de médico, ele corta estes assuntos da conversa com a médica” (Sócrates, 7ª sessão de observação).

“Eu sou assim [tímido]. Não falo toda verdade para o médico não” (Kaká, 14ª sessão de observação).

[...] Esse afastamento também envolve nós mesmos [profissionais de saúde]. Um morador daqui do morro me contou que quando a Agente de Saúde chega à sua casa, procura somente por sua esposa. Quando sua mulher não está em casa, a agente fala que vai voltar outra hora” (psicóloga Amália na reunião de equipe, 7ª sessão de observação).

Neste cenário de afastamento dos homens da ABS, muitos deles nem possuem cartão da unidade de saúde. A estratégia de grupo voltado ao público masculino, como o GH, tem sim o potencial de reverter esse quadro. Para isso, é preciso que os serviços possuam abertura para acolher este público, favorecendo a ressignificação das vivências masculinas frente ao modelo imperativo de masculinidade contemporâneo, bem como a capacidade de lidar com assuntos mais frequentes entre os homens.

O GH, como espaço coletivo para a fala e a escuta, também contribuiu para que os usuários dos serviços de saúde falassem abertamente acerca do alcoolismo, outro assunto que demanda espaço propício para o diálogo devido à existência da estigmatização do consumo e da dependência de álcool na sociedade em geral. Segundo Souza (2012), com base em pesquisas com diferentes enfoques (histórico, social, cultural e psicossocial), o alcoolismo tem sido percebido como problema basicamente masculino. Destaca-se que o uso nocivo e a dependência bem como os problemas com o álcool atingem principalmente os homens (SOUZA et. al., 2015). Dessa forma, propondo ser o GH um espaço de acolhimento de homens, um dos assuntos que emergiram nos encontros estava relacionado à relação dos usuários com o álcool, mesmo que esse tema não fosse sugerido sistematicamente pelos coordenadores do grupo. Alguns participantes do grupo comentaram o que os leva para a bebida. Analisando as falas, percebe-se que os motivos atribuídos pelos participantes estão atrelados à busca de prazer, lazer e relacionamento pessoal, como consta nessas falas abaixo:

“Parei de beber cachaça há muito tempo. Quando bebo, é só cerveja, mas é limitado também. Quando o corpo fica mole eu paro de beber. [...] Quando a gente bebe cerveja, **dá uma sensação boa, quando andamos parece que estamos voando** [rindo e gesticulando muito com os braços enquanto falava]!” (Edmundo, 29ª sessão de observação).

“[...] lembrei-me de um dia que passei com um amigo na praia. Lá bebemos cerveja o dia todo. Gostei muito!” (Ricardinho, 3ª sessão de observação).

“[...] me sinto bem no bar, pois **lá faço amizades**” (Dunga, 3ª sessão de observação).

Ao mesmo tempo, notei que os participantes criticaram a amizade feita no ambiente do bar, evidenciando o exercício de reflexão no momento de compartilhamento de experiências e saberes acerca do tema.

“[...] no bar nós temos **‘amigos de copo’, mas não são amigos**” (Nelinho, 26ª sessão de observação).

“Amigo de bar não é amigo. É **interesseiro**” (Pelé, 26ª sessão de observação).

Outro motivo atribuído pelos participantes do GH que os leva à bebida está relacionado aos problemas e dificuldades enfrentadas por eles em suas vidas, como disse o participante Nelinho:

“Eu sou alcoólatra. Tinha parado. **Passei por uns problemas, aí voltei a beber. Agora estou separado, aí voltei beber de novo**, não é mesmo [Sócrates]?! [...] [Sócrates confirmou balançando a cabeça, com expressão de preocupação] (Nelinho, 26ª sessão de observação).

Nesse caso, a bebida aparece como elemento que ajuda as pessoas a suportarem os dilemas da vida e reduzem o sofrimento, como comentaram Matos et al. (2015) no estudo sobre o perfil dos usuários do CAPS AD de Montes Claros, MG. Todavia, os participantes também revelaram concepções críticas em relação aos malefícios advindos do alcoolismo, sejam eles físicos, financeiros ou sociais.

“[...] Quando parei de beber eu me sentia melhor. Tudo melhora! Questões financeiras. Conheci mais pessoas. [...]” (Nelinho, 26ª sessão de observação).

“Sou feliz, pois conheci o Senhor. **Deus me libertou e me tirou da lama**. [...] Antes eu bebia muito, mas hoje não bebo mais e me sinto feliz. Deus me libertou” (Falcão, 3ª sessão de observação).

Um conhecido de Falcão comentou:

“Ele nos abandonou [risos]” (Lúcio, 3ª sessão de observação).

Quer dizer, Falcão parou de frequentar bares e beber com os colegas, indicando influência da religião nesse contexto. Por um lado, a bebida foi atrelada pelos participantes do GH ao prazer ou suporte diante das dificuldades da vida, por outro, foi concebida como problema. Por isso Falcão utilizou a metáfora “lama”. Ele evidenciou uma concepção do alcoolismo como “doença incurável” (que só Deus pode resolver) associada ao modelo moral com origem religiosa, que implica a compreensão de que o usuário desviou-se do caminho “correto” e que deveria admitir e redimir suas falhas perante um “poder superior”, compreensão que acaba levando à culpabilização dos usuários (FARIA; SCHNEIDER, 2009), mas que para Falcão foi profícua.

Segundo Matos et al. (2015), as consequências do uso de substâncias psicoativas não atingem somente o usuário, mas também sua família e amigos. Nessa direção, uns participantes do GH falaram sobre os prejuízos causados pela bebida no âmbito da relação familiar:

“Eu tinha uma companheira com quem eu convivia. **Separamos. Era muita briga por causa da bebida**” (Edmilson, 1ª sessão de observação).

“[...] quando tem um casal em que apenas o homem bebe, o bafo do álcool incomoda a parceira” (Sócrates, 9ª sessão de observação).

“Sou fumante, sou alcoólatra [...]. Sou dependente e **estou quase perdendo minha mulher por isso**” (Júnior, 30ª sessão de observação).

Esse contexto contribui para que a maioria das pessoas usuárias de substâncias psicoativas more com parentes e família nuclear (e não com os filhos e cônjuge), de acordo com os achados de Matos et al. (2015), que constataram que 83% dos usuários do CAPS AD de Montes Claros, no período de 2008 a 2010, moravam com parentes e família nuclear.

No que se refere às concepções de danos físicos causados pela bebida, os participantes destacaram:

“[...] a bebida [alcoólica] ajuda a pessoa ficar desinibida, tira a vergonha. Mas **prejudica a atividade sexual do homem**” (Hulk, 9ª sessão de observação).

Segue abaixo um diálogo que presenciei, antes das atividades coletivas, entre dois participantes acerca de suas concepções sobre problemas físicos causados pelo alcoolismo.

“Estou mal, vomitando muito, nem estou me alimentado direito [expressão de preocupado]” (Cafú, 15ª sessão de observação).

“Pode ser a ressaca” (Garrincha, 15ª sessão de observação).

Então comentei:

“É... às vezes, a bebida faz um pouco mal” (pesquisador, 15ª sessão de observação).

Cafú ratificou imediatamente:

“A bebida não faz pouco mal não, faz é muuuuito mal! [...]” (Cafú, 15ª sessão de observação).

Ainda que Cafú diga que acredita que a bebida lhe causa danos físicos, ele continua bebendo.

“Engraçado! Para mim não mudou nada disso. Eu continuo bebendo a mesma coisa. Quando parei de beber foi por causa do remédio. Fiquei uns 60 dias sem beber. [Acidália] passou na rua e me viu comendo chips e com uma latinha de refrigerante na mão. Ela me disse que eu estava comendo porcarias, que refrigerante e chips fazem mal. Então voltei beber cachaça de novo [rindo]” (Cafú, 29ª sessão de observação).

No GH os participantes refletiram criticamente acerca do uso nocivo de bebida alcoólica:

“Como pode, beber de manhãzinha! Como conseguem substituir um pãozinho com café por cachaça!” (Sócrates, 13ª sessão de observação).

“Tem gente que se entrega para a bebida. Fica ‘naquela’ [conformismo]. [...]”
(Falcão, 14ª sessão de observação).

Essas falas reforçam a concepção de que as decisões humanas não são pautadas em critérios exclusivamente racionais, visto que os participantes do GH indicam que reconhecem os malefícios da bebida, mas continuam a consumindo. Portanto, abordagens tradicionais de educação em saúde não resolvem, de todo, estas questões, pois não se trata exclusivamente de “falta de informação” (HECKERT, 2007). Por esse ângulo, ganha relevo as argumentações de Faria e Schneider (2009) e Souza et al. (2015), para quem a questão não deve ter o foco na erradicação da bebida, considerando a dependência como doença, mas no paradigma de Redução de Danos, levando “[...] os sujeitos a refletirem sobre sua relação com a ‘droga’ e, com isso, refletirem sobre si mesmos e sobre seus projetos de vida” (SOUZA, et al., 2015, p. 940). A abordagem de Redução de Danos se distancia da concepção utópica que considera a saúde como “completo bem estar”, ao contrário, essa perspectiva visa à minimização de danos sociais e físicos e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas.

Durante as observações no campo de pesquisa, constatei que, embora os “fantasmas” da erradicação total dos danos estivessem de algum modo presentes no GH, a equipe de profissionais já soma constatações de Redução de Danos em alguns participantes:

“Devido à timidez, [Zizinho] só comparecia no grupo de óculos de sol [lembro-me dele de óculos escuro na época do estágio supervisionado que realizei em 2012 no GH]. Agora ele está vindo sem óculos escuro. Ele se sente mais à vontade no grupo. Até falou para mim que, antes de frequentar o grupo, ele chegava em casa bêbado, dormia sem tomar banho e urinava na cama durante o sono [expressão de contentamento]” (professora de EF Acidália na reunião de equipe, 15ª sessão de observação).

“[Zico] e [Leônidas] estão sem beber! [Adílio] também não está bebendo. Passou um período em tratamento. Ele ganhou seis quilos [entusiasmada]” (professora de EF Acidália na reunião de equipe, 24ª sessão de observação).

No entanto, no GH há participantes que indicam que estão focados na abstinência:

“[...] O tempo que estamos aqui não tem ninguém bebendo, ninguém fumando”
(Sócrates, 26ª sessão de observação).

Não quero dizer que deixar de beber/fumar seja algo ruim, mesmo porque a abstinência é compreendida como uma das formas para se reduzir os danos (SOUZA et al., 2015). Todavia a Redução de Danos não se limita à abstinência, se mostrando mais eficaz devido sua capacidade de reconhecer cada sujeito em suas singularidades, promovendo o ser humano em toda sua complexidade, buscando superar o estigma da dependência química e oferecendo uma perspectiva de reflexão, colocando os sujeitos em cena como coautores em estratégias que não possuam como meta a abstinência, mas que afirme a defesa da vida de cada sujeito, estimulando a autonomia e a corresponsabilização pelo cuidado (FARIA; SCHNEIDER, 2009). Essa proposta de Redução de Danos favorece a diminuição da moralização do alcoolismo e de preconceitos (SOUZA, 2012).

O desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, por meio de uma equipe interdisciplinar no GH, propiciou que os sujeitos se expressassem nas relações intersubjetivas entre si e com a equipe de saúde, deslocando as atividades das doenças e vícios (mas sem ignorar essas questões), fazendo também emergir questões referentes à saúde e à vida, como essas falas referentes ao relacionamento familiar:

“Gosto de passear com minha família em parques, no shopping, pizzaria” (Edilson, 3ª sessão de observação).

“Gostei de ter ido a uma excursão para Aracruz com minha companheira e meu filho. Não ganhamos o campeonato [de futebol] [risos], mas foi muito divertido [...]” (Robinho, 3ª sessão de observação).

“Um dia destes, fiz biscoitos lá em casa para meu netinho e amiguinhos dele. A cozinha ficou um pouco suja. Quando o biscoito estava no forno, alguém sabe o que aconteceu? A ‘patroa’ [esposa] chegou. Mas foi muito bom, eles gostaram e querem repetir” (Raí, 21ª sessão de observação).

A partir do estímulo ao diálogo aberto e não focado em doenças-vícios, os participantes do GH retomaram projetos existenciais, planos que dão sentido para suas vidas.

“Eu quero ter mais contato com meu filho. Ele está morando longe” (Aloisio, 1ª sessão de observação).

“Eu quero comprar uma casa nova” (Dunga, 11ª sessão de observação).

Os participantes do GH necessitam ser ouvidos não apenas acerca de questões de patologias-vícios, bem como sobre o que eles têm para falar. Este modo de trabalhar busca a integralidade do cuidado. A necessidade da escuta qualificada, escuta que busca compreender os usuários e contribuir com eles, faz parte do processo de humanização na atenção à saúde (AYRES, 2004).

Estas trocas intersubjetivas são mais fecundas para a produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis do que as práticas de saúde focadas em doenças e vícios. Nessa direção, o GH tem potencial para assumir a faceta do acolhimento, recepcionando, abrigando, atendendo e escutando seus participantes, reconhecendo suas singularidades. Essa valorização das afirmações dos sujeitos constitui “[...] um dos princípios da Clínica Ampliada: dar espaço às falas dos participantes, estabelecendo arenas de negociação simbólica sobre representações e práticas relevantes para a saúde” (SOUZA, et al., 2015, p. 939). Nota-se que as práticas grupais na ABS podem propiciar a expressão dos sujeitos e a exposição de questões que têm implicações na proposição de projetos terapêuticos como estes relatos sobre violência, universo masculino na saúde, sexualidade e alcoolismo. Somente por meio da utilização da tecnologia “leve” da comunicação que os pensamentos dos sujeitos podem ser conhecidos, as suas diversas contribuições para o grupo e o seu estado atual frente à vida. Estes momentos, que fomentam a reflexão dos sujeitos, possibilitam um autoconhecimento e uma compreensão do momento vivido atualmente no contexto de vida de cada um. À vista disso, muito mais do que o profissional conhecer a vida do usuário, destaca-se o fato de o usuário ter a possibilidade de se reconhecer diante do problema de saúde, com a sua história (BRASIL, 2009a).

Destaca-se uma importante característica dos grupos na Atenção Básica, o “compartilhamento de experiências”²² que requer espaço favorável para que as pessoas possam falar de suas condições de vida e de suas experiências de adoecimento e das formas que encontraram para agir no cotidiano. Nessas condições as outras pessoas aprenderão, se espelharão ou criarão novas formas para enfrentar situações similares. Essa forma de organização favorece a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas que passam a ser estimuladas a compreender a si mesmo e aos outros, o que engendra maior abertura na solução dos próprios problemas. Nesse caso, o terapêutico, as informações sobre

²² Os autores distinguem **compartilhamento** de **troca**. Compartilhar implica em participar, partilhar, repartir. Trocar diz de permutar, dar e substituir. Dessa forma, o primeiro termo é o mais adequado para o fenômeno ocorrente no grupo (FURLAN; CAMPOS, 2010).

patologias, sobre os medicamentos ficam para o segundo plano, a partir do momento propiciado ao compartilhar as experiências (FURLAN; CAMPOS, 2010).

O espaço protegido para a conversa franca e aberta constrói outra relação entre profissionais e usuário. A clássica consulta e prescrição médica não são suficientes quando o intuito é cuidar da saúde dos sujeitos na perspectiva da integralidade, portanto, outra forma de abordar o usuário é necessária. O espaço propício para a conversa permite ampliar o olhar sobre a clínica e permite ampliar seu “objeto” de trabalho. Por intermédio da conversa a relação e o que ela produz são colocadas em evidência, momento em que se produzem subjetivações, críticas, novas histórias, outros desejos (AZEVEDO, 2010). Esse espaço para o diálogo entre equipe e usuários dos serviços de saúde favorece o desenvolvimento de vínculo entre eles, valorizando a constituição de espaços propícios à construção de sujeitos (profissionais e usuários) corresponsáveis e autônomos, como será abordado nos próximos subcapítulos.

Observa-se que a conformação do GH em um espaço comunicacional o aproxima da dimensão conceitual da escuta qualificada, diferente da escuta usual nos serviços, pois a escuta empreendida no grupo não está interessada em apenas sintomas de certas enfermidades, de acordo com o exposto, mas abarcam relações dos sujeitos com a saúde, vida e subjetividades, relações com a sexualidade e com álcool e drogas. A equipe de saúde, composta por profissionais e acadêmicos de distintas formações, realizou, dentro das limitações, o acolhimento dos sujeitos na perspectiva aqui defendida, tanto que os profissionais e acadêmicos apostaram em práticas que favoreceram a expressão dos usuários dos serviços. Ou seja, o acolhimento no GH diverge da mera “recepção” ou “triagem” do usuário na UBS, buscando incluir os sujeitos no contexto de produção de práticas de saúde por meio de atividades educativas, preventivas e tecnologias relacionais. No que tange a dimensão relacional, nota-se que os sujeitos têm no GH um canal facilitado para exercerem a comunicação de forma menos formal em relação às consultas individuais tradicionais, expondo elementos essenciais de suas vidas para o cuidado em saúde. Em relação à dimensão programática, vale salientar que há necessidade de a equipe de saúde buscar aprimoramento para o exercício da escuta sensível ao outro da relação terapêutica, sem a tendência de apartar profissionais e determinados temas em virtude da concepção de gênero, como ocorreu no episódio da psicóloga Amália que se ausentou do grupo por causa do tema sexualidade ser discutido com a condução de uma acadêmica, bem como sem a propensão de “evitar” certos assuntos levantados pelos usuários dos serviços, temas que fazem parte de suas vidas, a exemplo da questão colocada por Garrincha em relação à responsabilidade dos pais na

educação, desenvolvimento e criação dos filhos, mas que o enfermeiro Bonifácio não conseguiu dar sequência. Neste aspecto, é importante fazer cada profissional e acadêmico envolvido nas práticas de promoção da saúde ter clareza acerca da Clínica Ampliada e suas abordagens, principalmente as “atitudes psicoterapêuticas” nos termos de Souza (2012) e Souza et al. (2015). E isso pode ser viabilizado por intermédio do incentivo e inclusão destas abordagens no currículo dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, nos cursos de capacitação oferecidos pelas Secretarias de saúde aos profissionais da área e pelo incentivo do trabalho/estágio em equipe interdisciplinar e fortalecimento de parcerias entre serviços de saúde e universidades, parcerias essas que no GH evidenciam suas potencialidades para enriquecer as práticas de saúde numa dupla direção, onde os acadêmicos têm a oportunidade de conhecer e aproximar dos serviços de saúde, ao mesmo tempo as equipes de saúde têm a oportunidade de se apropriar dos conhecimentos atuais compartilhados pelos acadêmicos e profissionais das universidades.

4.2. DESENVOLVIMENTO DE VÍNCULO

Outro aspecto do GH, emergente a partir da análise do diário de campo, além do destaque da comunicação no espaço grupal, é o desenvolvimento do vínculo dos participantes com o grupo (dos participantes com a equipe de saúde e entre si). Para tanto, a equipe de saúde aposta também em atividades lúdicas para estimular e desenvolver a socialização e o vínculo no grupo, como se segue alguns exemplos.

Na 5ª sessão de observação mediei a dinâmica conhecida como “teia da amizade”²³, com a finalidade de estimular a interação e autoestima dos participantes do grupo. Ao fim daquela dinâmica, estava configurada uma “teia da amizade”, com todos participantes e profissionais/acadêmicos interligados por meio do barbante. Então eu (mediador da atividade) solicitei que cada participante voltasse o rolo de barbante e que cada um citasse a virtude que recebeu do companheiro do grupo (sugeri fazer o caminho inverso do barbante). Essa dinâmica da “teia da amizade” foi relevante para o GH, pois, segundo os profissionais que tiveram a iniciativa de desenvolver o GH na UBS (Acidália e Simão), ainda havia certa

²³ Dinâmica realizada com o grupo disposto em círculo onde o facilitador inicia com o rolo de barbante na mão e fala uma virtude sua, explicando o motivo daquela sua característica. Em seguida, o mesmo escolhe uma pessoa do grupo na qual deverá dizer uma virtude daquela pessoa e joga o rolo para a pessoa escolhida, segurando uma ponta do barbante. Essa pessoa deverá fazer o mesmo, ressaltando uma virtude sua e depois de um dos companheiros presentes no grupo, e assim por diante, até que todos participem da atividade.

ausência de falas dos próprios participantes do grupo sobre as virtudes de si e do outro (Diário de campo, 5ª sessão de observação).

Outra estratégia usada na prática de grupo que buscou estimular o vínculo dos participantes do GH foi a prática esportiva. Essas práticas juntamente com as atividades lúdicas favorecem o deslocamento de um grupo focado em patologias para um grupo que lida com a vida, abrindo um campo de possibilidades para trabalhar o cuidado em saúde. Destaca-se, como mencionei no subcapítulo “4.2 Cuidado em saúde”, que as práticas corporais compõem o rol de possibilidades de cuidado em saúde que divergem das concepções tradicionais de atenção à saúde (AYRES, 2004). As práticas corporais²⁴ podem contribuir no estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, pois elas têm maior facilidade em se tornarem lúdicas e prazerosas, o que facilita essa aproximação. Essas práticas também podem favorecer a socialização, participação, autoestima e bem estar, ações que não têm necessariamente seu foco na doença, conforme observado durante as experiências com o GH.

A inserção das práticas corporais no GH indicou a ampliação da concepção de saúde bem como buscou favorecer a adesão por parte dos usuários da UBS, consoante à análise feita por Ferreira Neto e Kind (2010), em um estudo realizado em UBS de nove distritos sanitários de BH. Esses autores constataram que a adesão aos grupos de atividades (grupos de atividades físicas, por exemplo) foi crescente, em comparação com os grupos de conversas tradicionais (diabéticos, hipertensos, gestantes), adesão esta que é pré-requisito para a construção de vínculo. Porém, como será abordado no subcapítulo “5.3 Protagonismo”, no GH houve um momento em que os participantes passaram a rejeitar uma das práticas por eles mesmos sugerida: jogo de futebol. Portanto, a adesão a um grupo não é garantida apenas pela existência de “atividades”, sendo dependente do contexto em que esse grupo está inserido.

Durante a 8ª e 13ª sessões de observação, os participantes do GH jogaram futebol na quadra de uma ONG local juntamente com profissionais e acadêmicos. Foi notória a

²⁴ A proposta das “práticas corporais” é mais ampla que a noção “atividades físicas”, pois essa última está comumente fundamentada, no meio acadêmico e na sociedade, em questões associadas com a saúde na relação entre ingestão calórica e gasto energético. Esta relação é mais intensa para pessoas que almejam ou têm necessidade de “perder peso”, presentes nos diálogos sobre alimentação e sedentarismo. A abordagem práticas corporais não ignora os benefícios das atividades físicas, mas amplia o leque de possibilidades em conformidade com o contexto dos sujeitos, constituindo as manifestações da cultura corporal de determinado grupo, oriundas do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica e outros (CARVALHO, Y. M., 2006). As práticas corporais caracterizam-se como: “[...] componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de se expressar corporalmente. Nesse sentido, agregam as mais diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam as duas racionalidades: a ocidental (ginásticas, modalidades esportivas e caminhadas podem ser exemplos) e a oriental (tai-chi, yoga e lutas, entre outras)” (ibid., p. 34).

expressão de prazer proporcionada pela prática do futebol no GH. As risadas foram frequentes. Tal prática tem sua relevância em virtude do potencial de integrar os sujeitos, bem como de contribuir, ao constituir como “nova” fonte de satisfação, para que se opere a substituição da recompensa percebida ao se consumir substâncias químicas, considerando que no GH há participantes com comportamento de risco em relação ao uso de AD. É nesse sentido que Pimentel, Oliveira e Pastor (2008), ao estudarem um grupo de mulheres dependentes químicas em recuperação numa instituição filantrópica de Maringá PR, advogam o resgate da capacidade que os jogos e exercícios físicos têm de estimularem momentos de “catarse”. Esses autores acrescentam o potencial das práticas corporais e de lazer, sem a pretensão de reforçar uma postura compensatória ou utilitarista, salientando que essas práticas estão associadas à liberação de substâncias (endorfinas) que agem no sistema nervoso, proporcionando sensações de prazer e relaxamento, fatores essenciais para o bem-estar do ser humano. Porém, é necessário cautela para que a equipe de saúde não adote as práticas corporais de forma utilitarista, reduzindo todo seu potencial. Para além de auxiliar no tratamento de dependência química e de manter o corpo saudável, essas práticas promovem o convívio social, as trocas de experiências, a experimentação de si, a cooperação, a comunicação, a sensação de prazer.

Durantes as partidas de futebol no GH, percebi o cuidado entre as pessoas das equipes a fim de evitarem possíveis lesões devido o contato físico durante o jogo. Segundo os profissionais do GH, nos primeiros jogos na quadra da ONG local havia muito “quebra-quebra”, ou seja, com o tempo, então, os participantes mudaram a dinâmica de jogo. Eles passaram a perceber, assim, que ao evitarem jogadas mais “duras”, estariam protegendo a si mesmos e aos outros, o que ratifica a ideia de cooperação em atividades coletivas. A cada tentativa de uma jogada, os participantes aplaudiam os colegas. Houveram pedidos de desculpas por parte daqueles que não conseguiam “acertar” a direção da bola num passe ou em um chute. Nessas atividades também ocorreram brincadeiras, como a do acadêmico Bud para com o senhor Zizinho, que estavam na mesma equipe. Ao ver Zizinho “perder” a chance de fazer um gol, praticamente sozinho (só com o goleiro), Bud disse sorridente:

“Seu [Zizinho], só pra te lembrar, aqui não é proibido fazer gol não hein!”
(acadêmico Bud, 13ª sessão de observação).

Com o decorrer dos encontros, constatei evidências do desenvolvimento de vínculo no grupo. Um dos indícios é o desejo dos participantes em estarem no grupo,

evidenciando sentimento de pertença ao grupo, importante componente da identidade social²⁵(SOUZA, 2012). Em uma manhã de jogo de futebol do grupo, embora todos participaram da sessão de alongamentos, um participante (Dagoberto) não caminhou, nem correu durante o aquecimento e tampouco jogou futebol como os demais naquele encontro, sob queixas de dores no corpo. Todavia, Dagoberto acompanhou as atividades sentado à margem da quadra. Ele dava palpites e ria de onde se encontrava; estava aproveitando à sua maneira. Parecia que para ele o que importava mesmo era estar junto com o grupo, independentemente se dentro ou fora da quadra. Destaco outro acontecimento que demonstra a valorização do GH pelos participantes. Ao fim do jogo, que durou cerca de uma hora e meia, Ganso me solicitou a gentileza de tirar fotos de todos do GH (participantes, profissionais e acadêmicos) com sua máquina fotográfica. Aquele momento pareceu ser marcante para esse homem, de modo que desejou registrar as imagens a fim de guardar lembranças (Diário de campo, 8ª sessão de observação).

Mesmo em dias chuvosos, que estive no grupo, observei que os participantes compareceram, embora em menor número. Em uma manhã chuvosa, quando cheguei à UBS observei que ela estava vazia, era notório que havia menos usuários que habitualmente ficam nas filas para marcação de consultas, em comparação com as demais quintas-feiras. Naquela manhã, cinco participantes se reuniram no auditório da UBS (Zizinho, Kaká, Sócrates, Raí e Dunga), apesar de ter chovido bastante (Diário de campo, 11ª sessão de observação). Fato semelhante ocorreu no encontro seguinte:

“Até agora só tem dois participantes [Sócrates e Tostão]. Acho que não vai vir muita gente hoje por causa da chuva” (enfermeiro Bonifácio em uma conversa com o pesquisador num corredor da UBS antes das atividades coletivas, 12ª sessão de observação).

Apesar da chuva, em cerca de 20 minutos outros participantes foram chegando: Zizinho; Bebeto; Kaká; Raí; Cafú; Ronaldinho; Dinamite; Pato; Neymar; e Ramires; totalizando 12 participantes presentes no auditório da UBS Azul, surpreendendo os profissionais e acadêmicos, visto que imaginavam que poucos participantes compareceriam naquele dia devido à intensa chuva (Diário de campo, 12ª sessão de observação).

²⁵ “No campo da psicologia social, identidade social se refere ao pertencimento a grupos sociais, pertencimento que abarca aspectos cognitivos e afetivos. A pessoa se sente componente de determinados grupos sobre os quais formula juízos de valor, com consequências para a produção de representações sobre si, sobre o outro e para a ordenação dos comportamentos” (SOUZA, 2012, p. 138).

Há participantes do GH que o aderiram de tal forma que mesmo nos dias em que não foi possível estarem presentes durante todo o tempo do encontro, compareceram, ainda que por alguns minutos. O participante Sócrates compareceu no auditório em uma manhã, mesmo sabendo que não daria para participar das atividades do GH, pois ele iria montar móveis em uma loja naquela manhã, praticamente no horário do encontro do GH, (ele é aposentado e faz “bicos”) - dia em que sofreu infarto, enquanto trabalhava, algumas horas após ter saído da UBS. Contudo, embora Sócrates soubesse que não daria tempo de participar das atividades daquele dia, ele foi até o auditório da UBS onde ficou sentado por alguns minutos, conversando com os demais participantes do GH, e onde teve a PA e glicemia aferidas (Diário de campo, 13ª sessão de observação). Semelhantemente, o senhor Zizinho compareceu no auditório em uma manhã, mesmo sabendo que não permaneceria no encontro, pois ele tinha consulta médica agendada para aquela manhã na UBS (Diário de campo, 17ª sessão de observação). Nessa direção, Jairzinho foi ao auditório mesmo quando o encontro estava praticamente se encerrando, em uma manhã, após sair de uma consulta na unidade de saúde (Diário de campo, 26ª sessão de observação). Da mesma forma, destaco um acontecimento com Kaká que chegou atrasado no dia em que o grupo tinha agendada uma visita ao Planetário. Então, ele foi sozinho para lá, visto que o grupo foi conduzido até a UFES (onde fica o Planetário) em um automóvel da Prefeitura, no horário pré-determinado, resguardado cerca de 20 minutos de tolerância. Mas a sessão já havia começado quando Kaká chegou ao Planetário. Apesar disso, Kaká não foi embora, permanecendo sentado esperando o grupo sair da sessão (Diário de campo, 25ª sessão de observação). Esses relatos sugerem a importância do GH na vida desses usuários dos serviços de saúde e evidenciam o vínculo dos participantes com o grupo, importante elemento para a promoção da saúde dos sujeitos. Vale salientar que a grupalidade é favorecida com o desenvolvimento de vínculo, pois o vínculo possibilita a compreensão acerca do outro da relação com sua história, o modo como ele se relaciona com as pessoas e como interage com os objetos no mundo (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Por outro lado, nota-se que os profissionais da UBS agendaram consultas para participantes do GH em horários que ocorrem as atividades coletivas desse grupo que se reúne apenas uma vez por semana. Tais fatos põem em evidência a necessidade de as equipes de saúde da UBS Azul se articularem e se comunicarem de uma forma melhor, convergindo, assim, com a perspectiva de trabalho em equipe interdisciplinar (indo além do multiprofissionalismo), a fim de não haver conflitos de horários entre consultas médicas e

práticas grupais de promoção da saúde. Acerca dos problemas organizacionais, a professora de EF Acidália comentou em tom de desabafo:

[...] Eles [alguns profissionais de saúde] acham que não existe o Grupo de Homens. [...]. Todo mundo acha que o grupo é apresentar qualquer coisa para as pessoas e ir embora. Não fazem grupo, mas adoram falar que têm grupo” (professora de EF Acidália na reunião de equipe, 24ª sessão de observação).

Destaca-se que à luz das concepções tradicionais de saúde a lógica de trabalho é a de produção e o que interessa são os números que traduzem a quantidade de atendimentos. Essas concepções consideram as tecnologias “leves” e relacionais, bem como as subjetividades, como perda de tempo (HOEPFNER, 2010). Além de indicar ausência ou pouca comunicação e interação entre as equipes de saúde da UBS, o que diverge das propostas de acolhimento, talvez isso explique em parte as marcações de consultas dos participantes do GH no mesmo horário que ocorrem os encontros desse grupo, uma vez que, sob as concepções tradicionais de saúde, “grupos de saúde têm importância inferior às consultas médicas individuais”, quando na realidade são estratégias que se complementam.

A partir das experiências, notei que o GH se apresenta como um espaço onde os sujeitos expressam sentimento de apoio, se sentindo acolhidos. Isso ratifica a necessidade de se difundir para as equipes de saúde da UBS a importância do trabalho coletivo desenvolvido no GH.

“[...] Esta atividade [dinâmica com futebol de botão], para mim, é união. A união é importante. Você rir junto, **você passa o mesmo problema junto**. [...]” (Dinamite, 24ª sessão de observação).

Nessa perspectiva, destaco um acontecimento em que o enfermeiro Bonifácio enfatizou os cumprimentos e abraços ao senhor Sócrates que esteve presente no grupo na 15ª sessão de observação após ter sofrido infarto há 15 dias daquele encontro. Na fala de Bonifácio:

“[Sócrates] passou um susto, mas está de volta ao grupo. [com expressão de alegria, ostentando sorriso e caminhando até onde Sócrates estava e o cumprimentando na presença dos demais frequentadores que aplaudiram o colega]” (enfermeiro Bonifácio, 15ª sessão de observação).

A presença de Sócrates no GH após o infarto indica que ele não permaneceu “prostrado” diante da enfermidade. Sua participação no GH é importante, pois esse grupo mostrou ser um lugar com potencial para favorecer a sociabilidade e possibilitar ao participante o sentimento de acolhimento, consoante alguns depoimentos.

“Me sinto importante ao fazer parte deste grupo. Quando alguém do grupo não vem, os demais sentem falta” (Raí, 10ª sessão de observação).

“Hoje estou sentindo falta aqui de [Falcão, Robinho e Dunga]” (Dinamite, 12ª sessão de observação).

“Me sinto mais acolhido no grupo. Eu me sentia mais sozinho antes de frequentar o Grupo dos Homens” (Zizinho, 10ª sessão de observação).

“Depois que entrei no grupo minha saúde melhorou. Me sinto bem aqui, pois sinto o grupo uma família. [...] O tratamento do grupo e profissionais daqui da unidade de saúde é bom. Frequento o Grupo dos Homens e espero que nunca me separe dele!” (Zizinho, 14ª sessão de observação).

Esse destaque do convívio no GH revela que fazer parte do grupo para os participantes significa mais do que receber informações e orientações das equipes de saúde. Há indícios de que existe algo a mais que motiva os frequentadores do GH se reunirem na UBS semanalmente. Nota-se nos depoimentos o destaque dado pelos participantes ao caráter relacional do encontro no grupo.

“Minha vida mudou. Aprendemos que temos que [...] Saber tolerar um ao outro. Tudo ensinado aqui. É importante saber conviver com o outro. Melhorou o estado de saúde. O médico atende melhor, pergunta mais pelo fato de eu participar do grupo, pois passo a ser mais conhecido. Minha médica não é minha médica, é minha amiga!” (Falcão, 14ª sessão de observação).

O discurso de Falcão indica que o GH possui potencialidade para aproximar os usuários-equipe de saúde. Ao chamar a médica de “minha amiga”, Falcão evidencia esse vínculo. Nessa direção, nota-se que o vínculo viabiliza o acesso dos usuários aos serviços, no sentido mais amplo do conceito comparado ao de acessibilidade (possibilidade de as pessoas

chegarem aos serviços), pois envolve também o acolhimento dos sujeitos (LOPES et al., 2013). Sob esse ângulo, convém mencionar que uma das principais diretrizes da PNAISH é o fortalecimento do acesso dos usuários aos serviços de ABS (BRASIL, 2008; SOUZA, et al., 2015). Por outro lado, o GH se reúne semanalmente na parte da manhã, o que se constitui um entrave na acessibilidade de homens que trabalham durante esse período do dia (LOPES et al., 2013). Vale destacar que para esses homens que trabalham entre 07h00min e 18h00min a UBS Azul iniciou em setembro de 2011 a denominada “Ação de Sábado” (a partir da qual se originou o GH), estratégia trimestral, realizada na manhã de sábado, voltada aos homens moradores dos territórios adstritos. Destaco que a primeira “Ação de Sábado” (realizada em setembro de 2011) contou com a presença de 43 usuários homens (SOUZA, et al., 2015). Em uma Ação de Sábado em que estive presente, mais de 50 homens estiveram na UBS Azul. Em contrapartida, os encontros do GH observados contaram com, no máximo, 14 participantes (vide tabela 1, página nº 25). Ou seja, no sábado houve maior presença masculina, podendo ser influência da flexibilização do horário de funcionamento da UBS, bem como pelo fato de a Ação de Sábado ser divulgada nos territórios da UBS com informações de que no dia são realizados alguns exames médicos, consultas médicas e odontológicas, procedimentos que podem ter atraído mais os moradores do que a atividade coletiva no GH.

Ao mesmo tempo em que observei favorecimento do acesso dos usuários aos serviços por meio do vínculo, bem como melhoria do acesso a informações e contato com a equipe de profissionais, notei que a equipe de saúde possui desafios quanto à melhoria do acesso dos moradores dos territórios adstritos aos serviços de saúde ofertados pela UBS Azul.

Após o encerramento de um encontro, solicitei ao enfermeiro Bonifácio atender o participante Vavá, visto que a taxa glicêmica desse participante continuava alta desde o encontro da semana anterior, dia em que foi constatado que o nível glicêmico de Vavá estava na casa de 370 mg/dL. Observei que Bonifácio informou Vavá acerca do período de marcação de consulta médica da UBS e sugeriu a esse participante verificar detalhes da agenda médica na recepção (Diário de campo, 19ª sessão de observação).

Nessa mesma direção, destaco o diálogo abaixo ocorrido no dia que o dentista da UBS, Dr. Amoroso, foi convidado para proferir uma palestra no GH:

“Falando em dente, estou precisando fazer revisão” (Kaká, 15ª sessão de observação).

“Na próxima terça feira teremos aqui cedo o agendamento para o consultório dentário. Aí vocês vêm para marcar” (Dr. Amoroso, 15ª sessão de observação).

Ao considerar o contexto de exígua presença masculina nos serviços de saúde numa perspectiva preventiva, questão aludida por diversos estudos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013), a equipe de saúde desperdiçou oportunidades de acolher esses usuários e suas demandas explícitas de saúde, ignorando, conseqüentemente, demandas implícitas que só o acolhimento e a escuta qualificada permitiriam identificar. Observa-se que o procedimento de agendamento para consultas não mudou no serviço com o desenvolvimento do GH. É o mesmo adotado para todos os usuários dos territórios adstritos à UBS. Ou seja, embora os usuários estivessem de frente com os profissionais da UBS (enfermeiro e dentista, nos casos supracitados), para eles conseguirem atendimento seria necessário irem para a tradicional fila, cujo número de vagas na agenda é limitado e elas são, geralmente, preenchidas por ordem de chegada, ou os usuários deveriam apresentar uma demanda que a equipe de saúde julgasse ser inadiável. Quando as vagas acabam, o acesso ao cuidado também cessa. Trata-se de uma mistura de lógica de consultório médico privado dentro de/e sinérgica com o serviço público de saúde (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Em uma manhã, encontrei um participante do GH numa fila:

“Estou aqui nesta fila para conseguir marcar dentista para mim [abrindo a boca para me mostrar o estado dela, evidenciando dentes muito amarelados, ausência de alguns dentes e halitose]” (Rivaldo, 22ª sessão de observação).

Essa realidade observada no GH diverge da proposta do acolhimento, que tem como missão reduzir a fragmentação dos atendimentos prestados pelas diversas áreas, bem como resolver o problema da demanda que em muitos casos é reprimida²⁶ e evitar as “listas de espera”. Para tanto, o acolhimento aqui aludido busca substituir a triagem pela ação, com intuito de atender a todos de acordo com as necessidades específicas de cada sujeito (HENNINGTON, 2005). Destaca-se que o acolhimento apresenta-se com duas faces opostas: no discurso, há reconhecimento do direito à saúde garantido pela Lei Maior, porém na prática, constata-se descumprimento desse direito. Estas situações ainda configuram o cotidiano das unidades de saúde e devem ser questionadas e discutidas, levando em conta a obrigação que o

²⁶ Demanda reprimida trata-se do fenômeno que impede o usuário do serviço ter atendidas suas demandas de saúde, por fatores organizacionais do setor saúde.

Estado tem de garantir este direito, a fim de não tornar “naturais” e “normal” a desigualdade e a exclusão dos cidadãos dos serviços (BREHMER; VERDI, 2010). Não se busca afirmar que a organização mínima da equipe por intermédio de agendamento de serviços seja prejudicial. Contudo, as grandes filas elevam o tempo de espera, contribuindo para o afastamento dos usuários, sobretudo os homens por causa do trabalho, importante elemento associado ao modelo de masculinidade hegemônico, o que pode resultar em demandas reprimidas que contribuem, por sua vez, para a ocorrência de fatos similares ao caso da adolescente que procurou uma UBS se queixando de muitas dores na barriga após ter ingerido veneno com intuito de interromper uma gravidez indesejada, mas que foi direcionada à fila, onde caiu no chão em estado de coma (BRASIL, 2006), relato abordado no subcapítulo “4.5. Acolhimento, Escuta e Vínculo” desta pesquisa. Nesse aspecto há um paradoxo: se por um lado o GH foi implementado com o intuito de acolher os homens dos territórios adstritos à UBS Azul, aumentando a presença masculina na UBS, por outro lado as dificuldades organizacionais nos serviços continuam (filas, horários). Esses entraves no acesso engendram comportamento rude por parte dos usuários. Lembremos-nos do fato narrado por Ayres (2004) envolvendo a usuária denominada ficticiamente de D. Violeta, presente no subcapítulo “4.2. Cuidado em saúde” desta dissertação. Quando indaguei o participante Cafú se daria tempo para ele participar das atividades em grupo e ir para sua consulta agendada para uma manhã, ele respondeu:

“Não tenho consulta. Aqui não tem médico. Remarcaram a consulta. Não é a primeira vez que fazem isso comigo! [em alta voz e com mau humor]” (Cafú, 19ª sessão de observação).

O campo revela existência de limitações no acesso e acolhimento dos usuários, questões que repercutem na formação de vínculo entre equipe de saúde-usuário. Se esse quadro não for revertido, a atuação da equipe de saúde pode se tornar frustrada e improdutiva, se afastando do modelo de promoção da saúde proveniente de lutas e discursos realizados ao longo dos anos.

Não obstante, durante a pesquisa de campo, notei que o indício de constituição de vínculo afetivo tem direção mútua entre profissionais/acadêmicos - participantes do grupo. Como exemplo, destacarei o caso da acadêmica Rebeca. Rebeca chegou ao auditório na 28ª sessão de observação sorridente, cumprimentando todos que estavam presentes, antes do início das atividades coletivas. Assim que a viu, a acadêmica Beatriz perguntou a Rebeca se

ela voltou ao GH (pois Rebeca não estava mais comparecendo aos encontros devido às aulas da faculdade de farmácia):

“Hoje não tem aulas, então **pude matar saudades do grupo** [sorridente]”
(acadêmica Rebeca, 28ª sessão de observação).

É inegável que o vínculo desenvolvido no grupo, entre os participantes e a equipe multiprofissional, suscita possibilidades para que seja consolidada uma relação de segurança, confiança, e companheirismo entre os atores do grupo, de maneira que oportuniza práticas mais ricas e participativas. Contudo, o vínculo desenvolvido no GH acaba tendo também uma face dura, considerando que os participantes sentem a ausência de profissionais que mudam de setor e dos acadêmicos que passam pelo grupo durante a realização de estágio supervisionado ou Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Na 12ª sessão de observação, Cafú apontou como aspecto negativo a grande “rotatividade” de profissionais e acadêmicos de saúde no GH.

“**Senti falta de muita gente aqui.** Igual aquela menina boa que tinha aqui, esqueci o nome dela, a psicóloga [se referindo à psicóloga Amícia que trabalhava na UBS]. Não estou vendo mais aqui a [Amália] [atual psicóloga da UBS]. Tem também os estagiários que passam pelo grupo e somem!” (Cafú, 12ª sessão de observação).

A professora de EF Acidália tentou comentar a fala de Cafú, mas ele pediu a oportunidade para concluir seu raciocínio. Ele disse para Acidália, de forma imperativa:

“[Acidália], esperamos que no mínimo você não saia do grupo!” (Cafú, 12ª sessão de observação).

Em seguida, Acidália disse a todos:

“Muito obrigada! [o rosto ficou avermelhado] Nós também sentimos falta dos participantes que param de vir ao grupo, assim como vocês sentem falta dos profissionais e estagiários” (professora de EF Acidália, 12ª sessão de observação).

Percebe-se que o GH tem propiciado a formação de vínculo, que, a partir dele, os usuários percebem e criticam o grau de rotatividade de profissionais e acadêmicos naquele

espaço. A rotatividade de acadêmicos é até explicável, uma vez que eles passam pela UBS durante o período de curso onde conhecem o cotidiano dos serviços e aproximam de realidades concretas, buscando a aplicação de conhecimentos teóricos. Porém, aqui vale salientar que a rotatividade em demasia de profissionais aponta para a indefinição da política de pessoal (valorização e formação de trabalhadores) do SUS, inclusive com existência de contratos temporários, repercutindo na remuneração e na carreira dos profissionais. Diante deste cenário, o SUS enfrenta desafios quanto ao desenvolvimento de vínculo com os cidadãos usuários e equipe de trabalhadores. Essa questão é debatida por autores como Gadelha (2008) e Campos G. W. S (2008, 2015), que frisam a incapacidade de os municípios instituírem uma política de pessoal efetiva e que garanta boa qualidade e estabilidade ao SUS. Portanto, com base nesses autores, há uma necessidade de maior participação da União e dos Estados no financiamento e na gestão do SUS a fim de qualificar o trabalho em saúde e reverter essa situação.

A partir da convivência no GH, notei que os participantes demonstraram preocupação com os amigos:

“Ouvi dizer que [Sócrates] sofreu infarto” (Raí em uma conversa comigo no auditório antes das atividades coletivas, 14ª sessão de observação).

Eu perguntei se a situação de Sócrates era grave, Raí respondeu que soube que Sócrates já se encontrava em casa. Antes do início das atividades coletivas daquele dia, a professora de EF Acidália informou a todos sobre o ocorrido com o senhor Sócrates (Diário de campo, 14ª sessão de observação):

“Não sei se todos estão sabendo. [Sócrates] teve um ataque cardíaco no dia [40²⁷] e por isso está em repouso em casa. Vocês ficaram sabendo?” (professora de EF Acidália, 14ª sessão de observação).

Os quatro participantes que já estavam presentes naquele momento (Zizinho; Falcão; Tostão; e Raí) responderam que já sabiam do ocorrido com o colega do GH, Sócrates.

“Eu visitei [Sócrates]. Ele está lá de repouso, mas está bem” (Falcão, 14ª sessão de observação).

²⁷ Data fictícia.

Acidália estimulou o senhor Zizinho a também visitar Sócrates, pois, segundo ela, esse participante havia a procurado para falar sobre o ocorrido com Sócrates, demonstrando interesse em ir até a residência do amigo que estava debilitado após o infarto (Diário de campo, 14ª sessão de observação).

“Seu [Zizinho] me procurou esta semana para falar que estava querendo visitar o [Sócrates]!” (professora de EF Acidália na reunião de equipe, 14ª sessão de observação).

Essas atitudes indicam que os frequentadores gostam de estar juntos com os demais participantes do grupo e com os profissionais e acadêmicos no GH, indícios de vínculo afetivo. Esses comportamentos dos participantes sugere que eles entendem que frequentar o grupo é algo importante para suas vidas. Em contrapartida, a equipe de saúde necessita buscar estratégias que garantam o acesso e o acolhimento dos usuários com suas variadas demandas de saúde. O GH aparentemente apresenta uma coesão interna, se diferenciando do mero agrupamento, que pode ser explicado pelo exemplo clássico da fila de ônibus, onde todos ficam agrupados sem unidade interna. A troca de experiências no GH (*espaço comunicacional*) viabiliza a constituição de rede social solidária para o cotidiano, para o além-grupo, pois esse processo de compartilhamento e de afetos engendra o sentimento de grupalidade e a representação interna do grupo, fenômeno crucial para sua constituição. Destaca-se que a continuidade no grupo é suscitada quando cada sujeito se reconhece nos outros e sente que pertence ao grupo. Para tanto, é necessária a existência de liberdade e sentido para cada sujeito estar com as demais pessoas do grupo em determinado momento (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Notei que os participantes demonstraram que valorizam o espaço do GH, como a preocupação por parte de Sócrates com a ausência de colegas nos encontros do grupo.

“Hoje está bonito ver isso aqui! Teve dia que eu cheguei aqui e vi três, quatro pessoas. Aí desanima. Hoje não. Hoje está bonito!” (Sócrates, 24ª sessão de observação).

Esse esvaziamento pode ser devido os profissionais e acadêmicos terem trabalhado com teatro, no GH, por três semanas consecutivas no período que estive ausente do GH (entre 03.04.2014 a 17.07.2014). Ou seja, deixar de variar as atividades no GH pode interferir na frequência de seus participantes. Portanto, uma das preocupações dos

profissionais e acadêmicos deve ser a diversificação de estratégias no GH. É nesse sentido que Furlan e Campos (2010) argumentam que um bom trabalho de grupo na Atenção Básica requer criatividade, dinâmica e diferentes atividades. O desaparecimento dos usuários do GH denota que o vínculo nesse grupo é sensível e está em desenvolvimento. Não há como negar a presença de indícios de vínculo no GH e que este, de fato, pode propiciar outros benefícios, tais como o aperfeiçoamento na comunicação entre usuários e equipe de saúde, abertura para assuntos delicados que pode contribuir no auxílio aos sujeitos, com o desenvolvimento do protagonismo, mas o que parece é que este vínculo precisa ser mais trabalhado e desenvolvido.

Observei que os participantes evidenciaram que atuam para incentivar os demais colegas a participarem das atividades do GH, eles se esforçam para manter o grupo.

“Eu não ia subir hoje. Só vim [à UBS] buscar medicamentos. Eles [apontando para alguns colegas do GH] me viram lá embaixo. **Eu vim aqui [auditório da UBS] puxado pelos colegas do grupo**” (Rivaldo, 10ª sessão de observação).

“Além de estimular seu filho a vir ao grupo, [Pato] está ajudando o senhor [Ronaldinho]. Fiquei sabendo que [Pato] foi até a casa do seu amigo que está com as condições de saúde complicadas [...] embora eles ainda não demonstrem que se sentem um grupo, quando o bicho pega, eles se ajudam!” (professora de EF Acidália na reunião de equipe, 12ª sessão de observação).

“[...] vim porque o [Zizinho] me chamou e eu não ia fazer nada. [...]” (Júnior, 30ª sessão de observação).

Se muitos participantes vestiam camisas de times de futebol, Sócrates vestiu, literalmente, a camisa do GH (Figura 2), e incentivou os demais participantes a vesti-la também. Ele se levantou, foi até à frente do auditório e pronunciou, quando lhe foi dada a oportunidade antes do início das atividades coletivas (Diário de campo, 24ª sessão de observação):

“Vi que estava vindo pouca gente no grupo. Então eu fiz esta camisa [personalizada] para o Grupo dos Homens, para andarmos com ela no bairro, divulgando este grupo para outros homens. [gesticulando e demonstrando que não concordava com a ausência dos colegas no grupo] Fiz esta camisa para chamar o povo, para encher isto aqui! (Sócrates, 24ª sessão de observação)”.



Figura 2 – participante Sócrates com a camisa personalizada do GH, sua iniciativa (acervo pessoal).

Essa iniciativa de fazer uma camisa para o GH revela a criação de identidade do grupo, como também o início de autonomia dos usuários frente ao grupo, o protagonismo. Duas semanas após Sócrates ter apresentado a camisa ao GH, Zizinho falou sobre essa ideia:

“Esta camisa aí vai chamar atenção dos nossos amigos” (Zizinho, 26ª sessão de observação).

Também ficou perceptível o desejo que os participantes evidenciaram em propagar o GH para seus familiares: Zizinho levou seu filho (Ganso) na 8ª sessão de observação; Pato convidou seu filho (Neymar) para o encontro da 12ª sessão de observação; Zinho levou seu irmão (Elano) no encontro da 17ª sessão de observação; Cafú levou seu neto (Adriano) na 18ª sessão de observação. O fato de os participantes levarem um familiar ao GH demonstra que o grupo é importante para eles, indicando, inclusive, uma relação de pertencimento dos sujeitos àquele espaço.

Nota-se que os participantes são multiplicadores do GH nas comunidades.

“Eu falo para meus amigos que eu convido para vir no grupo que podem vir, pois o trabalho dos atendentes é excelente. Eles atendem muito bem!” (Falcão, 14ª sessão de observação).

Por outro lado, os próprios participantes indicam que nem todos seus convidados comparecem ao GH:

“[...] Eu convido outras pessoas para participar do grupo [GH], mas elas não vêm [...]” (Zizinho, 14ª sessão de observação).

“[...] Tem gente que fala que ‘aquilo lá’ [GH] é só pra velho. Tem gente que diz que tem trabalho” (Falcão, 14ª sessão de observação).

De fato, notei que nos dias de encontro do GH outros homens, que ficam ociosos na Rua Maracanã, não vão ao grupo, permanecendo sentados no bar e adjacência dele, próximo à UBS Azul. Eu via homens (inclusive participantes do GH) no bar minutos antes do início das atividades do GH, quando estava a caminho da UBS Azul, e após os encontros, quando me dirigia para a avenida principal depois da reunião de equipe. Quer dizer, esses usuários dispõem de tempo, porém, ainda assim não acolhem os convites dos colegas e dos profissionais (observei que a professora de EF Acidália e ACS's costumam também convidar os homens dos territórios da UBS a comparecerem ao GH). Há o reconhecimento por parte dos profissionais desta dificuldade na adesão ao grupo, que se constitui obstáculo para a formação de vínculo dos usuários com o grupo e com a UBS como um todo:

“[Mozer] precisa muito de ajuda. **Só vem quando a ACS passa na casa dele.** É tudo: álcool, drogas. Ele quer parar” (Acidália na reunião de equipe, 26ª sessão de observação).

Se por um lado há indícios de que os participantes do GH propagam esse espaço terapêutico nas comunidades, por outro, a equipe de saúde implicada com o GH necessita refletir acerca da não adesão de muitos usuários que são convidados pelos participantes ou pela equipe de saúde. A partir dessa reflexão, a equipe poderá desvelar as (des)motivações acerca da frequência dos usuários ao GH, podendo propor estratégias efetivas para fomentar o vínculo de outros usuários com este grupo terapêutico, com intuito de aumentar a presença masculina na UBS e promover a saúde dos sujeitos.

Apesar dos indícios de vínculo, observei que também entre os participantes que frequentavam assiduamente o GH houve momentos de evasão. Ou seja, apesar de a questão do horário de funcionamento do GH explicar, em parte, o menor número de usuários nesse grupo em relação à Ação de Sábado, os próprios participantes do GH evidenciaram que o

vínculo com o grupo para eles não é algo acabado, ao contrário, encontra-se em construção (como tende a ser continuamente). Reparei usuários que desapareceram por um período de tempo no mínimo superior a um mês e voltaram a frequentar o grupo (como Cafú, Kaká, Mozer, Pelé, Rivelino, Robinho e Zinho), bem como notei participantes que deixaram de frequentar o GH (Adriano, Elano, Ganso, Neymar, Pato, Raí, Ramires, Romário, Vampeta e Vavá), não os vendo mais até o encerramento da observação no campo de pesquisa. Alguns deles podem ter comparecido após minhas observações, mas é fato que ficaram ausentes dos encontros por certo tempo, uma vez que frequentaram o GH durante o período 14.11.2013 a 27.03.2014, não sendo vistos mais nos encontros do período posterior (24.07.2014 a 28.08.2014 e 16.10.2014). Portanto, o vínculo no GH é um processo incipiente a ser aperfeiçoado pela equipe de saúde.

Destas constatações surge a questão: o que levou esses usuários que frequentaram o GH a desaparecerem desse espaço terapêutico? A concepção hegemônica de masculinidade é tida como um dos fatores que explicam a menor presença masculina nos serviços, numa perspectiva preventiva (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008). Entretanto, e nos casos de homens que já superaram, em tese, os “obstáculos” dessa concepção de masculinidade, comparecendo aos serviços da ABS, mas, desaparecendo em seguida? Será que o GH não propiciou a transformação das experiências de gênero, importante fator para mitigar os efeitos negativos da concepção hegemônica de masculinidade para a saúde, como foi abordado no subcapítulo anterior (“5.1. Espaço comunicacional”)? Será que a UBS Azul, como um todo, não se preparou devidamente ainda a fim de acolher este público com suas variadas demandas? Em última instância, a pergunta que emerge é: considerando que os discursos dos participantes do GH apontam que o atendimento da equipe de saúde é bom, e se eles realmente demonstram criação de identidade do grupo, por que houve usuários que abandonaram este espaço terapêutico?

Não obstante, é inegável que emerge no GH indícios de vínculo dos usuários com este grupo, conforme relatado anteriormente. No encontro em que foi exibido aos participantes um vídeo feito com a filmagem realizada no encontro do futebol de botão, ocorrido na 24ª sessão de observação, a acadêmica Simone indagou os participantes:

“Como foi para vocês se verem no vídeo?” (acadêmica Simone, 26ª sessão de observação).

Sócrates disse:

“Para mim foi uma surpresa. Eu nem gosto de tirar retrato. Não sei por que **me sinto melhor aqui do que em qualquer outro lugar**. Mas não gosto de tirar retrato. Aqui me sinto a vontade” (Sócrates, 26ª sessão de observação).

Zizinho comentou:

“Foi show de bola. Muito bom. Três anos e pouco a gente está neste grupo, evoluindo mais. Aprendo coisas legais. O grupo está crescendo!” (Zizinho, 26ª sessão de observação).

A análise dos “dados” demonstra que os participantes evidenciaram sentimento de orgulho para com o GH e a UBS Azul, quer dizer, o GH possui potencial para fomentar a aproximação dos homens daqueles territórios da UBS Azul aos serviços prestados pelas equipes de saúde da UBS:

“É uma pena que lá fora outras pessoas não estão sintonizadas com as discussões deste grupo” (Raí, 14ª sessão de observação).

“O grupo é importante porque a cada semana são debatidos assuntos diferentes. No grupo conhecemos outras pessoas” (Garrincha, 14ª sessão de observação).

“**O grupo mudou minha vida**. O futebol, os passeios [sorrindo]. Em casa eu tento controlar a saúde, tomo remédio certinho [devido aos transtornos mentais]” (Kaká, 14ª sessão de observação).

“[Acidália], **estas atividades só acontecem aqui nesta unidade [Azul]**. Nenhuma outra unidade tem isso. Só aqui! [com orgulho da UBS Azul]” (Kaká, 26ª sessão de observação).

“**Depois do grupo todo mundo está bem**. Antes chegava gente com pressão alta. Eu mesmo quando vim, estava com 400 de glicose. Hoje está tudo normal” (Sócrates, 29ª sessão de observação).

“Depois que entrei no grupo mudei o modo de tratar, de respeitar em casa. Carinho. Até meu netinho eu não pegava, mas agora eu brinco [fala empolgada]” (Garrincha, 14ª sessão de observação).

Nota-se que a partir do vínculo os usuários revelaram situações de seu cotidiano, inclusive, fatos que fazem parte de suas vidas privadas. Quer dizer, o vínculo engendra laços de confiança. Observa-se também, nesses depoimentos, a corresponsabilização dos sujeitos com o cuidado de sua saúde, fenômeno fundamental para a promoção da saúde, como a fala de Kaká que alegou se empenhar para controlar a saúde em casa, tomando medicamentos no tempo definido pelo profissional médico. Essa corresponsabilização surte efeitos para a saúde desses sujeitos, como Sócrates que se recordou que chegou ao grupo com a glicemia descompensada, mas com a participação no GH conseguiu a “normalizar” essa variável. Nessa direção, o GH demonstrou potencialidade para propiciar o autocuidado.

“[...] teve semanas que Cafú ficou sem vir. Um dia eu o encontrei aqui na Rua da unidade [de Saúde] de cabeça baixa, desanimado, em condições de morador de rua mesmo. Então conversei com ele, falando a importância de ele continuar a frequentar o Grupo de Homens” (técnica em enfermagem Alena, 10ª sessão de observação).

No dia em que visitei, juntamente com a ACS Alexia, o participante Romário, na 4ª sessão de observação, ele estava com o cabelo cortado e barba feita, apresentando uma aparência melhor daquela quando o vi pela primeira vez na 2ª sessão de observação, ocasião em que eu e o acadêmico Blandino o auxiliamos a tomar banho na UBS (Romário estava vestido com roupas muito velhas, rasgadas e sujas. Ele também estava com muita sujeira acumulada na pele por não tomar banho por muitos dias). Após retornar à unidade de saúde, eu e outros acadêmicos tivemos uma reunião com a professora de EF Acidália e a psicóloga Amícia. Comentei que encontrei o senhor Romário em condições melhores do que aquela em que ele esteve no grupo no dia da 2ª sessão de observação. Então Acidália e Amícia reforçaram a importância de estimular essas pessoas a participarem do GH, os incentivando a se cuidar (Diário de campo, 4ª sessão de observação).

Porém, é preciso frisar que a equipe de saúde deve cuidar para não adotar uma postura moralizante e discursos normativos, atitudes que não promovem a autonomia dos sujeitos nos modos de vida e sua corresponsabilização no cuidado em saúde. Pelo contrário, posturas impositivas ou de cunho moral e os discursos normativos resultam na culpabilização dos sujeitos pelas suas condições de vida e de saúde, bem como impossibilitam a formação de grupalidade, resultando na redução da adesão dos sujeitos, pois essas posturas desconsideram

os desejos, as histórias e os sentidos de vida das pessoas. À medida em que os profissionais assumem posturas arbitrárias em um grupo, menos as pessoas comparecem aos próximos encontros. Questões ainda aceitas em uma consulta individual, como a hierarquia e a imposição de saberes, tendem a ser menos tolerada num grupo (“para quê vou, se ele nem me ouve?”) (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Nesse sentido, a proposta da Clínica Ampliada ganha relevância no cuidado em saúde, pois não é focada em protocolos de tratamento que, a despeito de suas relevâncias, são generalizantes, não sendo, assim, as únicas formas de cuidado em saúde quando o que se quer é habitar um território existencial singular. Portanto, a Clínica Ampliada visa substituir as intervenções moralizantes e a postura profissional que procura governar, impondo certos “estilos de vida” às pessoas, pela relação, pelo encontro, pelo vínculo, pela abertura do corpo para outras peripécias, para outras formas de vida (VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014).

Com a proximidade entre os usuários e profissionais a partir do vínculo, inevitavelmente emergem conflitos no grupo. Durante a pesquisa de campo, também presenciei casos de intolerância ao outro, o que indica a necessidade de desenvolver e fortalecer no GH um espaço que seja liberto de constrangimentos e com suspensão da atitude de julgamento moral. Quando as acadêmicas de farmácia, Vívian e Rebeca, faziam uma apresentação para o grupo sobre jogos olímpicos de inverno²⁸, Kaká perguntou:

“[Vívian], qual é o país que mais neva no mundo?” (Kaká, 20ª sessão de observação).

Imediatamente, Cafú falou:

“É na sua casa, lá no congelador! Tenho que sentar perto de um cara desses ainda...”
(Cafú, 20ª sessão de observação).

²⁸ Essas acadêmicas enviaram mensagens eletrônicas aos profissionais e outros acadêmicos envolvidos com o GH, um dia antes daquele encontro, informando que conduziriam as atividades do dia 06.03.2014 com o tema “Jogos Olímpicos de Inverno 2014”, alegando que seria um tema apropriado após o feriado de carnaval por ter caráter mais lúdico. Esta proposta, porém, traz à baila reflexões acerca de um compartilhamento de questões aos participantes que não fazem parte da realidade deles. Não é comum canais de televisão abertos exibirem as modalidades esportivas apresentadas pelas acadêmicas, por exemplo. Ainda que muitos participantes tivessem acesso a canais televisivos pagos, é de se esperar falta de interesse por parte deles em assistir aqueles jogos. Os participantes não têm acesso àquelas modalidades esportivas e, quiçá, nunca terão acesso. Portanto, a proposta desse tema partiu das acadêmicas e não dos participantes do grupo. Não obstante, como será abordado no próximo subcapítulo, naquele encontro os participantes se inspiraram e planejaram outra prática esportiva mais próxima à realidade deles: o bocha.

O participante Kaká tem transtorno mental, mas não participa das atividades desenvolvidas no CAPS, e sim do GH, sendo um participante assíduo nesse grupo. Sua participação mostra-se relevante, pois ele consegue participar e interagir com o grupo, apesar de algumas vezes suas falas serem desconexas e não serem compreensíveis. Acerca das conversas desconexas de Kaká, ouvi Cafú reclamando com a professora de EF Acidália, em outro encontro:

“O médico estava dando uma palestra boa [na 7ª sessão de observação], e [Kaká] ficou de palhaçada!” (Cafú, 9ª sessão de observação).

Na verdade, Kaká desejou falar de si durante a palestra, quando o médico convidado abordava os efeitos deletérios do estresse.

“Eu sou muito estressado. Fico muito nervoso quando fico no trânsito dentro do ônibus ou quando tenho que esperar muito na fila. Outro dia estava estressado e discuti com o motorista do ônibus. [...] [voz arrastada]” (Kaká, 7ª sessão de observação).

Quando ainda esse participante estava falando, a psicóloga Amália interrompeu sua fala, pois segundo ela, Kaká estava “fugindo do tema” (Diário de campo, 7ª sessão de observação).

Destaco outro caso de estigma no grupo que envolveu o participante Kaká. No momento que ele entrou o auditório na manhã da 20ª sessão de observação, o acadêmico Bud se levantou a fim de ceder lugar para esse frequentador se acomodar. Todavia, o participante Sócrates, que estava sentado próximo a Bud, resmungou:

“Deixa ele para lá, pois ele fede pra caramba! Ninguém merece!” (Sócrates, 20ª sessão de observação).

Infere-se que Kaká é proibido de falar e até mesmo de frequentar o GH, proibição que ocorre implicitamente. Contudo, não seria o GH um espaço comunicacional e de acolhimento de usuários de AD, por vezes, invisíveis socialmente?

Assinalo outro fato em que outro participante, Jairzinho, também sofreu estigmatização por parte de um colega do grupo. Após uma dinâmica de futebol de botão (que Jairzinho se saiu muito bem), Sócrates comentou em alta voz:

“Quem perder para [Jairzinho] vai ganhar de quem? [gargalhadas altas]” (Sócrates, 24 sessão de observação).

Afinal, quem é Jairzinho? É um senhor com aproximadamente 60 anos de idade, que anda com auxílio de uma muleta e também possui problemas mentais, assim como Kaká. A professora de EF Acidália contou um pouco a história desse participante na reunião de equipe:

“[Jairzinho] contou para mim e para [Simão] [psicólogo] porque ele anda de muleta. Ele falou que jogava futebol profissionalmente, quando era jovem. Mas, em certo momento, disse que se envolveu com o tráfico. Foi quando foi baleado por rivais. Depois disso Jairzinho abandonou a criminalidade. Hoje ele possui sequelas” (professora de EF Acidália, 24ª sessão de observação).

Questionado acerca de como se sentiu com a “brincadeira” do colega, Jairzinho respondeu em outro encontro ocorrido 14 dias após a oficina com futebol de botão:

“É recalque dele! [rindo] Não liguei pra isso! [Muitos riram com essa resposta].” (Jairzinho, 26ª sessão de observação).

A retomada desta questão pela equipe de saúde foi relevante, pois propiciou ao grupo reflexão acerca do efeito de uma “brincadeira de mau gosto”, proporcionando possibilidades de interferências profícuas para a promoção da saúde dos sujeitos, visando o estímulo ao respeito às singularidades do outro da relação. Evidência disso foi que, durante a discussão e a fala de Jairzinho, o participante Sócrates foi “murchando” sua postura na cadeira, como se estivesse reconhecendo naquele momento as consequências da estigmatização por ele protagonizada. Estes fatos ratificam que o vínculo no GH é um processo que está iniciando, pois não há que falar em vínculo onde haja desrespeito ao outro da relação.

Esses dois fatos relatados sobre estigmatização no GH reforçam a constatação de que a pessoa com deficiência é muitas vezes infantilizada e inferiorizada (BRASIL, 2008). Essas posturas protagonistas de exclusão (descritas acima) desfavorecem relações de cooperação, ao passo que fortalecem relações de coação que são prejudiciais para o desenvolvimento de autonomia dos sujeitos, portanto, essas posturas são nocivas à promoção

da saúde que equivale, parcialmente, ao incremento de capacidade de enfrentamento, autonomia e participação democrática (SOUZA, 2012).

Considerando a dimensão conceitual do vínculo assumida nesta pesquisa, contatam-se aspectos ambivalentes nas dimensões relacional e programática. Na primeira dimensão, observa-se que o GH fomenta o convívio social (desejo de estar no grupo e esforço dos usuários para manter o grupo), companheirismo (os participantes passaram a evitar lesões devido o contato físico nas partidas de futebol, por exemplo), sentimento de apoio (participantes fizeram visitas a outros enfermos), proximidade entre equipe de saúde-usuário, melhoria no acesso aos serviços de saúde ofertados na UBS Azul e percepção positiva acerca do grupo e da equipe de saúde. Porém, os “dados” também mostram a evasão dos participantes do GH (alguns deixaram de frequentar o grupo e outros homens daqueles territórios não acolheram os convites dos colegas que participam do GH ou de profissionais de saúde), bem como conflitos entre eles (casos de estigmas), situações que dificultam o desenvolvimento e fortalecimento do vínculo. No tocante a dimensão programática do vínculo, nota-se que a equipe de saúde envolvida com o GH busca desenvolver o vínculo por meio de dinâmicas de grupo, atividades lúdicas e esportivas, ampliando, assim, a concepção acerca de saúde. No entanto, à luz dessa dimensão, os “dados” evidenciam barreiras e desafios aos vínculos, que incluem problemas organizacionais (agendamentos de consultas para participantes do GH em horários que ocorrem atividades coletivas do grupo), dificuldades no acesso dos usuários aos serviços da UBS (os profissionais de saúde conduziram os usuários para as recepcionistas; existência das filas tradicionais; horários dos serviços tipicamente comerciais), e rotatividade de profissionais no GH. Acerca dessa última questão, da rotatividade de profissionais, convém ressaltar que é um problema agravado pela indefinição da política de pessoal (valorização e formação de trabalhadores) do SUS, repercutindo na remuneração e na carreira dos profissionais, que em busca de melhores condições de trabalho e salários, acabam mudando de emprego, rompendo, quando é o caso de profissionais do SUS, o vínculo desenvolvido com os usuários dos territórios onde trabalharam. Ratifico, com base em Gadelha (2008) e Campos G. W. S (2008, 2015), que se trata de um problema estrutural do SUS, pois nem todos os municípios são capazes de instituírem uma política de pessoal efetiva e que garanta boa qualidade e estabilidade ao SUS, necessitando de maior participação da União e dos Estados no financiamento e na gestão do SUS a fim de qualificar o trabalho em saúde e reverter essa situação. Dessa forma, para que o vínculo seja fortalecido, a equipe de saúde precisa aperfeiçoar essas outras questões da dimensão programática no âmbito de sua competência.

4.3. PROTAGONISMO

A despeito dos conflitos e limitações na prática de grupo para a promoção da saúde, nota-se, a partir da análise do diário de campo, que as vozes dos participantes também tiveram lugar no GH, que assumiu a forma de espaço comunicacional na UBS Azul, o que propiciou aos participantes se apropriarem do GH, se colocando em cena como protagonistas, opinando e participando das atividades desenvolvidas no grupo:

“Senti que as orientações de médicos no grupo estão ausentes” (Cafú, 12ª sessão de observação).

Destaca-se que para fomentar o protagonismo do usuário, o profissional deve ser seu colaborador, deixando de ser autoridade absoluta do conhecimento. O usuário, por sua vez, deve ser considerado como plenamente ativo na construção de práticas de saúde - princípio de *empoderamento*, protagonismo (SOUZA, 2012). Observei que no GH a equipe de saúde buscou fomentar a participação dos usuários dos serviços de saúde desde a etapa de planejamento das atividades, evidenciando, no discurso, que suas opiniões são relevantes:

“É muito importante que vocês participem desta etapa [planejamento], pois nós não desejamos que o grupo funcione em função dos profissionais, mas que vocês opinem, sugiram e participem, para que as atividades contemplem suas demandas e necessidades específicas” (enfermeiro Bonifácio, 12ª sessão de observação).

A Clínica Ampliada, modo pelo qual o cuidado em saúde no SUS deve ser embasado, conforme a PNH (BRASIL, 2009b), busca promover essa corresponsabilização, entendida como a participação ativa do usuário na construção de práticas de saúde (SOUZA et al., 2015). Saliento que um sistema de saúde humanizado reconhece cada sujeito como cidadão possuidor de direitos, e preza e estimula sua atuação na produção de saúde. Nessa perspectiva, o enfermeiro Bonifácio frisou aos participantes que suas opiniões são válidas, mostrando a eles que suas falas são consideradas.

“Hoje teremos aqui uma conversa sobre saúde bucal com o [Dr. Amoroso], dentista aqui da unidade de saúde. Ele vai subir assim que terminar um atendimento.

Lembrando que esta atividade surgiu a partir do planejamento que teve participação de todos” (enfermeiro Bonifácio, 15ª sessão de observação).

Ressalta-se que a prática grupal propicia que o saber esteja nas pessoas, e não somente no profissional de saúde, mas também nele. O grupo, em geral, apresenta uma menor formalidade do que uma consulta individual, e isso favorece o estreitamento da relação entre profissional e usuário, pois o profissional também está exposto e faz parte do grupo. Nesse sentido, é comum usuários perguntarem aos profissionais como eles fazem em suas casas (FURLAN; CAMPOS, 2010), bem como os usuários expõem técnicas populares, por vezes eficazes:

“Eu tinha esporão e um médico me disse que seria necessário fazer uma cirurgia para raspar o osso. Mas um conhecido, que tinha feito esse procedimento médico, me desaconselhou a submeter à cirurgia. Outro conhecido me indicou colocar sobre o calcanhar terra virgem com gengibre. Ele me levou a um lugar, em que tivemos que passar pela mata, onde ele pegou uma quantia de terra. Coloquei esses produtos no calcanhar e sarou” (Raí, 14ª sessão de observação).

A postura profissional dialógica propicia dar lugar à voz dos sujeitos, que no contexto dos participantes do GH é comumente relegada durante suas trajetórias de vida. No GH, observei que eles participaram dos planejamentos de atividades a serem desenvolvidas, juntamente com os profissionais, sugerindo e opinando. É preciso que a equipe de saúde aprimore essa forma de trabalhar a saúde no GH a fim de favorecer o deslocamento do poder-saber do profissional de saúde, levando em conta também a palavra dos usuários dos serviços de saúde, em consonância com o conceito *empoderamento*. E isso apareceu nos discursos dos participantes:

“O Grupo de Homens é o lugar de aprendizagem onde **todos** ensinam e aprendem” (Raí, 10ª sessão de observação).

Com esse depoimento, nota-se que o participante tem a percepção de que profissionais e usuários do GH ensinam e aprendem, indo de encontro à noção de educação tradicional, segundo a qual o saber está de posse dos profissionais, cabendo a eles transmitir o

conhecimento aos sujeitos no sentido de uma “prática bancária”²⁹. A educação em saúde tradicional “[...] tem como pressuposto a ideia de que os profissionais da saúde sabem o que se constitui em ‘estilo de vida saudável’ e de que a adoção desse modo de viver a vida é uma questão de escolha pessoal. [...]” (OLIVEIRA, 2005, p. 425). Ao contrário dessa concepção de “educação bancária”, a perspectiva crítica de educação em saúde, uma das estratégias para a promoção da saúde, apregoa que a atuação do profissional se fundamenta na empatia, na escuta e na negociação de decisões junto ao usuário, situando esse último não apenas como mero figurante, mas como protagonista na cena de produção de saúde. É nesse sentido que preconiza-se na ABS considerar a interação sócio-afetiva entre profissional-usuário como elemento imprescindível no trabalho em saúde, enfatizando a construção de novas relações humanas na produção de saúde, baseadas no vínculo e na autonomia (SOUZA, 2012).

Ao serem incentivados a participarem ativamente das atividades do GH, os participantes levaram propostas de atividades de seus interesses. Dessa forma, eles deixaram de ir ao grupo apenas para “receber”, passando a “dar” também alguma contribuição.

“Aposentei há nove anos. Lembro-me de quando trabalhava. Lá na empresa eu participava de grupo. **Aqui poderia ter aquecimento com alongamento antes**, pois no grupo da empresa que trabalhei tinha ‘aquecimento’ antes das reuniões e todos gostavam dessa atividade” (Raí, 14ª sessão de observação).

“Hoje eu vim ‘seco’ achando que teria aquele alongamento bom!” (Vavá, 19ª sessão de observação).

Nesse sentido, antes das atividades coletivas do GH, comumente os participantes, acadêmicos e profissionais passaram a realizar, em grupo, alongamentos musculares, após o momento de aferição da pressão arterial e nível glicêmico dos participantes do grupo ou ao fim das atividades coletivas. É interessante a atuação dos profissionais no grupo, participando também das atividades junto com os frequentadores, não formando grupo de profissionais distante dos usuários dos serviços de saúde.

Outro exemplo de sugestão feita pelos participantes trata-se de partidas de futebol em uma ONG local. Os participantes protagonizaram a organização das partidas ao: sugerirem esta modalidade esportiva para o grupo; e providenciarem camisas para os times. Além disso,

²⁹ “Educação bancária”, na perspectiva freiriana, corresponde à prática na qual o educador se considera o exclusivo educador do educando, numa relação em que o educador **transfere** o conhecimento ou conteúdos ao educando, considerado como puro recipiente (FREIRE, 1992).

notei, durante as partidas, que os frequentadores do GH também protagonizaram a cena como árbitros, constituindo “jogadores-árbitros”, semelhantemente aos usuários do CAPS de Porto Alegre RS, participantes de oficinas de futebol pesquisadas por Abib et al. (2010). É o caso de Zizinho que pediu para minha equipe cobrar novamente um lateral, alegando que nosso time deu saída de bola “irregularmente”, e de Raí que verbalizou, mesmo após a equipe adversária à sua ter saído com a bola, alegando que a posse de bola era de seu time (Diário de campo, 8ª sessão de observação). Notei que no futebol os participantes assumiam um papel mais ativo no grupo, ao comparar o comportamento deles nas “palestras”, ultrapassando o *status* de “pacientes” a cargo dos profissionais de saúde. Para eles, consoante Abib et al. (2010), deixar de ser meros coadjuvantes, mesmo que temporariamente, para serem sujeitos protagonistas do cuidado em saúde, funciona como um exercício de reinserção que transcende o ato de jogar bola.

No entanto, com o transcorrer do tempo, a partida de futebol passou a ser questionável entre os participantes.

“Não vou poder jogar bola, pois **estou muito cansado por causa do meu serviço** [esse participante trabalhava de porteiro durante a noite]” (Rivaldo, 18ª sessão de observação).

“Gosto muito de futebol, porém **meu joelho não deixa eu jogar**” (Raí, 19ª sessão de observação).

“Por mim, pode acabar com o futebol. A médica falou comigo que **não posso me machucar**. Ela falou que não posso nem andar de chinelo, pois se eu machucar o pé vai ter que amputá-lo. Então, futebol pra mim acabou. Posso até ir para ficar sentado e assistindo, mas não posso jogar. Vai que dou azar de machucar!” (Sócrates, 19ª sessão de observação).

“Aqui [na UBS] é melhor do que na [ONG]. Nem sempre estamos animados para futebol” (Kaká, 19ª sessão de observação).

“Não vou jogar, pois **trabalhei a noite inteira**” (Vavá, 18ª sessão de observação).

No caso de Vavá, nem era aconselhável que ele jogasse bola com o grupo naquela manhã, pois sua taxa glicêmica registrada naquele dia foi igual a 370 mg/dL. Eu lhe perguntei se estava sendo acompanhado por médico, e Vavá respondeu que seus remédios acabaram.

Aferir a PA e glicemia dos participantes é fundamental, pois além de fazê-los se sentirem acolhidos pela equipe de saúde, permite prevenir ocorrência de mal súbito devido esforços físicos realizados por parte de algum frequentador que esteja com uma dessas variáveis fisiológicas “alteradas”, como é o caso de seu Vavá, o que pode acontecer na atividade de futebol, por exemplo. É sabido que devemos evitar exercícios físicos quando a glicemia estiver acima de 250 mg/dL³⁰.

Por outro lado, Zizinho, Falcão e Tostão defenderam a continuidade do futebol entre as atividades desenvolvidas no GH (Diário de campo, 19ª sessão de observação). Falcão comentou:

“A ideia não é acabar com o futebol. É trazer outras atividades. Mas o futebol pode continuar” (Falcão, 19ª sessão de observação).

Desses relatos emerge a questão: por que os participantes passaram a rejeitar a prática do futebol? O contexto precário deles mostra que se os sujeitos fossem empregados, a maioria deles seria aposentada por invalidez. Apesar de eles terem o imenso desejo de jogar futebol por influência do imaginário coletivo, eles receiam se machucarem durante o jogo e piorarem as condições de saúde que já são muito precárias. Malgrado a vontade de jogar futebol, os participantes têm um impedimento físico. Se eles se lesionarem no futebol e ficarem acamados, não têm, praticamente, onde ficar! Se ficarem machucados por uma semana, por exemplo, significa impossibilidade de fazer um “bico” (trabalho esporádico).

“Vou ficar de goleiro. Tenho problemas na coluna e também no joelho. Olha aqui meu joelho, é a cicatriz de uma cirurgia que fiz” (Dinamite em conversa com o pesquisador na quadra de uma ONG local, 13ª sessão de observação).

“Esse meu problema na coluna não tem cura não?!” (Kaká direcionando a pergunta ao pesquisador, 17ª sessão de observação).

“Eu gosto de esportes. Assisto pela televisão. Eu praticava muito, nadava, mas estou parado. [...] Fiz uma cirurgia no joelho há quase dois anos por causa de problemas nos ligamentos. Por isso ando com a muleta. O fisioterapeuta suspendeu as sessões de reabilitação, pois o joelho estava ficando muito inchado após a fisioterapia. Aí eu

³⁰ Para mais informações ver ARAÚJO, Leila Maria Batista; BRITTO, Maria M. dos Santos; CRUZ, Thomaz R. Porto. Tratamento do Diabetes *Mellitus* do Tipo 2: Novas Opções. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo, SP, v. 44, n. 6, 2000.

fico muito parado em casa, deitado, assistindo televisão e engordando. Estou ficando muito ansioso. Por isso o médico me passou diazepam. Estou parado, sem fazer nada, há muito tempo. O INSS me manda para a empresa [restaurante localizado em um bairro nobre] e a empresa me manda de volta para o INSS.” (Vampeta em conversa com o pesquisador após o encontro, 20ª sessão de observação).

Acrescenta-se a esse contexto o fato de os territórios adstritos à UBS Azul serem carentes de espaços públicos propícios para a prática de atividades físicas. Desse modo, se a prática esportiva propicia momentos de protagonismo dos sujeitos, como o caso do futebol no GH, se elas ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas para que, no processo de cuidado em saúde, elas desenvolvam vínculo, corresponsabilidade, autonomia, favorecendo a valorização e otimização do uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde (CARVALHO, Y. M., 2006), por outro lado, nas circunstâncias em que os frequentadores do GH vivem, a prática de atividades físicas enfrenta reais limitações, o que restringe, por conseguinte, as estratégias de cuidado em saúde e de fomento do protagonismo dos participantes do GH.

Esse panorama diverge da PNPS que estabeleceu as práticas corporais como uma das ações específicas, no âmbito da rede básica de saúde e na comunidade. As estratégias da PNPS incluem mapear e apoiar as ações de práticas corporais existentes nos serviços de atenção básica e na ESF, e inserir naqueles em que não há ações; ofertar atividades como caminhadas, ginásticas, práticas esportivas e de lazer, na rede básica de saúde; constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade dessas ações, buscando garantir área física adequada e equipamentos, equipe capacitada e articulação com a rede de atenção; incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, e outros) (BRASIL, 2010; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Nestas circunstâncias, não obstante as limitações e dificuldades, observei que a equipe de saúde buscou estratégias de atividades inclusivas que possibilitassem o engajamento e participação dos participantes do GH. A apresentação em *slides*, com imagens, informações e vídeos, que as acadêmicas de farmácia Vívian e Rebeca fizeram na 20ª sessão de observação, sobre jogos olímpicos de inverno, serviu para mostrar outras opções e modalidades esportivas ao grupo. Evidência disso foi que, após a apresentação, Cafú fez uma sugestão, inspirado no *curling*, uma das modalidades apresentadas:

“Já que nem sempre todos estão dispostos a jogar futebol e já que aqui não temos gelo igual lá [Rússia], nós **poderíamos jogar bocha em vez de futebol**. Bocha é bom, pois todo mundo joga. Até quem tem dor no pé. Joga homem e mulher, joga todo mundo!” (Cafú, 20ª sessão de observação).

Catorze dias após a apresentação das acadêmicas Vívian e Rebeca, prossegui juntamente com duas acadêmicas, um enfermeiro e cinco participantes do GH, a uma praça localizada em um bairro próximo aos territórios adstritos à UBS Azul a fim de jogarmos bocha. Cafú atuou ativamente na organização desse jogo no GH, sugerindo a modalidade para o grupo e providenciando o local para a realização do jogo junto ao Presidente da cancha de bocha na semana anterior. Esse participante comentou que treinou bastante antes do dia do jogo de bocha com o grupo. As acadêmicas foram direto para a praça. As demais pessoas se encontraram na UBS e foram juntas para a praça a pé, num percurso de cerca de 40 minutos a pé. Quando chegamos à praça, as acadêmicas Beatriz e Simone já estavam sentadas em uns bancos da praça. Cumprimentamo-las. Quando olhei para a cancha de bocha, vi que Cafú já estava lá conversando com funcionários de uma empresa que estavam trabalhando na reforma da edificação do bocha. Em seguida, Cafú chamou os demais participantes, acadêmicos e o enfermeiro Bonifácio, informando que a cancha estava liberada para jogarmos (Diário de campo, 22ª sessão de observação).

Cafú, Garrincha, Raí, Tostão e Zinho demonstraram bastante familiaridade com o jogo de bocha. Na verdade, eles foram nossos instrutores. Confesso que não pesquisei antes acerca desse jogo. Foi com as explicações dos frequentadores do GH que passei a conhecer a dinâmica do jogo lá na cancha de bocha da praça. Notei que não só eu, mas as acadêmicas Beatriz e Simone e o enfermeiro Bonifácio também demonstraram que aprenderam como se joga bocha com os participantes do GH: pontuação, principais regras, posições para fazer as jogadas, enfim (Diário de campo, 22ª sessão de observação). Nessa direção, o GH como um GPS deve se constituir em um espaço cooperativo onde os participantes têm a oportunidade de valorizar os conteúdos disponíveis na comunidade (SANTOS et al., 2006), contribuindo para a integração social ao fomentar acesso a certos espaços de socialização como a cancha de bocha. A partir destas vivências, os usuários têm também a oportunidade de se organizarem e reivindicarem junto ao Poder Municipal estruturas para a prática de atividades físicas e de lazer, como uma cancha de bocha, calçadão para caminhadas e quadras esportivas, por exemplo, para os territórios da UBS Azul, semelhantemente ao grupo de caminhada da UBS

Jardim Carla, Santo André/SP, que se reuniu com a comunidade para reivindicar, com sucesso, a construção de uma pista de caminhada (WARSCHAUER; D'URSO, 2009), o que não ocorreu no GH até o último dia de observação desta pesquisa.

Oportuno ressaltar que Kaká e Sócrates compareceram na UBS naquela manhã da 22ª sessão de observação, todavia, não participaram da atividade programada para aquele encontro: jogo de bocha numa praça. Esses participantes desanimaram, pois fomos a pé, uma vez que os veículos da Prefeitura estavam empenhados na campanha de vacinação (o enfermeiro Bonifácio avisou os participantes no encontro anterior que não seria possível conseguir transporte da Prefeitura devido à vacinação).

Outra modalidade esportiva desenvolvida no GH e que teve caráter inclusivo com potencial para incentivar o protagonismo dos sujeitos, foi o futebol de botão, jogo praticado na 24ª sessão de observação. Nessa modalidade, de modo similar ao bocha, para o jogo ter acontecido foi necessário cada participante colaborar com o outro. Observei que o outro não foi visto como adversário de guerra, mas como um opositor que também é seu colaborador; foi percebido como alguém fundamental para o jogo acontecer! A lógica, então, é jogar “com” e não “contra” o outro. Essas atividades propiciaram que os sujeitos desenvolvessem uma opinião positiva de si mesmos e reconhecessem a importância do outro, aumentando, assim, a autoestima. Essa ideia aponta para a necessidade do reconhecimento do outro, uma concepção que frisa a importância de cada sujeito e de sua relevância para o convívio em coletividade; afirmação do “o outro como um legítimo outro”, “cada um como insuficiente”. Essa concepção caracteriza-se pela “tecnologia do encontro”, proposta inscrita no acolhimento (BRASIL, 2006). Nessa lógica, a prática do futebol de botão e do bocha estimularam os jogadores a se perceberem como partes importantes, como protagonistas.

Jairzinho (participante que sofreu estigmatização abordada no subcapítulo anterior) comentou acerca da vivência com o futebol de botão:

“Me senti o máximo [com expressão de alegria]” (Jairzinho, 24ª sessão de observação).

Notei algo incomum, percepção também compartilhada por demais acadêmicos e profissionais implicados com o GH: naquele dia o Jairzinho se expressou mais em relação aos demais encontros. Até aquele encontro com o futebol de botão, só tínhamos o visto tão efusivo no encontro ocorrido na 21ª sessão de observação, dia em que o grupo participou de

uma dinâmica com argila³¹. Isso pode ser influência da natureza das atividades, que o possibilitou praticá-las (uma vez que possui limitações físicas que restringem certas práticas), se sentindo também protagonista. Assim, com o jogo de futebol de botão ele pôde jogar com os demais colegas do GH, os desafiando com otimismo!

“Desafio aqui, qualquer um, a fazer três gols [sorrindo e confiante]” (Jairzinho, 24ª sessão de observação).

Jairzinho é assíduo no GH, mas pelas dificuldades de locomoção, não pratica todas as atividades, sobretudo aquelas que exigem maiores locomobilidades, como é o caso do futebol. Contudo, o futebol de botão o possibilitou participar ativamente, sendo que ele foi o único que fez três gols em três tentativas consecutivas, por duas rodadas (totalizando seis gols). Nessa direção, ressaltai ao GH, na roda de conversa realizada após a vivência com o futebol de botão, que esse jogo permite a participação de todos, independentemente da idade e sexo, semelhantemente à fala do participante Cafú na 20ª sessão de observação referente ao jogo de bocha. Ademais, o futebol de botão é uma das poucas modalidades que possibilita um competidor que possui alguma limitação física, como seu Jairzinho, jogar com outra pessoa sem a mesma limitação em condição de igualdade (Diário de campo, 24ª sessão de observação).

Na dinâmica de futebol de botão, Jairzinho estava autoconfiante de modo que, ao aproximar da mesa em sua segunda vez quando foi executar “chutes” a gol, no momento da competição entre os participantes do grupo, ele disse:

“Pode marcar que são três gols! [garantindo que iria fazer três gols]” (Jairzinho, 24ª sessão de observação).

Ele repetiu essa frase no segundo “chute”, convicto de que não erraria. De fato Jairzinho fez os três gols em três tentativas consecutivas. A cada “chute” dele, os participantes vibravam e sorriam ao som de:

³¹ Na 21ª sessão de observação a acadêmica de psicologia, Karina, mediu uma dinâmica em que os participantes manusearam argila sentados no auditório da UBS. Os participantes foram divididos em subgrupos de três a cinco pessoas e foram orientados a montarem, nos respectivos subgrupos, um boneco de argila coletivamente. Todos participantes tiveram os olhos vendados, sendo que os participantes de cada subgrupo tiveram a liberdade para montar o boneco da forma que quisessem. Essa dinâmica objetivou estimular a interação entre os participantes do grupo.

“E tome gol hein!” (Dinamite, 24ª sessão de observação) - primeiro chute.

“E tome gol!” (Dinamite, 24ª sessão de observação) - anunciava o segundo gol de Jairzinho.

“Óh gol... tome goooool!” (Dinamite, 24ª sessão de observação) - fechou a sequência exitosa desse participante, proferido em alta voz por Dinamite, que se fez de narrador esportivo.

Jairzinho também comemorava seus gols. Após fazer os três gols durante a pequena competição, elevou o braço direito (com o braço esquerdo apoiado na muleta), sinalizando vitória, sorridente.

Ao ver Dinamite errar os três “chutes” (Dinamite não estava conseguindo, praticamente, fazer o dado deslocar na mesa), o acadêmico Bud o orientou, segurou a mão dele demonstrando uma forma de “chutar” o dado para o gol. Jairzinho estava sentado, observando o colega e dizendo:

“Vai errar de novo, óh. Vai errar de novo!” (Jairzinho, 24ª sessão de observação).

Jairzinho estava torcendo contra o colega, no linguajar dele “secando” o Dinamite, a fim de manter a marca alcançada unicamente por ele de três gols em três tentativas consecutivas, por duas vezes.

É oportuno ressaltar que essas atividades lúdicas vivenciadas no GH colocaram em evidência a proposta das práticas corporais, nos termos de Carvalho, Y. M. (2006), com o sentido de fomentar a sociabilidade, potencializando o encontro, vínculo, prazer e o protagonismo dos sujeitos, porém a PNPS (BRASIL, 2010) destaca a noção de atividades físicas intensamente pautadas no viés biológico, voltadas ao “combate” de doenças (como hipertensão e diabetes) por meio de um “estilo de vida ativo” e de prescrições, monitoramento e avaliação de atividades físicas a partir de noções biologizantes, ignorando e desperdiçando outros elementos tão caros para o cuidado em saúde.

Não obstante as estratégias de sociabilidade e inclusão dos sujeitos descritas anteriormente, observei situações que evidenciaram inércia por parte dos participantes no GH. Em uma manhã, os profissionais e acadêmicos mostraram e disponibilizaram os materiais (atadura gessada, tesouras e recipientes com água) necessários para confecção de máscaras nos participantes; explicaram como se fazia uma máscara com atadura gessada e incentivaram

os participantes do GH a fazerem um no outro uma máscara, dizendo que estariam acompanhando cada um a fim de ajudá-los. Contudo, com unanimidade os 11 frequentadores do GH presentes ficaram estáticos, sem iniciativa para colocarem a “mão na massa”. Após diálogos, os participantes preferiram que os profissionais e acadêmicos fizessem as máscaras neles, alegando que nunca fizeram aquela atividade (Diário de campo, 16ª sessão de observação). Três semanas após aquele encontro, o grupo dialogou acerca das máscaras confeccionadas:

“Achei interessante a máscara de [Tostão]. Não foi [Tostão] que fez a máscara. Fizeram ela nele; quiseram tampar a boca dele!” (Sócrates, 19ª sessão de observação).

Seguidamente, o enfermeiro Bonifácio indagou o grupo:

“Vocês se lembram de que perguntamos no dia que fizemos as máscaras, se vocês desejariam fazê-las? Aí vocês preferiram que nós [os profissionais e acadêmicos] fizéssemos em vocês!” (enfermeiro Bonifácio, 19ª sessão de observação).

Então Raí comentou:

“Achei melhor vocês fazerem por acreditar que seria melhor. Vocês fizeram máscaras antes?” (Raí, 19ª sessão de observação).

A acadêmica Simone respondeu:

“Não. Nós fizemos pela primeira vez naquele dia em vocês” (acadêmica Simone, 19ª sessão de observação).

Sócrates também falou, em pé e se direcionando para os demais participantes do grupo:

“Ah! Quando vi eles [profissionais e acadêmicos] colocando os materiais na mesa, achei que eles sabiam. Então vocês enganaram todo mundo! [expressão facial de surpresa. Outros participantes riram]” (Sócrates, 19ª sessão de observação).

Então a psicóloga Amália destacou:

“Vocês se sentem inseguros em saber fazer, o que os leva a depositar no outro a confiança no fazer. Mas será que não sabemos fazer também? Nós profissionais não tínhamos feito máscaras, mas fizemos e deu certo, e vocês também podem tentar fazer as coisas, sem ficar se apoiando no outro. Devemos ter mais confiança em nós mesmos e no grupo!” (psicóloga Amália, 19ª sessão de observação).

Embora haja interessantes momentos de protagonismo dos participantes no GH, notei neles certa dependência dos profissionais, concepção compartilhada por membros da equipe de saúde:

“Ainda sinto que o grupo é muito dependente dos profissionais. Se os profissionais não tomarem a iniciativa, os participantes têm a tendência de também ficarem parados. É necessário dar mais autonomia ao grupo” (acadêmica Simone, reunião de equipe 15ª sessão de observação).

“Penso trabalhar a autonomia dos participantes do grupo, de modo que um dia eles possam conduzir encontros, auxiliados por nós [profissionais e acadêmicos]” (enfermeiro Bonifácio, reunião de equipe 15ª sessão de observação).

Nota-se que o protagonismo é um processo que a equipe de saúde busca implementar no GH.

“[Simão], o que pode ser feito para estimularmos os homens?! Eu não aguento as pessoas ficarem paradas o dia todo. Fui com dois funcionários da secretaria [SEMUS] ver o terreno [espaço que estava sendo negociado para uso da UBS, localizado a poucos metros da unidade de saúde] e encontrei alguns participantes do grupo no bar. Seu [Zizinho] estava lá bebendo! Eles ficam o dia todo só nisso! [Dunga] fala que quer melhorar para procurar emprego. Mas fica nessa há anos. Imagine ficar 20 anos indo ao bar, sem perspectiva de mudança!? Como pode viver assim?! Isso que me incomoda. Eles não têm perspectivas para o futuro. Só querem isso aí! [em tom de desabafo] Eu fico pensando uma forma de fazer eles acordarem para a vida!” (professora de EF Acidália, reunião de equipe 24ª sessão de observação).

Vale contextualizar essa fala da profissional da UBS a fim de evidenciar que a questão não está na opção de lazer dos participantes, mas no excesso: “[...] ficam o dia todo

só nisso! [...]”. Convém frisar, também, que a angústia da professora de EF Acidália se dá, pois muitos participantes do GH deixam de se cuidar no contexto de uso e abuso de AD, como por exemplo: o relato descrito no subcapítulo anterior “5.2. Desenvolvimento de vínculo” acerca de Cafú que foi visto em condições precárias de higiene quando esteve ausente dos encontros do GH; o caso de Adílio que, com acompanhamento e tratamento, chegou a ganhar seis quilogramas ao reduzir a bebida, relato abordado no subcapítulo “5.1. Espaço comunicacional”. Observa-se que alguns usuários não possuem mais motivação e evidenciam que nem são capazes de cuidar de si de forma autônoma.

“O mau cheiro de [Kaká] é por falta de banho mesmo. O fedor não é de bebida, pois ele não é de beber. Ele já revelou para mim que gosta de pó.” (Acidália na reunião de equipe, 15ª sessão de observação).

“Gente, hoje seu [Rivelino] estava fedendo, fedendo, fedendo! Estava insuportável! [elevando as mãos na testa com expressão de tristeza] Será que ele não sente esse mau cheiro, não? Alguém precisa dar um toque nele” (Acidália na reunião de equipe, 16ª sessão de observação).

“Gente, [Leônidas] mora sozinho num buraco. Ele não tem ninguém por ele. Perguntei se ele tomou banho, quando fui ver o curativo no seu pé agora pouco! [...]” (Acidália na reunião de equipe, 24ª sessão de observação).

Destaco que me deparei com essa dura realidade, de higienização pessoal precária por parte de alguns frequentadores do GH, na segunda sessão de observação. Naquele encontro Romário esteve presente no grupo. Devido seu contexto de vida, estava em condições precárias de higiene. Sensibilizada com a situação, a professora de EF Acidália conversou com esse participante, após o encerramento das atividades coletivas daquele dia, e sugeriu a ele tomar banho, cortar as unhas e vestir roupas limpas que seriam doadas para ele. Acidália sugeriu também que eu e Blandino (acadêmico em medicina) o ajudássemos a tomar banho na UBS, pois Romário possui limitação dos movimentos nos membros inferiores. Assim fizemos e ajudamos Romário descer, de vagar, as escadas para irmos ao banheiro localizado no primeiro piso da UBS. Acidália providenciou toalha, dois conjuntos de roupas usadas e um par de tênis usado (em ótimas condições), além de sabonete líquido e xampu, por meio de um bazar realizado na UBS (Diário de campo, 2ª sessão de observação). Acerca desse usuário, a professora de EF Acidália confidenciou:

“Levantamentos feitos pela equipe de saúde e agentes de saúde constataram que [Romário] mora embaixo da escada na casa de uma sobrinha, em condições precárias, como um morador de rua. Sua sobrinha disse às agentes de saúde que quando [Romário] dormia no interior da casa, frequentemente saía de madrugada, deixando a porta aberta. O único documento que ele possui é uma certidão de nascimento. Ele ficou em processo de desintoxicação durante 15 dias no CAPS devido o alcoolismo, mas ao fim desse processo teve uma regressão.” (Acidália na reunião de equipe, 2ª sessão de observação).

Neste ponto, o campo revela a necessidade de a equipe fortalecer e mapear outras estratégias para propiciar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Mas é necessário o desenvolvimento de habilidades deles para a tomada de decisões, bem como mudanças estruturais, que ultrapassam o setor sanitário, visando ampliar e favorecer as possibilidades de escolhas saudáveis, pois muitas vezes não se trata de “falta de informação” (conforme discutido no subcapítulo “5.1. Espaço comunicacional” e o caso do participante Romário), mas de “barreiras” (os DSS) que impedem os usuários mudarem o “estilo de vida”. Nesse sentido, Czeresnia (2003) disserta que a promoção da saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes da saúde. Para tanto é indispensável que os diversos setores da sociedade se articulem a fim de enfrentarem os determinantes sociais, políticos, econômicos, educacionais, ambientais, culturais, determinantes estes que fazem parte do engendramento do processo saúde-doença (IGLESIAS; DALBELLO-ARAUJO, 2011).

A promoção da saúde procura ampliar e fortalecer a autonomia dos sujeitos. A autonomia remete a ampliação da capacidade de escolha das pessoas, seu engajamento e participação ativa nos processos de cuidado em saúde. Nessa direção, os GPS têm como finalidades essenciais a construção de relações sociais cooperativas, propiciando o desenvolvimento contínuo da autonomia, não concebendo o usuário dos serviços como meros figurantes, mas como sujeitos corresponsáveis no cuidado em saúde (SANTOS et al. 2006). Porém, vale destacar que os sistemas de valores interferem nas escolhas, ao mesmo tempo eles são determinados por condições histórico-sociais. Dessa forma, é indispensável que os serviços possuam abertura, quer dizer, que se adote a Clínica Ampliada no trabalho cotidiano para que os sujeitos se expressem, revelando suas concepções, desejos, queixas e os sistemas de valores inerentes às suas vidas. A partir daí, se potencializa a construção de sujeitos corresponsáveis e protagonistas de seus cuidados em saúde, posto que as práticas estarão em

conformidade com as demandas dos usuários, passando a fazer sentido a eles, pois participaram e participam ativamente de todo o processo.

Porém, Hoepfner (2010) destaca que é desejável que as intervenções numa Clínica Ampliada sejam inicialmente de acolhimento e escuta, sem muita expectativa sobre o que as pessoas são capazes de fazer autonomamente, pois, em muitos casos, elas não possuem mais essa desenvoltura. Ao longo do processo de padecimento as pessoas podem ter perdido a capacidade do fazer por si mesmas, necessitando de início de apoio. Nesses casos, o trabalho em grupo com equipe interdisciplinar se mostra mais apropriado, pois pode incrementar redes sociais de apoio. Não importa tanto a especialidade dos profissionais de saúde que fazem parte da equipe, mas o que interessa é a presença concreta de vários atores em uma equipe, com a incumbência de servir de referencial para os usuários e suas famílias, porque eles podem estar confusos, perdidos, desorientados, podem ter perdido temporariamente suas identidades, ou pior, nunca a terem desenvolvido, e a equipe de saúde pode propiciar condições para que sejam restabelecidos os laços sociais, por meio de encontros periódicos e sistematizados com os usuários, com desenvolvimento de vínculos. Essa forma de atuação tem como eixo central a “presença”: os usuários carecem, por certo tempo, de ajuda solidária e inclusiva até que possam conquistar seu protagonismo. Portanto, o que interessa é a postura ética-política de cada profissional de “[...] ‘estar junto’, ‘ao lado de’, com interesse, acreditando na potência de cada sujeito como sendo capaz de novamente voltar a se autogerir para cuidar de si” (HOEPFNER, 2010, p. 89). Destaco, dessa forma, que a atuação dos profissionais que pretendem ampliar a clínica não deve se limitar às competências e intervenções técnicas. Conforme essa perspectiva, a postura ética da equipe de saúde deve transcender a subjetividade em direção à intersubjetividade, a fim de ser afetada pela alteridade, pelo discurso e saber vindos dos usuários dos serviços (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Partindo da dimensão conceitual do protagonismo, que situa os usuários dos serviços como corresponsáveis pelo cuidado em saúde, também aparecem questões ambivalentes nas dimensões relacional e programática do protagonismo. Constata-se em relação à dimensão relacional, que no contexto das práticas desenvolvidas no GH os participantes evidenciaram mudança de papel e seus efeitos no grupo, deixando de ir ao grupo apenas para receberem, mas para contribuírem também, os “dados” também mostraram um engajamento significativo dos participantes no planejamento das atividades a serem desenvolvidas no grupo. No entanto, nessa dimensão das práticas também aparecem desafios para o desenvolvimento do protagonismo dos participantes do GH, realçando atitude de

inércia deles no fazer, situação que repercute na vida de alguns que demonstraram incapacidade de cuidar de si. Essa indolência dos participantes coexistiu mesmo em um contexto onde, na dimensão programática, os profissionais buscaram fomentar a participação deles desde a fase do planejamento das atividades, bem como propuseram atividades inclusivas buscando atender e ouvir a todos. Então, o problema aqui paira na dimensão relacional, onde os sujeitos necessitam fortalecer a postura participativa e democrática que, diante dos problemas abordados na categoria analítica “desenvolvimento de vínculo” (estigmatizações no grupo), acaba ficando mais difícil. Na dimensão programática do protagonismo, nota-se a equipe de saúde atuando com intuito de promover uma atitude ativa dos participantes do GH no contexto das práticas desenvolvidas, mas também há dificuldades, pois os problemas da dimensão programática contidos na categoria “espaço comunicacional” (tendência de os profissionais censurarem certos assuntos) também influenciam negativamente na postura dos usuários no GH. Na dimensão programática do protagonismo, então, os profissionais demonstraram interesse em estimular a participação dos usuários nas atividades e no cuidado em saúde, porém, no “como fazer” os usuários assumirem o papel de protagonistas, os profissionais acabam não tendo muito claro esse processo quando demonstram casos de “censura” no grupo, tal como abordado no subcapítulo “4.1 Espaço comunicacional”. Além disso, sem solucionar os problemas das dimensões relacional e programática da categoria “desenvolvimento de vínculo”, fica complicado para a equipe de saúde promover efetivamente o protagonismo dos usuários no grupo e na vida, uma vez que o vínculo é um elemento fundamental quando falamos da adesão às práticas de saúde. E sem adesão, não há corresponsabilidade, não há vínculo e participação dos usuários dos serviços na produção de práticas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de práticas analisadas no GH demonstra que a inserção do profissional de saúde na ABS pode ir além do modelo tradicional. A variedade de estratégias adotadas no GH incluiu: acolhimento, oficinas terapêuticas, educação em saúde, atividades lúdicas, práticas corporais, iniciativas que se mostraram alternativas produtivas e promissoras para a promoção da saúde.

A análise do diário de campo permitiu a identificação de três principais categorias referentes às características das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no GH, à luz da Clínica Ampliada: estímulo e constituição de um espaço comunicacional, vínculo e protagonismo. Observa-se que esses eixos analíticos acerca das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no GH emergiram com a utilização das tecnologias “leves” no trabalho em saúde, tecnologias favorecidas pelas oficinas terapêuticas e que envolvem o acolhimento, a escuta qualificada, “atitudes psicoterapêuticas”, a dimensão relacional e de encontro no cuidado em saúde, algumas das facetas da Clínica Ampliada abordadas nesta dissertação. Apesar de o GH ser uma prática singular e local, vale destacar que esses recursos normalmente estão disponíveis nas UBS, o que os tornam exequíveis em outras unidades de saúde em conformidade com as características de cada território sanitário. Além da utilização de oficinas terapêuticas, o uso das práticas corporais, atividades lúdicas e esportivas para a promoção da saúde no GH se mostrou fundamental para estimular o desenvolvimento de vínculo dos participantes com o grupo, bem como para incentivar a inclusão e protagonismo deles no cuidado em saúde. Para além dos benefícios físicos, as práticas corporais no GH evidenciaram que são potentes para propiciar a sensação de prazer. Dessa forma, o GH possibilitou os usuários homens experimentarem a UBS de uma forma diferente e descontraída. Para seus participantes, o GH passa a fazer algum sentido em suas vidas, o que tem proporcionado a continuidade deste grupo desde janeiro de 2012.

Apesar de que se reconheça o potencial das práticas analisadas em romper com as formas tradicionais, é necessário cautela para que o GH não se transforme em estratégia de “captura” de sujeitos estigmatizados daqueles territórios adstritos à UBS Azul a fim de que a equipe de saúde possa impor o conhecimento técnico-científico, desconsiderando os saberes, desejos, expectativas e subjetividades dos sujeitos. Ferreira Neto e Kind (2011) destacam a prática grupal na saúde como potencia libertária, mas que pode recair em práticas de sujeição que apoiam-se com mais frequência na suposta superioridade hierárquica dos profissionais e

das instituições. Na direção do assujeitamento pode haver a modelização de comportamentos tidos como ideais. Por outro lado, na direção da autonomia são criados espaços onde profissionais e usuários são acolhidos, dando-lhes a liberdade para falar, agir, permitindo a emergência de diferenças, surpresas e mudanças efetivas. De encontro à direção de autonomia e convergindo com o assujeitamento temos como exemplos os grupos com configurações mais informativas, centralizados em doenças, com delimitações metodológicas definidas (agenda previamente prescrita de conteúdos a serem abordados), partindo da assimetria entre o saber e o domínio do profissional de saúde e o “suposto” desconhecimento do usuário. Tais grupos se opõem a princípios essenciais que a ABS e a Clínica Ampliada apostam.

Embora o GH não tenha alcançado na plenitude os princípios da Clínica Ampliada na promoção da saúde de seus participantes, fomentando um espaço em que o diálogo ocorra com mais fluidez e sem constrangimentos, estimulando o vínculo mais estável entre os usuários e o grupo, bem como a autonomia dos sujeitos na produção de saúde e no âmbito da vida (os “dados” evidenciaram tanto a participação, iniciativa e engajamento dos frequentadores do GH no planejamento e execução de atividades no grupo, bem como inércia deles, demonstrando certa dependência dos usuários em relação aos profissionais), ele se mostra melhor do que as práticas tradicionais de atenção à saúde, rígidas e estagnadas de ação. A tendência de abertura dos profissionais implicados com o GH facilitou certa horizontalização das relações e a conversa franca dentro do grupo para o desenvolvimento de atividades e resolução dos conflitos no dia a dia. A permeabilidade para conversas mostrou-se essencial para a equipe de saúde descentralizar o cuidado em saúde de patologias. O GH se revela uma experiência com potencial para a mudança de paradigma na atenção à saúde, diferentemente das práticas de saúde ainda hegemônicas, como a maioria das práticas analisadas por Silva e Sena (2013) em um estudo que objetivou analisar significados de práticas de promoção da saúde em um território sanitário de Belo Horizonte, capital mineira. Essas autoras constataram a prevalência de práticas focalistas, de caráter pontual sobre o adoecer, os riscos ou os desvios da normalidade e que pouco contribuem para superar a medicalização social e promover a saúde da população levando em conta o princípio da integralidade, ignorando, por conseguinte, as subjetividades dos sujeitos.

A pesquisa de campo evidenciou o potencial da atuação da equipe interdisciplinar, que se mostrou fundamental para a produção de saúde mais promissora. Os achados revelaram que a estratégia de grupo de promoção da saúde voltado para homens tem potencial para favorecer a aproximação deles aos serviços de saúde, fato relevante num contexto em que os homens buscam menos os serviços de saúde numa perspectiva preventiva, acarretando

consequências nefastas para a saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Friso que o GH já acumula resultados positivos, tanto numericamente quanto subjetivamente, desde quando possuía nove meses de existência na UBS Azul. Os dados numéricos referentes aos primeiros nove meses indicam aumento da quantidade de consultas e exames de homens na UBS Azul, o que evidencia melhora no acesso desses usuários à UBS e aumento da presença masculina nos serviços, bem como “normalização” de índices da PA e de glicemia dos sujeitos (SOUZA et al., 2015). Soma-se a esses resultados, os “dados” observacionais e verbais abordados nesta dissertação, como a transformação das experiências de gênero, melhora de comportamento e de aparência pessoal (higiene, vestuário), prazer em estar junto ao grupo e empatia com os demais participantes e equipe de saúde (vínculo), melhora da autoestima, sensação de apoio no enfrentamento dos reveses da vida, corresponsabilização e protagonismo na produção de saúde, indícios a serem aperfeiçoados e fortalecidos pelas equipes de saúde da UBS Azul.

REFERÊNCIAS

ABIB, Leonardo Trápaga et al. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre. *Pensar a Prática*. Goiânia GO, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2010.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.

ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 15, n. 38, p. 651-662, 2011.

ANGROSINO, Michael. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, MCS; COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005a.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005b.

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza. A Experimentação da Clínica Ampliada na Atenção Básica de Saúde: Articulando Princípios, Diretrizes e Dispositivos em Cotidianos Complexos. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2), Brasília DF, p. 165- 177, 2010.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 10, n. 3, p. 389-406, 2005a.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

BRASIL, Constituição Federal do Brasil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 20.11.2014.

BRASIL. Clínica Ampliada e Compartilhada. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2), Brasília DF, 64 p., 2009a.

BRASIL. Gestão participativa e cogestão. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2), Brasília DF, 54 páginas, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília DF, Ministério da Saúde, 1ª edição, 2012.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília DF, 2008.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 7, Brasília DF, Ministério da Saúde, 3ª edição, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 24.04.2013.

BRASIL. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final, 17-21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 01.05.2013.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 15, Supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

BURILLE, Andréia; GERHARDT, Tatiana Engel. Conexões entre Homens e Saúde: discutindo algumas arranhaduras da masculinidade. *Athenea Digital*, Barcelona, Espanha, v. 13, n. 2, p. 259-266, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia Dina, Freitas Carlos Machado (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 15-38, 2003.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, Juiz de Fora MG, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 09, n. 17, p. 398-400, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Revista do Instituto Humanistas Unisinos (IHU) On-Line. Entrevistas curtas com sanitaristas sobre o SUS. Edição 260, p. 7-8, 2008. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao260.pdf>>. Acesso em: 02.06.2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, debates, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220150286.pdf>>. Acesso em 02.06.2016.

CAPONI, Sandra. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (Org.). *A saúde em debate na educação física*. V. 1. Blumenau SC: Edibes, p. 115-136, 2003.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: *O Trabalho do Antropólogo*. 3ª edição. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp, p. 17-35, 2006.

CARVALHO, Yara Maria. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? *Revista Brasileira Ciência do Esporte*, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

CARVALHO, Yara Maria. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília DF, Ministério da Saúde, p. 33-45, 2006.

CARVALHO, Liliane Brandão; FREIRE, José Célio; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. A noção ‘estilo de vida’ em Promoção de Saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marcos (Org.). *A saúde em debate na educação física*. V. 2. Blumenau, SC: Nova Letra, p. 69-90, 2006.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, João Pessoa PB, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro RJ, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Nova Iorque, EUA, 22 de Julho de 1946.

COSTA, Gabriela M.C.; GUALDA, Dulce M.R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde– doença. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro RJ, v. 17, n. 4, p. 925-937, 2010.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia Dina, Freitas Carlos Machado (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 39-53, 2003.

DALMOLIN, Bernadete Maria; LOPES, Stella Maris Brum; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 11, n. 2, p. 19-34, 2002.

DA ROS, Marco Aurelio; MAEYAMA, Marcos Aurélio; LEOPARDI, Maria Tereza. Tecnologia na área da saúde. De que tecnologia estamos falando? *Saúde e Transformação Social*, Florianópolis SC, v. 3, n. 3, p. 29-35, 2012.

DE BARROS, Maria Elizabete Barros et al. Saúde e Trabalho: Experiências da PNH e a Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2), Brasília DF, p. 47-58, 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 09, n. 17, p. 401-403, 2005.

EVANS-PRITCHARD, Edward E. Apêndice IV: Algumas reminiscências e reflexões sobre o trabalho de campo. In: *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p. 298-316, 1978a.

EVANS-PRITCHARD, Edward E. Trabalho de campo e tradição empírica. In: *Antropologia Social*. Lisboa, Edições 70, p. 67-85, 1978b.

FARIA, Jeovane Gomes; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPS AD-Blumenau e as políticas em saúde mental. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis SC, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 20, n.4, p. 1119-1142, 2010.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. *Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família*. (ISBN 978-85-7970-116-0). São Paulo: Editora Hucitec, 182 páginas, 2011.

FONSECA, Claudia. O anonimato de o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (Org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. UFRGS. Porto Alegre, RS. 1ª edição, p. 205-227, 2010.

FOOTE-WHYTE, William. *Sociedade de esquina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro RJ, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília DF, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 3ª edição. Rio de Janeiro RJ: Paz e Terra, 1992.

FURLAN, Paula Giovana; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2), Brasília DF, p. 105- 116, 2010.

GADELHA, Paulo. Revista do Instituto Humanistas Unisinos (IHU) On-Line. Entrevistas curtas com sanitaristas sobre o SUS. Edição 260, p. 16-19, 2008. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao260.pdf>>. Acesso em: 02.06.2016.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v.9, n.17, p. 287-301, 2005.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAÚJO, Fábio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro RJ, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José. Integralidade da saúde – norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

HECKERT, Ana Lucia C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, v. 1, p. 199-212, 2007.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis SC, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro RJ, v. 21, n. 1, p. 256-265, 2005.

HOEPFNER, Ângela Maria Silva. A clínica do sofrimento ético-político como uma proposta de intervenção na clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2), Brasília DF, p. 75- 91, 2010.

- HORTA, Natália de Cássia et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora MG, v. 12, n. 3, p. 293-301, 2009.
- IGLESIAS, Alexandra; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 19, n. 3, p. 291-298, 2011.
- LOPES, Lúcia Claudiane Oliveira et al. Acessibilidade do homem ao serviço de saúde após a implantação do Programa Nacional de Saúde do Homem: uma realidade presente? *Revista de Atenção Primária a Saúde*, Juiz de Fora MG, v. 16, n. 3, p. 226-233, 2013.
- MALINOWSKI, Bronislaw. Teoria, método e objetivo desta pesquisa. In: *Argonautas do Pacífico Ocidental* (Col. Os Pensadores). São Paulo SP, Abril Cultural, p. 17-38, 1998 [1922].
- MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.
- MARTINS, José de Souza. O senso comum e a vida cotidiana. *Tempo Social*, São Paulo SP, v. 10, n. 1, p. 1-8, 1998.
- MATTOS, Ruben Araujo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro RJ, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MATOS, Fabrícia Vieira et al. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Unimontes Científica*, Montes Claros MG, v.17, n.1, 2015.
- MENDONÇA, Vítor Silva; ANDRADE, Angela Nobre de. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicologia Política*, São Paulo SP, v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010.
- MORETTI, Andrezza C. et al. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. *Revista Katálysis*, Florianópolis SC, v. 3, p. 40-48, 1998.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto SP, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.
- OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto SP, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.
- PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo SP, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PALMA, Alexandre. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas SP, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PELLEGRINI FILHO, Alberto; BUSS, Paulo Marchiori; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinante sociais da saúde, ação intersetorial e política saudáveis. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. MedBook, Rio de Janeiro RJ, 1ª edição, p. 305-326, 2014.

PENA, Ricardo Sparapan; CARVALHO, Sérgio Resende. A Problematização do Cuidado ao Usuário de Álcool na Construção de Práticas Clínicas e de Gestão na Atenção Básica – A Proximidade com Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2), Brasília DF, p. 195- 205, 2010.

PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis; OLIVEIRA, Edna Regina Netto; PASTOR, Aparecida Paulina. Significados das práticas corporais no tratamento da dependência química. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 12, n. 24, p. 61-71, 2008.

ROCHA, Ana Luiza Carvalho; ECKERT Cornelia. Etnografia: Saberes e práticas. In PINTO, C. Regina Jardim e GUAZZELLI C. Augusto Barcellos. *Ciências Humanas: pesquisa e método*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

SANTOS, Ialane Monique Vieira; SANTOS, Adriano Maia. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, Bogotá, Colômbia, v. 13, n.4, p. 703-716, 2011.

SANTOS, Luciane de Medeiros dos Santos et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo SP, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo SP, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SILVA, Kênia; SENA, Roseni. Health promotion: Criticism of everyday life medicalization practices. *Journal of Nursing Education and Practice*, v. 3, n. 9, p. 83-92, 2013.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva. *Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo*. Dissertação (Mestrado em especialização em psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo, 2012.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde

do Homem em Unidade de Saúde da Família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília DF, v. 35, n. 3, p. 932-945, 2015.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v.12, n.25, p.327-338, 2008.

STECANELA, Nilda. O cotidiano como fonte de pesquisa nas ciências sociais. *Conjectura: filosofia e educação*, Caxias do Sul RS, v. 14, n. 1, p. 63-75, 2009.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAÚJO, José Wellington. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes; PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. MedBook, Rio de Janeiro RJ, 1ª edição, p. 121-137, 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro RJ, v. 15, Supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. (Nova) promoção da saúde: configurações no debate do serviço social. *Revista Emancipação*, Ponta Grossa PR, v. 14, n. 1, p. 129-146, 2014.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; PROTAZIO, Mairla Machado. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 19, n.52, p. 45-56, 2014.

WARSCHAUER, Marcos; D'URSO, Lourdes. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 18, n. 2, p. 104-107, 2009.