

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Coordenadoria de Recursos Humanos

Instituto de Saúde

**O papel do grupo de dança no cuidado ampliado às
mulheres: experiência na atenção básica de
Guarulhos - SP**

Rafaela Maria Rodrigues

São Paulo

2024

O papel do grupo de dança no cuidado ampliado às
mulheres: experiência na atenção básica de Guarulhos -
SP

Rafaela Maria Rodrigues

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de saúde

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

Coorientadora: Prof. Dra. Maria Izabel Sanches Costa

São Paulo

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pela autora, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde – IS

Rodrigues, Rafaela Maria

O papel do grupo de dança no cuidado ampliado às mulheres: experiência na atenção básica de Guarulhos – SP – São Paulo, 2024.
136 f.

Orientador: Prof. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana
Coorientador: Prof. Dra. Maria Izabel Sanches Costa
Área de concentração: Gestão e Práticas de saúde

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

1. Promoção da saúde; 2. Saúde da mulher; 3. Dança; 4. Atenção Primária à Saúde; 5. Processos grupais.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as mulheres que participam ou já participaram do grupo de dança Cumbica Dance.

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer às minhas queridas orientadoras, Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana e Dra. Maria Izabel Sanches Costa, que me acolheram em todo este processo com muito carinho e respeito. Obrigada pelos sábios conselhos, pela confiança no meu trabalho e por sempre estarem prontas a me ajudar. Obrigada por transformar este desafio em um processo leve e estarem comigo SEMPRE.

Ao meu marido e amigo, Francisco, obrigada por estar ao meu lado em todas as etapas deste trabalho, fazer renúncias e sempre me apoiar.

A minha querida amiga e parceira de trabalho Viviane, que em sua imensa generosidade confiou a mim a incrível tarefa de compartilhar a condução do grupo de dança.

A Ednéia, que foi a minha gerente por 13 anos na atenção básica, e sempre estimulou o cuidado através da dança, a produção acadêmica e os meus estudos.

A equipe 38, que por 13 anos esteve ao meu lado na assistência prestada a nossa área e por sempre me ajudarem a sair do óbvio. Fizemos um grande trabalho.

A equipe NASF Cumbica, obrigada pela parceria de tantos anos.

Aos residentes da residência multiprofissional de Guarulhos, que sempre estiveram presentes e compartilharam saberes e cuidados.

A toda equipe da UBS Cumbica, que sempre divulgou o grupo e participou das atividades.

A Denize, uma grande parceira da comunidade, que abriu as portas da igreja para receber o nosso grupo.

A psicóloga Luzia Aparecida Santos, que realizou esplendidamente as entrevistas semi-estruturadas desta pesquisa.

Aos meus queridos colegas de mestrado, que devido a pandemia não foi possível receber um abraço, apesar do intenso contato.

Aos professores do mestrado que compartilharam seus conhecimentos à distância com a nossa turma.

Aos meus amigos, Pedro e Priscilla, obrigada pelo carinho e entender as minhas ausências, além de participar das atividades do grupo.

E para finalizar, obrigada aos meus pais, minhas irmãs e a Regina, que sempre torceram por mim, mesmo morando no interior de São Paulo.

RODRIGUES, RM. O papel do grupo de dança no cuidado ampliado às mulheres: experiência na atenção básica de Guarulhos - SP [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2024.

RESUMO

Objetivos: O objetivo geral deste trabalho foi identificar o sentido produzido pelas usuárias ao participar de um grupo de dança oferecido pela atenção básica, e, identificar o perfil socioeconômico, o histórico de saúde, o motivo de terem procurado o grupo, conhecer a sua trajetória de vida e, assim como a importância do grupo na vida delas. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa desenvolvida em duas fases sequenciais: aplicação de questionário estruturado a 29 usuárias e realização de 6 entrevistas semi-estruturadas. **Resultados:** as participantes apresentaram a idade média de 50,96 anos, 60% se declararam pardas ou negras, 48,29% não concluíram o ensino médio, 33% apresentaram renda familiar de até 01 salário, 24,13% trabalham fora de casa, 93,10% são SUS dependentes e 44,82% tratam de alguma doença. O convite foi realizado sob os argumentos de favorecer o combate ao sedentarismo, trazer benefícios para a saúde mental e complementar o tratamento de saúde, por amigos e profissionais de saúde. Entre as diversas histórias de vida, foram apresentadas situações de vulnerabilização como fome, violência, racismo e outros preconceitos, o convívio com parceiros alcoolistas, em que essas mulheres assumiram os papéis de cuidadora e mãe, e assim abdicaram de possíveis oportunidades em suas vidas. As entrevistas evidenciaram que o grupo de dança é um espaço para a prática de atividade física, um momento de espairar, de conversar, de aprender e ser feliz. Através do grupo de dança receberam um cuidado físico, mental e social, com a presença de fortes vínculos de amizade, ainda que estas dimensões não tenham sido deliberadamente construídas no planejamento do grupo. **Conclusão:** Conclui-se que a atividade em grupo na atenção básica tem forte potencialidade na promoção da saúde, na educação, no desenvolvimento da autonomia e do autocuidado. Entretanto, evidencia-se a necessidade de uma abordagem, por parte da equipe de saúde, baseada na clínica ampliada, na promoção da saúde e no feminismo.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Saúde da mulher; Dança; Atenção Primária à Saúde; Processos grupais.

Rodrigues, RM. The role of the dance group in expanded care for women: experience in primary care in Guarulhos - SP. [Masters dissertation]. Professional Master's Program in Public Health at the Institute of Health, Human Resources Coordination. São Paulo: São Paulo State Department of Health; 2024.

ABSTRACT

Objectives: The general objective of this work was to identify the meaning produced by users when participating in a dance group offered by primary care, and to identify the socioeconomic profile, health history, the reason for seeking out the group, and to know their trajectory of life and, as well as the importance of the group in their lives.

Methods: It is an exploratory qualitative research developed in two phases: applying a structured questionnaire to 29 users and carrying out 6 semi-structured interviews.

Results: the participants had an average age of 50.96 years, 60% declared themselves mixed race or black, 48,29% did not complete high school, 33% had a family income of up to 1 salary, 24,13% worked outside the home, 93,10% are SUS dependent and 44,82% are treating some illness. The invitation was made under the arguments of favoring the fight against a sedentary lifestyle, bringing benefits to mental health and complementing health treatment, by friends and health professionals. Among the different life stories, situations of vulnerability were presented, such as hunger, violence, racism and other prejudices, living with alcoholic partners, in which these women assumed the roles of caregiver and mother, and thus gave up possible opportunities in their lives. The interviews showed that the dance group is a space for physical activity, a time to relax, talk, learn and be happy. Through the dance group they received physical, mental and social care, with the presence of strong bonds of friendship, even though these dimensions were not deliberately built into the group's planning. **Conclusion:** It is concluded that group activity in primary care has strong potential in promoting health, education, development of autonomy and self-care. However, the need for an approach by the health team based on expanded clinical practice, health promotion and feminism is evident.

Keywords: Health Promotion; Women's Health; Dancing; Primary Health Care; Group Process.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 01 – PROMOÇÃO DA SAÚDE	20
1.1. – O que é a promoção da saúde?	
1.2. – A política nacional de promoção da saúde e os determinantes sociais de saúde	
1.3. – Atenção básica e a promoção da saúde	
CAPÍTULO 02 – SAÚDE DA MULHER	42
2.1. – A política nacional de saúde da mulher	
2.2. – O papel dos grupos e da dança na promoção da saúde da mulher	
CAPÍTULO 03 - A PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA PARA A SAÚDE DA MULHER	58
OBJETIVOS	65
METODOLOGIA	66
RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
A. Perfil das entrevistadas	79
B. Trajetória de vida	85
C. A relação com a saúde e com os serviços de saúde	99
D. O papel do grupo de dança	104
E. Clínica ampliada e a promoção da saúde da mulher	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
RESUMO EXECUTIVO	122
PRODUTO TÉCNICO	124
REFERÊNCIAS	126
Apêndice 1 – Questionário	132
Apêndice 2 – Roteiro da entrevista semi-estruturada	134
Apêndice 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido (questionário)	135
Apêndice 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido (entrevista)	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Relação de encontros e número de participantes do Cumbica Dance de outubro de 2016 até julho de 2023 -----	78
Tabela 02: Distribuição de frequências de escolaridade segundo raça/cor -----	80
Tabela 03: Relação das categorias raça/cor e renda mensal familiar -----	82
Tabela 04: Distribuição sobre a origem do convite para participar do grupo de dança -----	84
Tabela 05: Tempo de participação no grupo -----	85
Tabela 06: Motivo para avaliar o grupo de dança como bom ou ótimo -----	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Determinantes sociais de saúde -----	25
Figura 02: Território das UBS de Guarulhos / Região de saúde -----	75
Figura 03: Região IV - Pimentas / Cumbica -----	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Comparação entre prevenção de doenças e promoção da saúde -----	39
Quadro 02: Leis de proteção às mulheres -----	49
Quadro 03: Necessidades de saúde e características da clínica ampliada -----	63
Quadro 04: Seleção para a entrevista semi-estruturada -----	69
Quadro 05: Categorias iniciais -----	72
Quadro 06: Categorias e subcategorias para análise -----	73

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção básica
ACS – Agente comunitário de saúde
AF – Atividade física
APS – Atenção primária à saúde
CGI – Comitê gestor intersetorial de promoção da saúde
CONASEMS – Conselho nacional de secretarias municipais de saúde
CRAS – Centro de referência da assistência social
CREAS – Centro de referência especializado da assistência social
DSS – Determinantes sociais de saúde
EAPS – Equipes da atenção primária da saúde
ESF – Estratégia de saúde da família
GAPS – Núcleo de gestão da APS
HIV – Vírus de imunodeficiência humana
IBGE – Instituto brasileiro de geografia e bioestatísticas
INAMPS – Instituto nacional de previdência social
IPEA – Instituto de pesquisa econômica aplicada
IST – Infecções sexualmente transmissíveis
LGBTQIA+ - Lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, queer, intersexo, assexual e mais
NASF – Núcleo de apoio à saúde da família
NEV-USP – Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo
OMS – Organização mundial de saúde
ONGs – Organizações não governamentais
ONU – Organizações das nações unidas
PAB – Piso da atenção básica
PAISM – Programa de assistência integral à saúde da mulher
PC – Prática corporal
PMAQ-AB – Programa nacional de melhoria do acesso da qualidade da atenção básica
PNAB – Política nacional da atenção básica
PNAISM – Política nacional de atenção integral à saúde da mulher
PNH – Política nacional de humanização
PNPS – Política nacional de promoção da saúde
SUS – Sistema único de saúde
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS – Unidade básica de saúde

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu da minha prática profissional como enfermeira da estratégia da família durante a condução de um grupo de dança e na observação das mudanças físicas e psicológicas das participantes.

A gênese desse processo foi em 2014, quando a nutricionista da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), buscando qualificar o seu atendimento e estimular a prática de atividade física, começou a dar aulas de dança para os pacientes das três unidades de saúde sob a sua responsabilidade. O espaço utilizado para oferecer cerca de sessenta minutos de aula coreografada foi um salão cedido por uma igreja católica. Dois anos depois, durante uma conversa em nosso matriciamento mensal, sugeri que as aulas também fossem oferecidas na área de abrangência da minha unidade básica de saúde, porque o local onde era realizado as aulas era um pouco longe para a nossa população. Fiquei encarregada de encontrar o local para as aulas, ajudar na organização do grupo e na divulgação. Num primeiro momento participava do grupo dançando ao lado das pacientes, enquanto a nutricionista conduzia as aulas. Em poucas semanas, a população aderiu às aulas, passando de 50 participantes em cada encontro. E para não deixar os participantes sem aula, quando a nutricionista precisou ir para uma reunião de categoria do município, assumi a condução de uma aula. Confesso que a aula não foi muito boa, apesar de amar dançar, não tinha experiência, foi um desafio para a profissional enfermeira se transformar em professora de dança. Mas depois desta experiência, comecei a compartilhar a condução das atividades do grupo com a nutricionista.

Juntas, foi possível fortalecer o grupo de dança e ampliar as ações oferecidas. Transformamos o espaço para dançar, em um local de acolhimento, de construção de vínculos, amizades e repleto de ações de saúde. De outubro de 2016 até julho de 2023 realizamos 209 encontros com 5.770 participações. Além das aulas de dança, realizamos sete bailes temáticos, duas excursões e apresentação de dança em três eventos oficiais da prefeitura. Rodas de conversa mensais foram realizadas com temas de saúde selecionados pelos participantes. Em 2023 os temas solicitados pelas participantes foram ansiedade, depressão, medo, sexo, saúde, bullying, deficiência, diabetes, hipertensão, reeducação alimentar, alimentação saudável, saúde mental e racismo. Convidamos os profissionais da rede para participar das rodas e os residentes da residência multidisciplinar de Guarulhos. Em 2019, foi gravado um vídeo para a série: “saúde com você” no canal do youtube da prefeitura de Guarulhos e o projeto foi divulgado no portal Agita São Paulo com o título: “Cumbica Dance” de Guarulhos: transformando vidas com alegria e felicidade. Devemos destacar que realizamos algumas campanhas de busca ativa: avaliação odontológica, exame das mamas e teste rápido para identificar as infecções sexualmente transmissíveis e tivemos alguns diagnósticos positivos que foram encaminhados para acompanhamento. Felizmente um nódulo mamário foi detectado e esta mulher já está curada após tratamento do câncer de mama.

Todos os profissionais das três unidades básicas de saúde (UBS) referenciam os pacientes para o grupo de dança por diversas demandas de saúde, dentre esses, pacientes que precisam perder peso, reduzir as taxas de colesterol, realizar o controle glicêmico ou até mesmo questões relacionadas à saúde mental como tristeza, solidão e depressão. Além disso, a participação é livre e qualquer pessoa pode participar, mesmo sem ter sido encaminhada pelas equipes multiprofissionais das unidades.

Apesar do grupo ser para todos, em sua maioria as participantes são mulheres acima de 30 anos que não trabalham fora de casa e são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Empiricamente, observamos a transformação delas, no autocuidado, na fala e na alegria em pertencer a um grupo em que são aceitas e respeitadas. Entre os diversos relatos, muitas referem que o grupo ajudou em momentos de tristeza e possibilitou conhecer novas experiências, já que em nossa excursão algumas revelaram que esta foi a primeira viagem da sua vida.

Realizei a minha inscrição no Mestrado Profissional pelo Instituto de Saúde de São Paulo em 2021 para a minha qualificação como profissional do SUS e para esmiuçar as possíveis repercussões do grupo de dança na trajetória de vida das participantes e o que ainda podemos oferecer para as mulheres através deste grupo na atenção básica, além de criar um modelo para a sua replicação em outras unidades.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) que hoje conhecemos foi criado há mais de 30 anos pela lei 8.080/90 garantindo o direito à saúde previsto na constituição de 1988. Cabe a cada esfera do governo garantir acesso aos serviços de saúde através da execução de políticas que visem o acesso universal e conforme a necessidade de cada indivíduo ou grupo, englobando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1990). O primeiro contato com os serviços de saúde é a atenção básica (AB) e através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o governo pretende reorganizar a AB no país através de atendimento multiprofissional dirigido a um território delimitado (BRASIL, 2017). A ESF melhorou os indicadores no país, destacando os índices de mortalidade infantil que reduziram de 47,1 para 14 mortes a cada 1000 nascidos vivos no período de 1990 a 2016, também possibilitou o acesso aos serviços de saúde das pessoas mais vulneráveis e reduziu as internações por condições sensíveis e evitáveis (OPAS, 2018).

OPAS (2018) destacou que a atenção básica “é o modelo mais apropriado para concretizar o direito à saúde” e “é ainda um cenário no qual se pode integrar as forças intersetoriais a fim de enfrentar os determinantes sociais”. Mas, foi apresentado adversidades para a sua concretude até 2030 como o vasto território brasileiro, desigualdades socioeconômicas, formação profissional, condições de trabalho e a dificuldade em reter o profissional no território. MELO et al. (2018) e COSTA et al. (2022) apontam para um risco de desmonte da atenção básica após a publicação da emenda constitucional 95/16, a publicação da PNAB 2017 e o Previner Brasil de 2019, o que gera um cenário incerto para o futuro da atenção básica.

Mesmo diante deste cenário, o sujeito continua a procurar a atenção básica para resolver as suas necessidades, principalmente o público feminino. No Brasil as mulheres são as principais usuárias do SUS e acessam com frequência as unidades básicas em busca de atendimento médico ou para acompanhar alguém da família. E, por isso, estariam mais predispostas a aderir a outras ofertas, ligadas à dimensão de promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2004).

Para pensar em ações de promoção da saúde voltadas para o público feminino, é preciso considerar que, além dos indicadores tradicionais de determinantes sociais da saúde, tais como lazer, alimentação, condições de vida, moradia e renda, que interferem na saúde da população em geral, as mulheres estão submetidas a agravantes como a sobrecarga do trabalho doméstico, discriminação nas relações de trabalho e violência doméstica, o que as insere numa situação de vulnerabilização, que por sua vez pode ser agravada no caso de mulheres racializadas (BRASIL, 2004).

Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerada um marco na conquista dos direitos femininos, porque a mulher deixou de ser vista somente pela sua função reprodutora, mas como cidadã, com direitos e singularidades (BRASIL, 2004). SANTANA et al. (2019) apontaram que, apesar dos avanços na política e do fato dela ainda estar vigente no Brasil, a PNAISM não tem cumprido seu papel de atender as mulheres em suas singularidades, ainda desconsiderando as mulheres em outras fases da vida, para além do ciclo gravídico-puerperal.

Urge a construção alternativas para a realização de atendimento e de um cuidado mais ampliado, olhando além do aspecto biológico, buscando a ação multiprofissional e intersetorial, considerando as demandas da população e

possibilitando a autonomia de cada um, e que possa ser pensado na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 2010) e (BRASIL, 2018).

No âmbito da promoção da saúde, desde 2006, as iniciativas foram orientadas pela Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), o que possibilitou o planejamento nacional, criou financiamento próprio para este escopo de ações e criou indicadores (BRASIL, 2010). Em 2014, a PNPS foi reformulada e houve a inclusão de oito temas prioritários para serem trabalhados, e, dentre eles, estavam as práticas corporais e atividades físicas (BRASIL, 2018).

A atividade física está relacionada a atividade com gasto calórico, enquanto as práticas corporais possuem um sentido mais amplo, ligada a promoção de saúde, que além da atividade física envolve cultura, o respeito aos desejos dos participantes, facilita o autoconhecimento e a transformação do indivíduo com a melhora da sua saúde (DAHLKE e VAZ, 2020) e (CARVALHO e NOGUEIRA, 2016). DAHLKE e VAZ (2020) destacam que além da população idosa, as mulheres acima de 40 anos estão em maior número na participação de atividades de práticas corporais. Entre essas atividades, podemos citar as que mais são oferecidas pelos profissionais da atenção básica: caminhada, dança, alongamento, práticas orientais e relaxamento.

Dançar é uma ação que vem de tempos remotos e ao passar dos anos foi acumulando diversos significados para culturas e povos. Hoje sabemos que a dança é considerada uma atividade física, mas vai muito além do gasto de calorias. A dança melhora aspectos motores e a autoestima, auxilia na formação de vínculos e a participação ativa na comunidade (SCHNEIDER et al., 2020). Devemos questionar, será que a dança pode então contribuir para um atendimento diferenciado do público feminino? E, dentro da perspectiva do que seria um cuidado diferenciado para as mulheres, destaca-se o referencial da Clínica Ampliada e Compartilhada. Em 2004,

por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), o ministério da saúde passou a estimular este tipo de atendimento, o cuidado humanizado, no qual, assim como na clínica ampliada, assume-se que o cuidado não pode estar baseado apenas no saber médico, mas envolver toda a equipe multidisciplinar, de modo a dialogar com as diferentes necessidades de saúde. Dessa forma, assume-se um compromisso com a pessoa, não com a sua doença, a equipe assume responsabilidade sobre os usuários, busca intersetorialidade quando percebe que chegou nos seu limite. Além disso, envolve uma escuta de qualidade, formação de vínculos entre a equipe e os pacientes, trabalhar sempre com ofertas e não com restrições e que essas ofertas sejam específicas para cada sujeito. A clínica ampliada se aproxima da promoção da saúde quando pensamos que ambas almejam a autonomia do sujeito (BRASIL, 2007). Considerando a população feminina, todas as suas demandas, potencialidades e fragilidades, o contexto de vulnerabilização a que estão submetidas, e, sendo a dança uma ferramenta de cuidado e de promoção de saúde, surgiu a necessidade de conhecer a potencialidade de um grupo de dança que está em andamento e o seu papel na vida dessas mulheres.

Um grupo de dança na atenção básica é capaz de trabalhar diversos aspectos da saúde feminina, indo muito além da questão biológica, também trabalhando o social e o psicológico? É possível utilizar um grupo de dança como um recurso facilitador e oportunizador de partilha de vivências que contribuem para a emancipação principalmente para as mulheres frente ao contexto de desigualdade de gênero que ainda persiste na sociedade contemporânea?

Para responder os questionamentos acima, a presente tese foi estruturada por dois capítulos teóricos. O primeiro capítulo, com a temática da promoção da saúde, a sua construção ao longo dos anos até a publicação da promoção como política pública

e a sua relação com a atenção básica. O segundo, a respeito da organização dos serviços de saúde e políticas voltadas para a Saúde da Mulher, seguido de atividade grupal e da dança para a saúde da mulher, e, para concluir o capítulo foi redigido aproximações entre o referencial da clínica ampliada e compartilhada e a saúde da mulher numa perspectiva feminista. Na sequência, apresentamos os objetivos e metodologia que guiaram o presente estudo. A apresentação dos resultados foi feita de modo integrado com a discussão dos dados, e agrupados por temas, conduzindo às considerações finais nas quais resgatamos os objetivos iniciais propostos.

CAPÍTULO 1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.1. O que é a Promoção da Saúde?

O conceito de promoção da saúde foi construído com o passar dos anos, e, para delinear melhor o assunto, cabe um breve relato sobre essa trajetória de construção conceitual e política.

Alguns autores, WESTPHAL (2006) e LEME et al. (2017), descrevem a relação da saúde com as políticas sociais da Grécia antiga, citam Hipócrates e o seu trabalho “ar, água e lugares” que se preocupava com os determinantes. Também citam a importância do médico romano Galeno, que foi o primeiro a relacionar renda adequada com saúde. WESTPHAL (2006) denomina o período medieval como os “anos negros da saúde” já que no ocidente as ações de saúde estavam vinculadas aos cuidados espirituais. Logo depois, tivemos o período do Renascimento, entre os séculos XV e XVI, caracterizado pelo racionalismo, navegações e a preocupação da exploração do novo mundo. A descoberta de novas tecnologias como o microscópio nos anos seguintes possibilitou estudos da microbiologia e avanços na medicina, mas foram os problemas decorrentes da Revolução Industrial, dentre eles o aumento da mortalidade geral e infantil, que emergiram como questões de interesse e culminou no incremento dos conceitos da medicina social (ROSEN, 1980). Nesta época, o médico alemão Rudolf Virchow (1821-1902) foi o precursor das estratégias de promoção da saúde. Ele é considerado o “pai da medicina social” devido às discussões que fez no seu estudo sobre a epidemia de Tifo na cidade da Prússia (1847-1848), considerações diferentes de tudo que havia na época, pois além de destacar as ações sanitárias,

ênfatiou democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre e doente da região estudada.

No início do século XX, o sanitarista Henry Sigerist foi o primeiro que usou o termo promoção da saúde. Em seus estudos, dividiu a medicina em quatro funções: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Considerava que a promoção da saúde envolvia as atividades de educação em saúde e as ações de estrutura que o Estado oferecia para melhorar a condição de vida.

Em 1965 os sanitaristas Leavell e Clark definiram três níveis de prevenção: a primária (ações que acontecem antes de adoecer), a secundária (ações com as pessoas já doentes) e a terciária (ações para a melhora das sequelas). Consideravam que a vacinação, uso de preservativos e as medidas educativas que visavam a melhora do autocuidado e qualidade de vida ações de prevenção primária, misturando no nível primário as ações de promoção da saúde e de prevenção (WESTPHAL, 2006).

O ministro canadense da Saúde e Bem-Estar Nacional Marc Lalonde publicou o documento “A new perspective on the health of Canadians” em 1974, que ficou conhecido mundialmente como o Relatório Lalonde. Este material foi o primeiro documento oficial a citar a promoção da saúde, e evidenciou que a assistência tradicional era menos efetiva para promover uma melhora da saúde (WESTPHAL, 2006), (LOPES et al., 2010) e (BRASIL, 2002). O documento descreve que a visão tradicional da medicina relaciona a saúde com a qualidade dos serviços médicos prestados e não considera outros fatores como meio ambiente e estilo de vida como podemos verificar no parágrafo abaixo:

“Quando o impacto total do meio ambiente e do estilo de vida foi avaliado, não pode haver

dúvida de que a visão tradicional de igualar o nível de saúde no Canadá com a disponibilidade de médicos e hospitais é inadequada. Embora os serviços de saúde sejam maravilhosos no Canadá em comparação com muitos outros países, há poucas dúvidas de que melhorias futuras no nível de saúde dos canadenses residem principalmente na melhoria do meio ambiente, na moderação de riscos autoimpostos e na adição ao nosso conhecimento da biologia humana (LALONDE, 1974)”.

Em setembro de 1978 a cidade de Almaty no Cazaquistão sediou a Primeira Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários. Este evento produziu um importante documento, conhecido como Declaração de Alma-Ata. A declaração coloca a saúde como direito humano fundamental e aponta a necessidade da ação de outros setores, além do setor da saúde. Destaca que a promoção e proteção da saúde são importantes para conseguir qualidade de vida e a paz mundial (BRASIL, 2002). Outros marcos desse evento foram a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS), o direito da participação popular nas decisões da saúde, o combate às desigualdades sociais, a responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos na qual todos tenham a saúde como direito (BUSS et al., 2020). Pouco tempo depois, em novembro de 1986 a cidade de Ottawa localizada no Canadá, sediou a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde com o objetivo de avaliar e propor ações para atingir a saúde para todos no ano 2000 e subsequentes. Foi redigido um documento, conhecido como a carta de Ottawa, que descreve a promoção da saúde como:

“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar

favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2002)”.

Apesar de ainda tratar a promoção da saúde apenas como medicina preventiva (BUSS et al., 2020), este documento reafirma que a saúde não era responsabilidade apenas do setor saúde, o que já sugeria uma visão intersetorial do tema. Com o passar dos anos, outras conferências foram realizadas e o conceito de promoção da saúde foi se transformando, incluindo um enfoque político e técnico no processo de cuidado. Uma retomada histórica permite compreender o desenvolvimento do campo da promoção da saúde: a Declaração de Adelaide (1988) tratou de políticas públicas saudáveis; a Declaração de Sundsvall (1991) acrescentou na agenda de saúde o ambiente e o desenvolvimento sustentável; a Declaração de Jacarta (1997) foi a primeira realizada em um país em desenvolvimento, incluiu o setor privado na promoção da saúde e reforçou a importância da ação comunitária; a Conferência do México (2000) confirmou a responsabilidade do governo e setores privados com as ações de promoção e propôs favorecer redes nacionais e internacionais que promovam a promoção da saúde; a Declaração de Bangkok (2005) fortaleceu as ações de promoção da saúde em um mundo globalizado; Conferência de Nairobi (2009) foi a primeira realizada em um continente africano e reforçou a importância da promoção da saúde, do fortalecimento das lideranças e a capacitação dos indivíduos e comunidades; a Conferência de Helsinque (2013) fomentou o trabalho do setor saúde com os outros setores; e a Conferência de Xangai (2016) trabalhou com o objetivo de desenvolvimento sustentável (WESTPHAL, 2006) e (LOPES et al., 2010).

Na América Latina, destacam-se as discussões em novembro de 1992 na Primeira Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde em que foram abordados os temas: iniquidades, a participação da sociedade nas decisões sobre

saúde e qualidade de vida, bem como as iniciativas que Cuba implementou desde a década de 80 com vistas ao desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde através da medicina familiar (WESTPHAL, 2006) e (ROLLO e WEBER, 2018).

Na mesma época, o movimento “Municípios Saudáveis” que teve origem na Europa, foi implantado em mais de 500 municípios pelo mundo com o objetivo de reestruturar o sistema de saúde fazendo uma articulação com outros sistemas de forma política e integrada, e, assim fortalecer a promoção da saúde por ação intersetorial (BUSS et al., 2020). No Brasil, em 1998 aconteceu o primeiro encontro de Municípios Saudáveis na cidade de Sobral no Ceará. Foi produzida a Declaração de Sobral, que recomendou a articulação em redes das cidades brasileiras a partir do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (MALTA et al., 2016). A promoção da saúde adquiriu, assim, as características de um conceito amplo, com ações diversas pensando não apenas no biológico, mas, no social, ambiental, mental e espiritual (LOPES et al., 2010) e (BUSS et al., 2020).

FLEURY e OUVENEY (2012) colocam que políticas sociais se referem a todas as políticas que os governos elaboram voltadas para o bem-estar e a proteção social, assegurando direitos pautados na liberdade, igualdade e solidariedade. Consideram que a política de saúde deve ser tratada como uma política social, pois deve desenvolver estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde brasileiro, que foi criado após articulação de diversas forças políticas e sociais para garantir o direito à saúde. O SUS deve, portanto, incluir ações de promoção da saúde de modo ampliado e intersetorial (BRASIL, 1990). Além disso, muitos autores LEME et al. (2017), BUSS et al. (2020) e FIGUEIREDO et al. (2019), apontam a promoção da saúde como uma estratégia promissora para agir sobre os determinantes sociais de

saúde (DSS) e assim oferecer qualidade de vida para o indivíduo e a comunidade onde vive. Uma recente publicação do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2021) coloca que o foco da promoção da saúde são os DSS, pois é a forma possível de superar as desigualdades e as iniquidades.

Figura 01: Determinantes sociais de saúde



Fonte: Leme et al. (2017)

Os DSS são os fatores que influenciam na ocorrência de problemas de saúde da população. Na figura 01, os DSS foram divididos em quatro grupos: características individuais, estilo de vida dos indivíduos, redes sociais e comunitárias e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Podemos citar como exemplo a violência, o desemprego, a falta de saneamento básico, a fome, a moradia inadequada, a baixa qualidade da água e do ar, raça-cor, sexualidade e gênero que interferem no processo saúde-doença. Para tal concepção, o modelo biomédico tradicional e a prática curativa se mostraram ineficientes por não atender todas as necessidades do sujeito, por agir somente na cura da doença e dos sintomas, sem considerar outros fatores do indivíduo, o que ia na contramão da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que em 1946, descreveu saúde “como um

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças e enfermidades” (WESTPHAL, 2006), (LEME et al., 2017), (LOPES et al., 2010), (BUSS et al., 2020) e (FIGUEIREDO et al., 2019). É importante frisar que esta famosa definição de saúde é utópica, pois é impossível que um indivíduo viva em uma plenitude, atingindo um completo bem-estar físico, mental e social. Os autores SEGRE e FERRAZ (1997), apontam que a definição da OMS está ultrapassada pois visa uma perfeição inatingível, uma utopia. E não existe um indivíduo que viva sem medos, dúvidas e incertezas em um ambiente caótico, transitando sem dificuldades entre as diversas relações sociais da vida. E diante desta grande complexidade que é o ser humano, encontramos na promoção da saúde uma nova abordagem para o cuidar.

BUSS et al. (2020), fala que a promoção da saúde envolve um compromisso de responsabilidade mútua, ou seja, que o indivíduo pode ser estimulado pela equipe de saúde a elevar seu coeficiente de autonomia e de intervenção e assim escolher a melhor opção para a sua saúde, refletindo em todo o contexto em que está inserido. A partir desta concepção da promoção, o planejamento das ações deveria ter como base a promoção de reflexão e de autonomia, além de incluir os determinantes sociais, o que requer um olhar para além do setor saúde, das ações intersetoriais, tendo como objetivo a diminuição das desigualdades sociais (WESTPHAL, 2006), (LEME et al., 2017), (LOPES et al., 2010), (BUSS et al., 2020) e (FIGUEIREDO et al., 2019). Observa-se que as referências citadas pressupõem que o indivíduo tem total responsabilidade sobre a sua saúde, trazendo uma visão individualizada na saúde e assim diminuindo a atribuição do governo e da sociedade com a saúde. Para MATTIONI et al. (2022) as práticas de saúde, nestes moldes neoliberais, como têm sido reproduzidas em parte significativa das ações e programas denominados de promoção, acabam provocando a responsabilização e a culpabilização dos

indivíduos, gerando por vezes a sobre vulnerabilização da população, na medida em que, neste contexto, ela tem que lidar, além dos determinantes sociais já existentes, com a competição consigo mesmo, a culpa e frustração por não conseguir seguir as regras “de bem-estar” propostas . A promoção da saúde, pelo contrário, deveria estar articulada com pressupostos coletivos, em que todos os envolvidos sejam estimulados a compreender que agir sobre os DSS é o caminho para a saúde. O artigo sugere, neste sentido, que a promoção da saúde deve consistir na postura ético-política de resistência e luta por mudanças governamentais, transformação na sociedade, na sua forma de pensar, na sua organização, e, conseqüentemente, melhores condições de vida e saúde.

Assim, se até aqui foi possível entender que a promoção da saúde com o passar dos anos partiu do conceito de prevenção de doenças para uma visão mais ampliada, no sentido de ir além de ser mais uma orientação sobre cuidados com a saúde para se envolver em um compromisso social, olhando para o indivíduo e o seu ambiente, resta, no entanto, ações mais efetivas e avanços consistentes no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde como orientador do planejamento das ações. Mostram-se ainda frágeis o envolvimento de outros setores para ser mais efetiva e o investimento em formação e fomento político para que as equipes de toda a Rede de Saúde, sobretudo as da APS, passem a adotar estratégias mais coletivas para a promoção da saúde. Falta ir além das recomendações estéreis para a adoção de hábitos mais saudáveis, que ainda prevalecem no cotidiano dos serviços de saúde.

1.2. A Política Nacional de Promoção da Saúde

Muito embora a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde mereça créditos devido à relevância do tema e importância da aprovação de leis neste sentido, ela ainda pode ser considerada limitada por não aprofundar as questões dos determinantes sociais e sobretudo por não reunir o fôlego indutivo necessário para que sejam implementadas ações que MATTIONI et al. (2022) chamam de contraconduta à perspectiva neoliberal individualista que rege a governamentalidade proposta.

Foi a portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que promulgou a PNPS. O documento estabelece objetivos e diretrizes para a prática da promoção da saúde, além das estratégias para a implementação do trabalho, definindo as responsabilidades do gestor federal, estadual e municipal. Entre 2006 a 2010, foram destinados cerca de R\$171 milhões para as secretarias estaduais de saúde, para atender 1500 (das 5.570) secretarias municipais de saúde do Brasil. Naquele momento, fizeram jus ao repasse às secretarias que tiveram os seus projetos selecionados, com o propósito de estimular a promoção da saúde. As ações priorizadas foram divulgação e implementação da PNPS, alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e, a promoção do desenvolvimento sustentável.

A política orienta articulação entre setores públicos e privados, ações educativas, entrega de material informativo, ações legislativas e econômicas, o trabalho dentro do ambiente escolar, o apoio e o uso das mídias e dá ênfase para o trabalho na atenção básica na capacitação e mobilização dos profissionais (MALTA et al., 2016) e (BRASIL, 2010).

Em 2014, a PNPS foi revisada através da Portaria nº 2.446, devido à necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecer a prática da promoção da saúde, demandando a participação social e dos movimentos sociais para enfrentar os condicionantes e determinantes de saúde. O incentivo ao parto normal aparece após a reformulação da PNPS no lançamento da campanha “Da saúde se cuida todos os dias”, justamente para qualificar o acompanhamento da mulher em todo ciclo puerperal e reduzir os índices de mortalidade materna e infantil (MALTA et al., 2016) e (BRASIL, 2018).

Após três anos, a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 revoga a Portaria nº 2.446/2014. Este documento foi publicado pelas secretarias de Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde em conjunto com o Ministério da Saúde, e teve como objetivo fortalecer as normas da PNPS, estabelecendo as competências de todo o Estado brasileiro na qualificação e ampliação das ações de promoção da saúde. A portaria mantém os temas prioritários e inclui a formação e educação permanente, que tem como objetivo sensibilizar gestores, trabalhadores da saúde e outros setores através de capacitações sobre a promoção da saúde e incluir a temática nos espaços de educação permanente (BRASIL, 2018).

Em 2022, o Ministério da Saúde publicou um documento de recomendações para a operacionalização da PNPS que foi construído com a participação de profissionais e gestores do SUS vinculados à temática de promoção da saúde, seguida de consulta pública. Neste documento, as recomendações são divididas em cinco categorias:

1. Governança, planejamento intersetorial e participação social;
2. Estratégias para a garantia de equidade e inclusão social de segmentos populacionais específicos;

3. Organização do cuidado e gestão do trabalho na Atenção Primária da Saúde;
4. Educação permanente, pesquisa e integração ensino-serviço;
5. Educação em saúde e comunicação.

Em cada categoria, é listado a responsabilidade de três atores: as equipes da Atenção Primária da Saúde (Eaps), o núcleo de gestão da APS (Gaps) e o Comitê Gestor Intersetorial de Promoção da Saúde (CGI). O Gaps envolve ações de planejamento e envolve as três esferas do governo, com foco principal na gestão municipal. O CGI deve realizar ações estruturantes, é constituído principalmente pela esfera federal e a estadual, mas deve oferecer espaço para os municípios. Fica em aberto, entretanto, os canais de pactuação e a dinâmica de funcionamento desses dispositivos.

Cabe destacar, entretanto, que dentre as diversas recomendações que este documento apresenta para cada ator, ele inclui que a implantação das ações de promoção da saúde deve partir da análise de determinantes de saúde e condicionantes locais, com a participação de outros setores. O principal objetivo é pensar na qualidade de vida, em proporcionar ambientes e territórios saudáveis, com equidade e redução das vulnerabilidades e contribuir para a autopercepção de satisfação (BRASIL, 2022).

Mesmo com este avanço de citar o enfrentamento das desigualdades como um aspecto fundamental para a promoção da saúde no Brasil, existem muitas dificuldades para dar seguimento e consistência a essas premissas. Mesmo esta política já existindo há 16 anos, o manual citado no parágrafo acima, publicado pelo Ministério da Saúde, descreve de uma forma muito detalhada até as ações mais simples, ações que já deveriam fazer parte da rotina das equipes de saúde como realizar o cadastro correto da população adscrita nos sistemas de informação, sempre colocando o item

raça/cor, preencher as carteirinhas de acompanhamento de saúde e trabalhar com a estratificação de risco, práticas ainda difíceis de serem instauradas no cotidiano das equipes.

A literatura acadêmica também explicita os desafios para a implantação da PNPS. DIAS et al. (2018), ao entrevistarem gestores de uma região de saúde, identificaram que há uma dificuldade de muitos profissionais trabalharem de forma intersetorial e promoverem ações comunitárias. Além disso, no estudo, foi possível identificar que os profissionais da atenção básica, da região estudada, não receberam orientações qualificadas e não possuíam indicadores para monitoramento das ações. Os dados apresentados neste artigo corroboram com um estudo mais antigo de CARVALHO et al. (2009) que já apontava a falta de monitoramento das ações de promoção da saúde, e identificava a falta de entendimento dos profissionais e gestores em conhecer as diretrizes propostas pela PNPS. Os estudos acima foram realizados em um intervalo de 09 anos, mas é possível identificar dificuldades semelhantes, mesmo após as atualizações da PNPS. O que aponta um direcionamento para estruturar a base, capacitar os profissionais da atenção básica e realizar o monitoramento das atividades de promoção da saúde.

DIAS et al. (2018) também indicaram pontos que podem facilitar a execução da PNPS como as parcerias entre a saúde e as secretarias de agricultura e meio ambiente, cultura, esporte e educação; Ter uma rede disponível de profissionais capacitados, apoio da gestão, intersetorialidade; Cobertura da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em mais de 80% do município e da equipe Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF); Outras parcerias, como a guarda municipal, escolas, CRAS, CREAS, conselho tutelar e a adesão da população às atividades propostas.

Desde a sua criação, a PNPS tem como objetivo a implementação das ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, mas é possível identificar uma ênfase na atenção básica (BRASIL, 2010) e (BRASIL, 2018). Em 2017, a terceira versão da Política Nacional da Atenção Básica determina que as ações de promoção devem estar especialmente no cotidiano da atenção básica (BRASIL, 2017). Entretanto, dadas as mudanças promovidas no escopo de atuação da atenção básica, faz-se necessário revisitar o tema da promoção da saúde a partir deste nível de atenção, a fim de compreender os desafios inerentes a essas ações.

1.3. Atenção Básica e a Promoção da Saúde

Antes de 1990, o acesso aos serviços de saúde no Brasil era para poucos, pois somente os contribuintes da Previdência Social recebiam atendimento nas unidades ambulatoriais e nos hospitais com ações de saúde concentradas em serviços médico-hospitalares. Os que não podiam pagar dependiam de caridade e filantropia. Para todos os brasileiros, o Ministério da Saúde atuava em campanhas de vacinação e controle de endemias, e oferecia apenas alguns serviços especializados, na área de psiquiatria e tuberculose. O movimento da reforma sanitária ocorreu devido à crise do sistema previdenciário e a mobilização política de trabalhadores da saúde e outros setores da sociedade que queriam democratizar a saúde no Brasil. Uma grande conquista da reforma foi em 1988 com a publicação da Constituição Federal, que em seu texto coloca que a saúde é dever do Estado e direito de todos, além de determinar o seu financiamento (BRASIL, 2002). Dois anos depois, a Lei 8.080/90 instituiu o SUS, que trouxe aos brasileiros acesso à saúde de forma gratuita em todos os níveis de atenção. A lei determinou que a assistência de saúde fosse oferecida por ações de

promoção, proteção e recuperação de saúde seguindo os princípios de universalidade, integralidade e a equidade, e, com as diretrizes de regionalização, hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

No início da implantação do SUS, o Ministério da Saúde manteve os recursos que antes eram alocados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), ou seja, começou um atendimento universal considerando os recursos que eram utilizados para atender somente uma parte da população. Com isso, houve dificuldade de repasses financeiros e uma enorme defasagem fiscal, principalmente entre 1993 e 1994, quando o Ministério da Saúde parou de receber os repasses da previdência. Pouco tempo depois a Norma Operacional Básica de 1996 vem para organizar o processo de descentralização do SUS. Implementou o Piso da Atenção Básica e expandiu a Estratégia de Saúde da Família. Mesmo avançando, muitos problemas foram observados como a divisão de responsabilidade entre os estados e municípios, má distribuição dos recursos financeiros, pouco acesso aos serviços de alta complexidade e questões administrativas na habilitação dos municípios. Em 2001, é publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde que adotou a regionalização como estratégia para oferecer os atendimentos de média e alta complexidade e as ações mínimas da Atenção Básica (AB) como a saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle de hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Além disso, propôs um aumento no financiamento federal, aumentando o PAB fixo (BRASIL, 2002). Em 2006 as portarias relativas ao Pacto pela saúde foram publicadas e propuseram um conjunto de ações e serviços para a regionalização dos serviços de saúde, além de dividir o repasse financeiro em 06

grandes blocos, sendo a atenção básica um deles (FLEURY e OUVENEY, 2012). Neste ano, a primeira versão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi publicada, e no total, já foram três (2006, 2011 e 2017). A sua última versão, de 2017, foi criticada por muitos atores e setores da sociedade, pois apesar de colocar que a ESF é prioridade para a transformação da AB, ela descaracterizou o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), mudou a organização da equipe NASF e diminuiu a possibilidade de ampliação de recursos financeiros. Aliado à Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou os gastos com saúde e educação por vinte anos, preocupava-se com um possível desmonte da AB (MELO et al., 2018).

Apesar dos potenciais retrocessos contidos na Política de Atenção Básica de 2017, o texto mantém a premissa de que é neste nível de atenção que se dá a principal porta de entrada do indivíduo no SUS. Nela, a atenção básica é definida como:

“o conjunto de ações de saúde individuais, familiares, coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017)”.

Oferece uma assistência gratuita e integral, considerando determinantes e condicionantes de saúde, e os princípios e diretrizes do SUS. É através da AB que todo o sistema de saúde se organiza, pois ela é o centro de comunicação das redes de atenção. As unidades básicas de saúde são os estabelecimentos que são oferecidos os serviços da AB, e, nestes espaços existe um grande potencial para

educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação de tecnologias para as redes de saúde.

Apesar de existirem diversas modalidades de serviços, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada como prioritária para a expansão e organização da AB. A ESF possui uma equipe mínima para trabalhar com uma população cadastrada, contando com um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser integrados a equipe o profissional cirurgião dentista e o auxiliar de consultório dentário. Cada equipe é responsável por até 3500 pessoas e conta com o apoio de equipe multidisciplinar. A ESF através do ACS mapeia todo o seu território e assim é possível direcionar os cuidados através da estratificação de risco e ações de acolhimento, atividades educativas, prevenção de doenças, atendimento domiciliar, atendimento individual e promoção da saúde (MELO et al., 2018).

Em 12 de novembro de 2019, foi instituído o programa Previne Brasil através da portaria nº 2.979. Este programa mudou a forma de custeio da AB, trocando os repasses do piso básico e variável para o pagamento por 03 critérios: a capacitação ponderada, pagamento por desempenho e o incentivo para as ações estratégicas. O primeiro depende do número de pessoas cadastradas pelas equipes e pode aumentar se existirem questões de vulnerabilidade socioeconômica e geográfica. O segundo depende dos indicadores alcançados pelas equipes e o terceiro é pago se o município realizar ações estratégicas, como o Programa Saúde do Escolar, oferecer atendimento de saúde bucal, ter academia da saúde, entre outros. A justificativa para esta mudança foi equilibrar os recursos financeiros, aumentar os cadastrados na atenção básica e assim ampliar os serviços do SUS, reconhecendo a ESF (BRASIL, 2017). Essa mudança foi muito criticada, principalmente pelo risco de

subfinanciamento do sistema, pelo possível aumento da demanda e pela falta de recursos para oferecer um atendimento equitativo. Na prática, esta política não foi efetiva até o momento, pois durante os anos de 2020 e 2022 os municípios brasileiros não cumpriram com as metas, apesar de baixas, do Previne Brasil. E o Ministério da Saúde precisou postergar o pagamento por desempenho, como mostra o artigo de COSTA et al. (2022), o que favoreceu a desmobilização dos municípios. Corremos o risco de novas epidemias pela baixa cobertura vacinal, do aumento de internações por causas preveníveis e conseqüentemente óbitos evitáveis. Diante deste cenário, é necessário fortalecer a atenção básica.

O fortalecimento da Atenção Básica, no entanto, precisa ser pensado a partir da recuperação de suas premissas doutrinárias no que tange ao seu papel dentro de sistemas universais de saúde, como no Brasil. E, como se sabe, dentro do sistema de proteção social almejado mediante o SUS, a APS, além de ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado, deve ser organizada de modo a garantir a integralidade do cuidado. Nesse sentido, convergem para este nível de atenção, papel central na conciliação entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência.

Fortalecer a Atenção Básica, portanto, deve constar dos investimentos das outras políticas intersetoriais e de outros pontos da rede que estão ligados a este nível de atenção. E isto vale especialmente para a Política de Promoção da Saúde, para a qual a capilaridade da Atenção Básica e sua proximidade com as demandas dos territórios constituem aspectos extremamente benéficos (FIGUEIREDO et al., 2019). A promoção da saúde estimula o profissional a trabalhar fora do espaço da unidade de saúde, da sua zona de conforto, estimula a intersetorialidade, leva a equipe a buscar alternativas e parcerias em outros setores para agir sobre um determinante

que está adoecendo a população, tal qual é recomendado para as ações das equipes Saúde da Família (BRASIL, 2002).

Os profissionais, na interface entre a APS e a promoção da saúde, devem partir de um diagnóstico dos determinantes que influenciam o estado de saúde da sua população adscrita como os dados sociodemográficos, condições de saneamento básico, grau de vulnerabilidade familiar e do território, cultura local, espaços de lazer, diversidade religiosa e étnica, levantamento epidemiológico. Nesse processo, é de elevada importância a identificação dos possíveis parceiros no território, como ONGs, escolas, igrejas, empresas e comércios e conselhos. É com base neste diagnóstico que deveria ser planejada como será realizada a atividade, elencada metas e parceiros em outros setores (LOPES et al., 2010).

As ações de promoção da saúde são caracterizadas como uma ferramenta para autonomia, visando a saúde e a qualidade de vida, valorizando a cultura local e mobilizando a comunidade. Pensando nisso, no espaço da atenção básica deveriam existir tecnologias e estratégias como oficinas de formação, roda de conversa, vídeo debate, atividade física, visitas domiciliares, eventos, mobilização coletiva e projetos diversos.

Todavia, o contexto atual de precarização das condições de trabalho da APS e a retração dos pressupostos comunitários contidos na Política de Atenção Básica, tendem a comprometer a execução de todo esse conjunto de propostas.

O mesmo se aplica para a organização de grupos com os usuários com vistas à promoção da saúde, tal qual o objeto deste estudo. Segundo LEME et al. (2017), “trabalhar em grupo cria um campo coletivo que permite estabelecer uma cumplicidade entre os participantes, facilitar a construção conjunta de conhecimentos, proporcionar novas realidades e colocar os profissionais mais próximos do usuário,

melhorando o manejo clínico das condições de saúde/doença e o acesso à informação”.

Existem dificuldades das equipes de saúde na APS para realizarem grupos que tomem os pressupostos da promoção da saúde, no seu sentido ampliado de enfrentamento dos Determinantes Sociais. Além dos obstáculos advindos do desmonte da APS, LEME et al. (2017), apontam ainda a dissonância da formação dos profissionais e gestores para trabalhar com os determinantes sociais e a promoção da saúde. Os profissionais são capacitados para lidar com as práticas curativistas e não sabem a distinção entre promoção e prevenção de doenças (FIGUEIREDO et al., 2019). E, mesmo os grupos educativos carecem de qualificação a fim de expandir seu escopo de discussões para além da dimensão da prevenção de doenças, para aproximar-se da promoção da saúde. Nesse sentido, caberia, além de reforçar a integralidade e o caráter ampliado das ações da APS, investir na formação permanente e continuada, iniciando pela ilustração apresenta da diferença entre a prevenção de doenças e a promoção da saúde, tal qual observamos no documento ministerial (BRASIL, 2021):

Quadro 01: Comparação entre prevenção de doenças e promoção da saúde

Características	Prevenção de doenças	Promoção da saúde
Marco conceitual	História natural das doenças	Determinantes sociais da saúde
Significado do termo	Preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite dano ou mal; impedir que se realize.	Impulsionar; fomentar; originar; gerar; mudar.
Objetivos	Evitar o surgimento ou a proliferação de doenças, prevenir.	Promover o bem-estar geral por meio da transformação das condições de saúde.
Foco	Doença (causas, formas de transmissão, comportamento epidemiológico, fatores de risco e proteção).	Mudanças nos determinantes estruturais que provocam iniquidades em saúde.
Abordagens	Divulgação de informações e recomendações (campanhas) para mudança de hábitos.	Mudanças estruturais em cidades, políticas econômicas e sociais, construção de espaços de participação.
Operacionalização	Ação pontual, unilateral, intersetorial.	Ação multi estratégica, intersetorial.
Lugar do sujeito	Receptivo, responsável pela mudança.	Participativo, corresponsável pela mudança.

Fonte: BRASIL, 2021

Ademais, caberia pensar na formação de uma visão do sujeito, antes visto apenas pela sua enfermidade, com protagonismo e potência de transformar a sua vida

com autonomia e a criação de vínculos de corresponsabilidade. Os vínculos não são apenas entre o setor saúde e a população, envolve também outros setores da sociedade como os movimentos sociais, outras secretarias e serviços não-governamentais, desta forma é possível multiplicar as formas de enfrentar os problemas e qualificar as ações do SUS.

Nesta mesma linha da importância do protagonismo do usuário, FIGUEIREDO et al. (2019), ao entrevistarem 19 profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família, identificaram que a maioria dos grupos oferecidos são de temáticas sugeridas pelo Ministério da Saúde e sem a participação ativa dos pacientes na escolha da temática. O dado da referida pesquisa evidencia que se as temáticas dos grupos não levam em consideração as demandas do território, há um descompasso entre o serviço e seus usuários. Isto é, os grupos podem estar dissonantes com as necessidades do território, o que gera uma defasagem na estratégia. Ademais, LEME et al. (2017) ressalta que a participação do usuário é necessária na escolha dos temas do grupo, visto que para que o aprendizado seja significativo, é necessário que o receptor seja um protagonista ativo.

Não obstante a dificuldade de realização de grupos de promoção da saúde no atual cenário da APS, e das limitações no escopo dos grupos ofertados, que poucas vezes se direcionam à análise, problematização e enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, na presente pesquisa, adiciona-se a complexidade de se buscar compreender um grupo destinado às mulheres na APS.

Se por um lado, é sabido que um número significativo da população brasileira acessa o SUS e que as mulheres tendem a constituir o público majoritário nesses serviços de saúde e que se teria uma boa expectativa de adesão a iniciativas voltadas para esse recorte populacional, o que incluiria os grupos (BRASIL, 2004). Por outro,

é preciso reconhecer a diversidade e complexidade das necessidades de saúde das mulheres, que por vezes estão ligadas a questões como o assédio sexual e moral, gerando demandas de ordem emocional e psíquico, para os quais o SUS e a APS precisam estar atentos, mas que ainda demonstram pouca estrutura para lidar. Desta forma, buscamos resgatar algumas de suas necessidades, as políticas vigentes para a Saúde da Mulher e os determinantes sociais de saúde mais sensíveis para este segmento populacional, a fim de avançar na reflexão das ações de promoção da saúde e adensar as análises sobre o grupo a ser estudado no presente trabalho.

CAPÍTULO 2 – SAÚDE DA MULHER

2.1. A política nacional de saúde da mulher e os determinantes sociais de saúde

Nas primeiras décadas do século XX as políticas voltadas para a saúde da mulher atendiam somente questões sobre gravidez e parto. Uma assistência limitada à questão biológica do gestar e do papel de mãe, o que deixava as mulheres sem assistência nas outras fases da vida, reduzindo o seu papel como cidadã (BRASIL, 2004), (SILVEIRA et al., 2019) e (SOUTO e MOREIRA, 2021).

O ano de 1975 foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) o ano internacional da mulher. Neste ano, a ONU realizou o 1º Congresso Mundial da Mulher e instituiu o dia 08 de março como o dia internacional da mulher. Com isso, diversos movimentos feministas ganharam forças pelo mundo e também aqui no Brasil. Este movimento de mulheres atuou fortemente no processo da Reforma Sanitária Brasileira, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na elaboração da nova Constituição. Junto aos sanitaristas, pesquisadores e representantes do ministério da saúde, o movimento do grupo feminista contribuiu para a construção de novas políticas públicas e inclusão na agenda da saúde questões como a sexualidade, planejamento familiar e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2004), (SILVEIRA et al., 2019) e (SOUTO e MOREIRA, 2021). Essa mudança na percepção do gênero feminino contribuiu para a integralidade na saúde da mulher, que deixou de ser vista apenas no ciclo gravídico-puerperal para atender

outras demandas e as necessidades específicas deste grupo (SOUTO e MOREIRA, 2021).

Em 1984 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propôs ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e de recuperação em diversos seguimentos para o público feminino como ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, IST, câncer do colo de útero e de mama, além de outras necessidades que poderiam ser identificadas. A implantação passou por muitas dificuldades e não conseguiu organizar a assistência à saúde da mulher de forma ampla, pois focou somente na solução de problemas como a saúde reprodutiva e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004).

No início do ano 2000, as mulheres tinham como a principal causa de mortalidade as doenças cardiovasculares, seguida pelas neoplasias de mama, pulmão e útero, e depois por doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas e causas externas. A mortalidade materna não estava entre as 10 principais causas de óbito, mas ainda possuía altos e preocupantes índices, já que a cada 100 mil nascidos 74,5 mulheres evoluíram para óbito, e destes cerca de 92% poderiam ter sido evitados. Existia uma baixa cobertura do pré-natal, sendo que menos de 10% das mulheres receberam durante o pré-natal seis consultas de rotina e uma de puerpério. As mulheres que moravam na zona rural e nas áreas ribeirinhas não recebiam atendimento adequado durante o pré-natal, o que refletia nos altos índices de mortalidade infantil. Outras dificuldades desta época foram o acesso aos métodos anticoncepcionais, as ações de planejamento familiar e o aumento da gravidez na adolescência. Até a epidemia de HIV/aids aumentou no público feminino neste período e conseqüentemente o aumento das infecções latentes, da mãe para o bebê. A

violência sexual e/ou doméstica apresentava altos índices, chegando a 34% em algumas regiões do Brasil, mas com pouca procura por serviços de referência para atendimento. Internações devido ao sofrimento psíquico e pelo uso abusivo de álcool entre as mulheres também aumentaram no período (BRASIL, 2004).

Diante de todo o cenário acima, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em parceria com diversos setores da sociedade para promover ações de saúde que garantisse os direitos humanos das mulheres e a diminuição da morbimortalidade por causas preveníveis. Entre as diretrizes podemos citar que a política deve contemplar a mulher em todos os ciclos da vida, respeitando todos os grupos distintos e atuando através da promoção da saúde fazendo parcerias com outros setores como a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação. Também deve suprir as necessidades de saúde em todos os níveis de atenção, trabalhar para o controle de patologias mais frequentes, oferecer um atendimento humanizado e estruturado conforme os princípios do SUS. Entre os principais objetivos da política, é importante destacar a ampliação e qualificação das ações principalmente para as mulheres portadoras do HIV; Estímulo à implantação do planejamento familiar; Promover atenção de qualidade para as mulheres durante o pré-natal, parto, puerpério, adolescência, climatério e terceira idade; Reduzir a morbi mortalidade pelo câncer de mama e o câncer de colo de útero; Atenção à saúde mental e as questões de violência; Promover atenção para as mulheres negras, indígenas e trabalhadoras do campo e da cidade (BRASIL, 2004).

O PNAISM já tem quase 20 anos e durante esse tempo diversas estratégias e programas foram lançados para qualificação e estruturação do atendimento para a mulher. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a estratégia Rede Cegonha com o intuito de organizar e qualificar o atendimento para mulheres durante a gestação, parto

e puerpério e a assistência à criança do nascimento até completar dois anos de idade. LEAL et al. (2019) em seu estudo entrevistaram mais de 11 mil puérperas em 2017, entre pacientes da rede particular e da rede pública, e identificaram que os indicadores melhoraram. Aumentou a presença de acompanhantes durante o parto, diminuíram as taxas de intervenções não recomendadas como a episiotomia e a manobra de Kristeller, aumentou o uso de métodos não farmacológicos para a dor e diminuíram o número de partos cesáreas realizados na rede privada. Os autores apontam que apesar da melhora dos dados ainda tem um longo trabalho de qualificação da assistência. Outro programa lançado com o intuito de qualificar o atendimento para o público feminino foi o PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que foi realizado em 03 ciclos nos anos de 2012, 2014 e 2019. A proposta foi que cada município receberia uma bonificação financeira se cumprisse com diversos requisitos pactuados diretamente com as equipes de saúde e os gestores. Através do PMAQ-AB, o atendimento de pré-natal foi afetado positivamente no Brasil, com adequação da estrutura, exames padronizados e atenção à saúde (NEVES et al., 2020).

Positivamente, desde a criação da política nacional da saúde da mulher o acesso ao pré-natal melhorou e os serviços oferecidos para a saúde das mães e das crianças também, reduzindo consideravelmente a mortalidade infantil (SANTANA et al., 2019). Contudo, SANTANA et al. (2019) apontam que o PNAISM ainda está longe de oferecer uma saúde integral para as mulheres, principalmente no atendimento de climatério, infertilidade, saúde mental, saúde ocupacional e violência doméstica. Apesar dos avanços, a mulher ainda não é atendida integralmente em todas as fases da sua vida pelos serviços de saúde do país, o que agride os seus direitos como

cidadã e aponta a necessidade de investimento na saúde feminina como um todo, não somente na fase gravídico-puerperal.

Em 2015, foi comemorado os vinte anos da 4ª Conferência Mundial das Mulheres que foi realizada na capital da China, Pequim (Beijing é o nome correto em mandarim), em 1995. Esta conferência teve como marco histórico a criação de uma Plataforma de Ação e a Declaração de Pequim, em que foi formulado um acordo internacional para eliminar a discriminação contra as mulheres, utilizando novos indicadores como raça, etnia e orientação sexual (IPEA, 2020). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em parceria com outros órgãos, publicou um livro em 2020, fazendo um balanço dos avanços e retrocessos conquistados pelo Brasil, com oito dos doze temas da plataforma de ação: pobreza, situação das jovens meninas brasileiras, saúde, meio ambiente, conflitos armados, comunicação, educação e economia. No capítulo três são apresentados dados sobre a saúde das mulheres entre 1995 e 2015. Destaca como avanço a incorporação da questão raça/cor nos formulários e pesquisas do Ministério da Saúde, para assim embasar pesquisas e políticas públicas; o aumento da realização de exames para a detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama e a queda na mortalidade materna. Como retrocesso, mostrou que as mulheres negras possuem um pior acesso aos serviços de saúde quando comparadas às mulheres brancas. Este dado corrobora com outros estudos como LESSA et al. (2022) e OLIVEIRA e KUBIAK (2019). Usando como exemplo o estudo de LESSA et al. (2022), que realizaram 1.812 entrevistas com mulheres que realizaram o pré-natal entre os anos de 2011 e 2013, identificando que as mulheres negras que ocupam lugares sociais desfavoráveis têm uma menor chance de receber um cuidado adequado durante o pré-natal, ou seja, iniciam o pré-natal tardiamente, tem menos de seis consultas durante a gestação, não fazem

exames de HIV e sífilis e não recebem orientações gerais. No capítulo 03, MADSEN (2020) também destacou negativamente o aumento dos partos cesáreos no Brasil e frágeis avanços na pauta da legalização do aborto e na penalização da mulher que opta em fazê-lo mesmo respaldada pela lei.

Seis determinantes sociais de saúde, que interferem profundamente na realidade e na qualidade de vida das mulheres, estavam na plataforma de Pequim e foram destacados pela autora (MADSEN, 2020): racismo, pobreza, trabalho e saúde ocupacional, condições básicas de habitação, violência e uso do tempo.

O racismo viola os direitos e produz iniquidades. Negativamente pode repercutir na trajetória de vida da pessoa e da família, nas condições de moradia, emprego, renda e acesso a diversos serviços, até mesmo na assistência à saúde. O racismo associado ao sexismo, ou seja, quando falamos de mulheres negras possui os piores dados, já que essas mulheres sofrem mais com a violência, tanto domiciliar como a obstétrica, vivem menos, possuem piores índices de transtornos mentais, são as que mais realizam histerectomias, maior prevalência e reincidência de miomas, e possuem piores condições de trabalho (MADSEN, 2020), (LESSA et al., 2022) e (OLIVEIRA e KUBIAK, 2019). Para OLIVEIRA e KUBIAK (2019) o racismo institucional sofrido pelas mulheres negras é aquele praticado por serviços de saúde e outros setores, movido pelo preconceito de cor, cultura e origem étnica. Concluíram que não pode estar apenas ligado a desigualdade social, como sugerem outros estudos sobre o assunto, mas ao despreparo do profissional de saúde para atender a população negra e as suas comorbidades predominantes, sendo necessário maior sensibilização dos mesmos.

A violência contra a mulher se não mata, ela fere o corpo, deprime e adocece, além de interferir na vida da sua família, filhos e no trabalho. Infelizmente a maioria

dessas agressões acontecem dentro de casa, por parentes próximos e somente 50% das mulheres agredidas procuram atendimento. Ao mesmo tempo, os serviços e os profissionais não estão preparados para oferecer este atendimento conforme as determinações do Ministério da Saúde (MADSEN, 2020) e (CAICEDO-ROA e CORDEIRO, 2019). O estudo de CAICEDO-ROA e CORDEIRO (2019) levantou os casos de feminicídios que aconteceram na cidade de Campinas entre 2018 e 2019. Entre as 24 mulheres assassinadas, os motivos foram diversos, mas principalmente relacionados à relação com um homem violento e o seu comportamento, após o término do relacionamento e uma rede de apoio deficiente. As mulheres que sofrem violência precisam ser acompanhadas e receber suporte emocional, material e segurança. Mas devido à pouca estruturação dos serviços e ao deficiente preparo dos profissionais, as mulheres que sofrem violência acabam voltando ao convívio do parceiro agressor por dependência econômica e emocional.

Uma brasileira, teve a sua triste história conhecida internacionalmente. Maria da Penha Maia Fernandes, universitária, mãe de 03 filhas, sofria com as agressões verbais e o comportamento violento do seu marido, para ela e as suas filhas. Em uma noite de 1983 enquanto dormia foi baleada pelas costas pelo parceiro e conseqüentemente ficou paraplégica devido a lesão medular irreversível. Ainda viveu ao lado do agressor por mais 15 anos em uma rotina de violência e cárcere privado. O parceiro até tentou eletrocutá-la durante o banho. Quando finalmente conseguiu a sua liberdade, lutou por 19 anos para a reparação através da justiça. Em 2006, finalmente foi sancionada uma lei para a proteção das mulheres, após a luta da Maria da Penha, que repercutiu no mundo. A lei nº 11.340, foi nomeada com o nome dela, a lei Maria da Penha (IMP, 2023). Esta mulher, infelizmente representa muitas outras que sofreram e sofrem agressões diárias dos seus parceiros, mas agora é possível

entender que isso deixou de ser “normal”, na verdade foram séculos de submissão, da falta de identidade e a falta de apoio do Estado, principalmente para as mulheres pobres e sem possibilidades de viver sem este parceiro pela dependência financeira. Depois que a lei Maria da Penha foi publicada, foi criado a central de atendimento à mulher pelo número 180, as casas de acolhimento, as delegacias especiais e os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual. Outras leis também foram publicadas, como podemos ver no quadro abaixo para fortalecer e apoiar as mulheres (IMP, 2023).

Quadro 02 - Leis de proteção às mulheres

Nome da Lei	Nº	Assunto
Lei Carolina Dieckmann	12.737 / 2012	Punição para a invasão de aparelhos eletrônicos e exposição da vítima ou ameaças
Lei Joana Maranhão	12.650 / 2012	Os crimes de violência sexual contra crianças e adolescente só prescrevem só após 20 anos em que a vítima fizer 18 anos
Lei do minuto seguinte	12.845 / 2013	Garante o atendimento às vítimas após sofrerem violência sexual
Lei do feminicídio	13.104 / 2015	O feminicídio foi enquadrado como crime hediondo, possibilitando penas mais duras.
Lei de importunação sexual	13.718 / 2018	Tipificou os crimes de importunação sexual e divulgação de cenas de estupro
Alteração da Lei Maria da Penha	14.550 / 2023	Dispõe de medidas protetivas de urgência para as mulheres vítimas de violência

Fonte: produção da autora

Entre os outros determinantes evidenciados pela plataforma de Pequim para a saúde das mulheres está a pobreza, que afeta diretamente o acesso aos serviços de saúde e as condições mínimas para sobreviver, pois faltam itens básicos como água potável, saneamento básico, alimentação adequada, educação, transporte e moradia. Outro determinante importante é o uso do tempo, que interfere no trabalho e na saúde. No mercado de trabalho, além da desvalorização salarial entre homens e mulheres, os trabalhos informais, na sua maioria são ocupados pelas trabalhadoras do sexo feminino, principalmente as mulheres negras. As mulheres têm uma sobrecarga de trabalho quando comparadas aos homens, pois cumprem uma dupla jornada diária ao dividir o seu dia com afazeres domésticos e o trabalho. Dados mostram que as mulheres na faixa produtiva entre 25 e 44 anos praticam menos atividades físicas quando comparadas aos homens nesta mesma idade e isso pode interferir na manutenção de uma boa saúde e na prevenção de diversas comorbidades (MADSEN, 2020).

A breve trajetória aqui apresentada sobre a evolução das políticas públicas de saúde voltadas para a Saúde da Mulher conflui para a análise realizada por DIAS et al. (2021), que tomam a diferença de gênero e a perspectiva feminista como analisadores das lutas e transformações que se fizeram necessárias para a identificação do caráter opressor que as políticas impõem à população feminina e inclusão de outras facetas do viver feminino para além da saúde dos órgãos reprodutores. Para as autoras, é essencial que se compreenda que a constituição das bases conceituais, teóricas e empíricas, que sustentam as políticas e práticas do que se consensuou denominar de Saúde da Mulher estão assentadas no patriarcado e na imposição social à mulher como cuidadora não remunerada. Assim, mesmo seu papel na reprodução social tende a ser desenhado a partir de discursos externos pouco

realistas, numa combinação de expectativas da sociedade e daquelas oriundas da premissa de corresponder às expectativas criadas à luz do universo masculino, mas que são difundidos às mulheres como o receituário para uma pretensa felicidade afetiva, referendado pelos mitos do amor romântico e do amor materno. Em outros termos, mulher bem-sucedida é aquela que acessa o amor romântico e o amor materno, nos moldes desta sociedade patriarcal.

Cabe, portanto, desvendar os componentes de determinação social deste processo que é histórico e fomentar para a produção de uma Saúde da Mulher que seja abrangente, que inclua as dimensões sociais e subjetivas da mulher, com novas formas de cuidado que além de caminhar para o entendimento a interseccionalidade de necessidades e vulnerabilidades sociais desta população, direcionam para a perspectiva de luta por direitos e por representatividade, na medida em que se compreenda, como sustentam as autoras, que o pessoal é político (DIAS et al., 2021).

Os movimentos mais recentes, como os de Pequim, aparentemente já começaram a se apropriar dessa discussão, ao colocar em relevo necessidades que extrapolam as dimensões anatomopatológicas e que situam o lugar das mulheres como população sujeita à sobre expropriação e a múltiplas violências. Por isso, há que ajustar as premissas da promoção da saúde e dos dispositivos destinado a esta finalidade, para este escopo ampliado, e de orientação feminista, da Saúde da Mulher.

2.2. O papel dos grupos e da dança na promoção da saúde da mulher

Quando a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) foi criada em 2006, um dos temas prioritários para a sua abordagem foi a prática corporal (PC) e a atividade física (AF). Apesar de parecerem a mesma coisa, PC e AF não possuem o

mesmo significado para DAHLKE e VAZ (2020), que descrevem as práticas corporais com um sentido mais amplo, ligada à promoção da saúde, que vai além da atividade física e envolve cultura, o respeito aos desejos dos participantes, facilita o autoconhecimento e a transformação do indivíduo com a melhora da sua saúde. Já a atividade física é descrita como uma atividade relacionada ao gasto calórico.

Para CARVALHO e NOGUEIRA (2016), as práticas corporais e atividade física podem ser ferramentas da promoção da saúde se valorizarem a experiências dos sujeitos através do seu contexto histórico e familiar, cultural e biológico. O artigo foi escrito dez anos após a publicação da PNPS, e observaram que realmente houve um aumento das ofertas dessas atividades, mas que infelizmente encontrou na literatura uma visão voltada, na sua maioria, para a prevenção de doenças crônicas, que trabalhavam com a questão biológica, da prevenção das doenças, e não com a transformação do indivíduo. Observaram a necessidade de que as ações de PC e AF devam ser oferecidas por uma equipe multidisciplinar e voltada para todas as pessoas, já que o público mais ativo e presente nessas atividades são adultos e idosos do sexo feminino. A participação majoritária de mulheres em atividades de PC e AF é observada por outros autores como DAHLKE e VAZ (2020); BARANCELLI e PAWLOWYTSCH (2016); SANTOS et al. (2018) e REGO et al., (2019).

No Brasil as mulheres adoecem mais que os homens, mas vivem mais. Elas são as principais usuárias do SUS e estão nas unidades básicas para passarem por atendimento ou para acompanhar alguém da família (BRASIL, 2004). Além de todos os indicadores que conhecemos como lazer, saúde, alimentação, condições de vida, moradia e renda, que podem interferir na saúde das pessoas, as mulheres possuem certos agravantes como a sobrecarga do trabalho doméstico, discriminação nas

relações de trabalho e estão sujeitas a violência doméstica, sendo necessário um olhar especial para este público (BRASIL, 2004).

ALBERT et al. (2023), levantaram os óbitos femininos registrados no Brasil de 2006 e 2019 entre mulheres de 10 a 49 anos, e apontaram que as cinco causas principais de morte foram: neoplasias, doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas ou parasitárias e doenças do aparelho respiratório. Com o passar dos anos, as neoplasias e causas externas tiveram um aumento, enquanto as outras causas apresentaram uma queda. Os tipos de óbitos aparecem diferentes para cada faixa etária, e, o artigo destaca que as causas poderiam ser evitadas com ações de promoção e intervenções simples, principalmente para a gravidez na adolescência, no rastreamento do câncer do colo do útero e no câncer de mama, na prevenção e monitoramento das doenças cardiovasculares, prevenção de acidentes e violências.

É recomendado que o adulto realize semanalmente 150 minutos de atividade física moderada, ou seja, aquela atividade em que aumenta sua respiração e a frequência cardíaca e que consiga conversar com dificuldade durante o exercício (BRASIL, 2021). É possível observar diversos benefícios com a prática regular da atividade física. O Guia de atividade física para a população brasileira (2021) destaca que os principais são:

- Promove o seu desenvolvimento humano e bem-estar, ajudando a desfrutar de uma vida plena com melhor qualidade;
- Previne e diminui a mortalidade por diversas doenças crônicas, tais como pressão alta, diabetes (alto nível de açúcar no sangue), doenças do coração e alguns tipos de câncer (como mama, estômago e intestino);

- Ajuda a controlar o seu peso, melhorando não apenas a saúde, mas também a relação com seu corpo;
- Diminui os sintomas da asma;
- Diminui o uso de medicamentos em geral;
- Diminui o estresse e sintomas de ansiedade e depressão;
- Melhora o seu sono;
- Promove prazer, relaxamento, divertimento e disposição;
- Ajuda na inclusão social, e na criação e fortalecimento de laços sociais, vínculos e solidariedade;
- Resgata e mantém vivos diversos aspectos da cultura local.

Entre as diversas modalidades, a dança é citada pelo guia como exemplo de atividade física (BRASIL, 2021). MACHADO e MENEZES (2020) apontam que atualmente a dança é utilizada para prevenção de agravos, promoção da saúde e socialização. É utilizada como um recurso coadjuvante de tratamento de saúde ou como fator de proteção. O mesmo também foi citado por SCHNEIDER et al. (2020), quando colocaram que a dança pode ser usada na gestão do cuidado da saúde:

“...a dança se mostra como um caminho terapêutico capaz de contemplar o ser humano em todas as suas necessidades e singularidades, permitindo conexão entre corpo e mente, fornecendo ao indivíduo percepções sobre saúde e qualidade de vida.”

Dançar é considerado uma opção de baixo custo, quando comparada a outros recursos que produzem o mesmo resultado. No organismo humano, a dança produz diversos efeitos positivos, que melhoram a qualidade de vida dos seus praticantes pois aumenta a força muscular, diminui os riscos cardiovasculares com o controle da

pressão arterial, diminuição do número de medicações tomadas durante o dia e melhora nos resultados dos exames laboratoriais. Além da melhora das questões físicas, a prática da dança tem efeitos na saúde mental dos seus praticantes, com a melhora do humor, diminuição de estresse, quadros depressivos e ansiedade (MACHADO e MENEZES, 2020).

Autores como SANTOS et al. (2018), SCHNEIDER et al. (2020), MOSCHEN et al. (2021), FRISON et al. (2014), CAVALCANTE et al. (2018) e OLIVEIRA et al. (2020), corroboram com os benefícios citados por MACHADO e MENEZES (2020) e ainda citam que dançando é possível reduzir a gordura corporal e conseqüentemente perder peso, melhorar a disposição para as atividades diárias, aumentar a autoestima, aumentar a participação na comunidade e a interação social entre os participantes.

MOSCHEN et al. (2021) usaram a dança do ventre como intervenção em um grupo de 14 mulheres que estavam em tratamento do câncer de mama e realizando hormonioterapia. Após 16 semanas de aulas identificaram que as mulheres tiveram melhora nas dores, diminuíram o uso de medicamentos, apresentaram uma estrutura emocional mais forte e positiva, com aumento da autoestima e sentimento de pertencimento, principalmente por dividir os espaços das aulas com pessoas que estavam passando pela mesma angústia do tratamento do câncer.

FRISON et al. (2014) descrevem a utilização da dança circular como intervenção em um grupo de 35 mulheres que realizaram mastectomia durante o tratamento contra o câncer de mama. Depois de três meses de participação as mulheres relataram um bem-estar psicológico, melhora da autoestima e uma relação mais harmoniosa consigo mesma e com o coletivo, melhorando a qualidade de vida das participantes. Observamos que entre os dois artigos, que tiveram como objeto de

estudo a prática da dança para auxiliar no tratamento das mulheres com o câncer de mama, apresentaram resultados positivos e parecidos.

CAVALCANTE et al. (2018) pesquisaram a qualidade de vida em idosas que praticavam dança recreativa. Através de um questionário, identificaram que as 47 idosas que participavam da dança apresentaram melhora da autoestima e nas relações sociais, com pouco histórico de quedas, aumento de preocupação com a qualidade de vida e de como vão continuar vivendo e morrer.

OLIVEIRA et al. (2020) pesquisaram na literatura os benefícios psicológicos que a dança pode trazer ao público feminino. As mulheres, quando comparadas aos homens, apresentam mais estresse, baixa autoestima e quadros depressivos. Entre os motivos estão as pressões sociais pela responsabilidade no trabalho e em casa e questões fisiológicas como a menopausa e a fertilidade. Ao dançar são liberados neurotransmissores, a endorfina e a serotonina, que provocam uma sensação de bem-estar, e assim aumentam a autoestima, a motivação, melhoram as relações sociais e diminuem estresse e ansiedade. A dança pode ser utilizada como um instrumento profissional para melhorar a qualidade de vida das mulheres e prevenir agravos.

Autores como SANTOS et al. (2018), MACHADO e MENEZES (2020), FRISON et al. (2014) e OLIVEIRA et al. (2020) colocam a dança como ferramenta de promoção da saúde pois através desta atividade é possível transformar a saúde do indivíduo de forma positiva, fortalecendo corpo e mente, fortificando o convívio entre os pares e com o ambiente. Mulheres que dançam melhoram sua qualidade de vida e conquistam saúde física e mental.

Diante do exposto, pode-se assumir o positivo papel dos grupos, e das atividades corporais - especialmente a dança, como dispositivos potentes para a

produção de práticas de promoção da saúde e da saúde da mulher. Contudo, frente à necessidade de se pensar na formação e em práticas profissionais ressignificadas a partir da perspectiva feminista para o enfrentamento da situação de opressão e do histórico de invisibilidade imposta pelo patriarcado, faz-se premente que tais dispositivos passem a incluir aspectos como: a adoção de gênero como categoria analítica fluida e socio historicamente marcada, construção de autoconhecimento, problematização da realidade, incluindo determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, desmedicalização da vida e do sofrimento, e resgate do exercício da autonomia, conforme previsto na Clínica Ampliada e Compartilhada (DIAS et al., 2021).

CAPÍTULO 03 – A PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA PARA A SAÚDE DA MULHER

A proposição de políticas sociais, ações de promoção da saúde e dispositivos grupais mais abrangentes e que, portanto, possam contribuir efetivamente a construção do cuidado à Saúde da Mulher a partir de uma perspectiva feminista requer, decerto, outra prática clínica. Entendendo-se, neste caso, a clínica como relação estabelecida entre profissionais de saúde, de quaisquer áreas ou níveis técnicos de instrução e os usuários (BRASIL, 2007). Portanto, não se restringe à relação médico-paciente, tampouco, ao comportamento intra-consultório. É possível fazer a clínica também nos grupos de educação em saúde, no acolhimento e nas campanhas de vacinação.

E, para o cuidado como iniciativa de reparação de injustiças sociais, e de educação feminista, como sugere ADICHIE (2017), apresentamos como referencial útil o conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada, proposta por CAMPOS (2013). Este conceito está alinhado à teoria Paidéia e ao entendimento da necessidade de integração entre saúde, cultura, interesses, desejos e subjetividades (Campos, 2000).

A teoria Paidéia, em seu enunciado, propõe que se faça clínica, saúde pública e gestão a partir da síntese entre essas múltiplas dimensões, respeitando os saberes técnico e popular, o desejo dos agrupamentos e indagando os objetivos institucionais engessados, sem interromper a produção social de ampliação da capacidade de análise e de intervenção destes mesmos agrupamentos, também denominados de coletivos organizados para a produção da saúde (CAMPOS, 2000).

Seguindo este raciocínio, o autor propõe “colocar a doença entre parênteses”. Refere-se, com isso, à produção de AMARANTE (2008), importante expoente do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Ao retomar a relevância de compreensão do sujeito em suas múltiplas interações, na sociedade, em uma perspectiva libertária emancipatória, CAMPOS (2000) toma como indicativo a necessidade de deslocamento da finalidade do trabalho para os serviços de saúde, que passam, então, da recuperação de aspectos anatomopatológico, para intervenção da saúde voltada para a reprodução social do paciente, colocando-se, assim, a ênfase no Sujeito, e não na doença. Daí a expressão “Clínica do Sujeito” como análoga à Clínica Ampliada e Compartilhada. E, neste processo de “colocar a doença em parênteses”, resgata também a atenção para os aspectos psicossociais e para o convívio da pessoa enferma em sua comunidade, ou contexto concreto, remetendo aos pressupostos de BASAGLIA (1985), a quem presta homenagem.

Avança ao delimitar diferentes semblantes da Clínica, compreendendo que haveria uma determinada gradação, mas sem negar a existência ou a relevância também do que vem a ser a clínica-clínica ou clínica oficial. E que, os semblantes de Clínica Ampliada e Clínica Degradada derivam da sua condição em comparação à Clínica-clínica. A dimensão degradada referindo-se a limites externos, como interesses econômicos, corporativos, desequilíbrios de poder ou políticas deficientes, e que dificultam ou inviabilizam a Clínica Oficial, ou em outras palavras, a Clínica biomédica hegemônica. No eixo oposto, estaria a Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito, que se situa entre o que CAMPOS (2013) chama de ontologia da doença e a fenomenologia do sujeito doente.

Reafirma-se, então, a Clínica Ampliada como dispositivo de problematização e revisão da Clínica Oficial, e passa a incluir como objeto de trabalho não apenas a

doença (mas também ela), o contexto e o próprio sujeito. Como instrumentos de trabalho, passa a valorizar estratégias como a constituição de vínculos e a democratização da tomada de decisão (daí o nome "compartilhada"), via constituição de cultura de comunicação (CAMPOS, 2013).

A Clínica Ampliada e Compartilhada ganha destaque enquanto dispositivo orientador da prática na APS a partir de sua apresentação nas cartilhas Humaniza SUS, do Ministério da Saúde, como parte integrante da Política Nacional de Humanização. O material enfatiza que a Clínica Ampliada e Compartilhada na APS trata consiste no exercício de buscar equilibrar o combate à doença com a produção da vida, num compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular, visando à busca de autonomia para o usuário (BRASIL, 2007).

Dentro deste compromisso firmado dentro desta perspectiva, os profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, recorrendo à articulação intersetorial, e; reconhecer os limites dos conhecimentos e das tecnologias dos profissionais de saúde e buscar outros conhecimentos, no saber popular, e no trabalho em equipes multidisciplinares (BRASIL, 2007).

E, para colocar em prática a Clínica Ampliada e Compartilhada, propõe: exercitar escuta ativa, no sentido de colher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento; desenvolver vínculos de confiança; evitar a estratégia de culpabilização dos pacientes; trabalhar com ofertas e não apenas com restrições, e construir propostas sempre à luz da especificidade de cada sujeito (BRASIL, 2007).

Ao longo da cartilha do Ministério da Saúde que se dedica à Clínica Ampliada e Compartilhada na Atenção Básica, há também recomendações importantes sobre a

construção de espaços e de práticas pautadas na gestão colegiada, dando visibilidade à democratização das relações e aos processos de co-construção de autonomia. Tal alinhamento de ideias sugere uma potente interface entre a Clínica Ampliada e Compartilhada com a Política de Promoção da Saúde, por comungarem do mesmo ideal de construção coletiva e em intensa relação com os territórios. E, no modo como estabelecer as relações com a população, devem trabalhar de modo análogo - menos rígido, apostólico ou impositivo, e investindo mais na constituição de vínculos, na negociação e na singularização a partir da realidade dos sujeitos e sua leitura das necessidades.

Embora o reconhecimento das necessidades de saúde seja aspecto caro para a produção da Clínica Ampliada e para a Promoção da Saúde, CECÍLIO (2009) e PINHEIRO (2009) que analisaram, por diferentes vias, as relações entre demandas, necessidades e ofertas nos serviços de saúde, consideram essencial que se realize a problematização do conceito de necessidades de saúde, como tema estruturante na luta pela integralidade.

CECÍLIO (2009) adota as necessidades de saúde como um analisador a partir do qual os profissionais são capazes de empreender uma escuta mais qualificada dos usuários, que por sua vez constituem o centro das intervenções e práticas de cuidado, individual ou coletivo. O autor reconhece que as necessidades são fruto do processo de construção sócio-histórico e que elas chegam aos profissionais e serviços de saúde travestidos em demandas. Cabendo aos mesmos não só fazer a melhor escuta possível, mas empreender coletivamente um movimento de tradução e decodificação das demandas para necessidades. Este, entretanto, não constitui um movimento simples, e requer das equipes sensibilidade e preparo.

A dificuldade de depuração das necessidades a partir das demandas assenta-se no fato de que, como descreve PINHEIRO (2009), tende a haver no encontro entre os profissionais e os usuários uma convergência simbólica em endereçar demandas inerentes somente ao modelo hegemônico, de atenção medicalizante, individual e biomédica, que é o que historicamente estrutura a oferta dos serviços, retroalimentando o ciclo de produção de demandas deste teor e com pouca abertura para a dimensão social, econômica e cultural que estariam na fonte dos problemas identificados pelos usuários na dimensão individual.

Para a compreensão das necessidades, CECÍLIO (2009) considera útil a taxonomia que as organiza em quatro grandes conjuntos: o primeiro refere-se a boas condições de vida, que podem ser apreendidas tanto em sua dimensão funcionalista, sob aspectos externos, como o ambiente, e que determinam o processo saúde-doença nos moldes do paradigma da história natural da doença, e/ou sob a lógica da teoria marxista, a partir da qual interessa analisar os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no sistema de produção capitalista, o que acarreta em formas de organizar a reprodução social e condições de acesso à moradia, saneamento básico, alimentação adequada e gradientes de autonomia na conformação de hábitos sociais.

O segundo conjunto de necessidades trata das possibilidades de acesso e consumo de toda a tecnologia de saúde (leve, leve-dura e dura) capaz de melhorar e prolongar a vida, e cujo uso e hierarquia seriam estabelecidos conjuntamente por usuários e técnicos.

O terceiro e quarto conjuntos relacionam-se, respectivamente, à construção de vínculos (a)efetivos entre usuários e profissionais, o que extrapola a adscrição a uma equipe de referência, e direciona-se para uma relação contínua, calorosa e acolhedora e à construção de graus crescentes de autonomia no modo de levar vida. Importa,

neste último, destacar que as ações voltadas para educação em saúde devem estar associadas a um processo contínuo - e em múltiplos espaços - de fomento à ressignificação da vida e da luta pela satisfação de suas necessidades (e não somente demandas), da forma mais ampla possível.

O panorama de integração entre esses quatro conjuntos de necessidades de saúde aponta para a construção da integralidade e, sobretudo, demarca sua confluência com a concepção da Clínica e da Promoção da Saúde ampliadas de que estamos tratando ao pensarmos na constituição de uma saúde da mulher abrangente, para a qual espaços como o do grupo de dança nas UBS poderia contribuir.

Quadro 03: Necessidades de saúde e características da clínica ampliada

Necessidades de saúde	Características da clínica ampliada
Boas condições de vida	Não olhar somente para a doença do paciente e entender que se trata de um SUJEITO SINGULAR
Ter acesso e consumir tecnologias de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida	Identificar os LIMITES da equipe
Criar vínculo entre profissional/equipe e o usuário	Assumir a RESPONSABILIDADE sobre o usuário de saúde
Ter grau crescente de autonomia	INTERSETORIALIDADE para atendimento integral do sujeito

Fonte: CECÍLIO (2009) e BRASIL (2007)

Para a promoção da saúde da mulher, na perspectiva feminista apresentada por DIAS et al. (2021), caberia trazer para os conjuntos de necessidades de saúde e

das dimensões a serem incluídas na Clínica Ampliada e Compartilhada, a construção de visibilidade e de desnaturalização para o lugar social da mulher, retomando a dimensão sócio-histórica de caráter patriarcal na produção de profundas assimetrias de poder entre homens e mulheres.

Nesta construção, os profissionais estariam mais atentos e sensíveis para identificar situações de opressão a que estão submetidas as mulheres, compreendendo que por vezes as necessidades de saúde são atravessadas e agravadas pela questão de gênero. As mulheres convivem com maior jornada de trabalho, por incluir os cuidados domésticos e de reprodução humana, com menor remuneração e contando com apoio social mais restrito, dados os julgamentos morais e preconceitos a que estão mais suscetíveis que os homens devido às expectativas sociais e performáticas mais elevadas para a população feminina. Nos casos de mulheres racializadas, periféricas, de povos originários ou indígenas, ou LGBTQIA+ somam-se ainda outras necessidades, dada a maior violência e vulnerabilização que lhes são impostas. Essa realidade precisa ser acolhida nos espaços e práticas da saúde que se pretende integral e da clínica que se presente ampliada.

OBJETIVOS

Geral

- Compreender o sentido atribuído pelas usuárias ao papel do grupo de dança oferecido pela atenção básica no processo de promoção de saúde.

Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico e histórico de saúde das mulheres que participam do grupo;
- Conhecer valores, conquistas e dificuldades das participantes, dentro da sua trajetória de vida;
- Conhecer a relevância da sua participação no grupo de dança.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e coleta de dados

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa em duas fases sequenciais.

A primeira etapa da pesquisa contemplou um estudo descritivo, no formato de um inquérito, para caracterizar o perfil das participantes do grupo de dança. Foi aplicado um questionário estruturado com questões objetivas de múltipla escolha e uma questão aberta (Apêndice 1) a todas as participantes com mais de 18 anos. O critério de inclusão foi estar frequentando o grupo de dança até a data do início da coleta (novembro 2022). Desta maneira, o tempo de participação nas atividades de dança não foi um requisito para a exclusão.

O questionário foi preenchido durante as aulas e algumas pessoas optaram por levar o documento para casa e devolver na semana seguinte. Para responder o questionário foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi oferecida ajuda para compreensão do texto das questões para as participantes que manifestaram interesse por este tipo de apoio. Este processo durou mais de sessenta dias porque o grupo entrou no período de férias e a igreja, espaço onde o grupo realiza suas atividades, iniciou as comemorações natalinas e não pôde ser utilizada. Ao final, 29 participantes responderam à pesquisa.

O questionário fechado é citado por ZAMBELLO (2018) como um instrumento prático para a coleta de dados que pode ser respondido pelo próprio entrevistado sem a presença do entrevistador. Por meio do questionário aplicado aos participantes do

grupo de dança, foi possível caracterizar o perfil socioeconômico, conhecer o histórico de saúde, o tempo de participação no grupo, como foram convidadas para a dança e as atividades preferidas oferecidas pelo grupo. No final do questionário foi inserida uma questão aberta para os entrevistados avaliarem o grupo.

O objetivo da segunda parte desta pesquisa foi de conhecer a trajetória de vida das participantes com mais detalhes, suas percepções sobre saúde e os sentidos atribuídos às atividades realizadas no grupo de dança, foram realizadas entrevistas com perguntas baseadas em um roteiro semi-estruturado (Apêndice 2). A técnica da entrevista semi-estruturada mostrou-se adequada ao desenho do presente estudo por ser considerada o tipo de entrevista que permite o entrevistado falar livremente sobre um tema, bem o pesquisador captar reflexões mais profundas (MINAYO, 2014).

Nesta fase, sete mulheres foram excluídas para participar da entrevista. Cinco ACS participam do grupo na condição de representantes da equipe, para dar suporte, e responderam ao questionário, mas para evitar possíveis constrangimentos (já que a pesquisadora trabalha na mesma UBS, em cargo de gerência) foram excluídas da participação na entrevista, que seria um momento maior aprofundamento em aspectos da trajetória de vida, e poderia fazer com que elas se sentissem expostas perante sua chefia. Do mesmo modo, considerou-se que elas poderiam se sentir desconfortáveis em fazer críticas mais duras ao papel do grupo, também para não desagradar à pesquisadora/gerente.

Outra participante, que não era ACS, assinou o formulário de forma ilegível, e assim não foi possível encontrá-la. E, ainda, uma participante foi desconsiderada porque a irmã, que mora na mesma casa, também respondeu ao questionário, e na segunda rodada de aplicação de critérios de seleção, apenas uma delas atendia ao maior número dos novos critérios.

Considerando as 22 pessoas elegíveis à entrevista, foi aplicado o critério de vulnerabilidade para a escolha das participantes para a entrevista, em adição a critérios qualitativos pertinentes ao objetivo da pesquisa.

Para o critério de vulnerabilidade, foram consideradas as questões de raça/cor primeiramente, depois renda familiar até 01 salário, se recebiam algum benefício e por último, baixa escolaridade. O quadro na próxima página demonstra a seleção das participantes para a entrevista.

Quadro 04: Seleção para a entrevista semi-estruturada

Nº	Cor preta?	Renda até 1 salário?	Recebe benefício?	Baixa escolaridade	Elegível para a entrevista? Ordem de elegibilidade
27	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Não - assinatura ilegível
10	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Não - colaboradora da UBS
1	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Não - colaboradora da UBS
12	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Não - colaboradora da UBS
13	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Não - colaboradora da UBS
14	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Não - colaboradora da UBS
7	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Não - irmã participou
8	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM - 01º
15	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM - 02º
20	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM - 03º
5	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM - 04º
21	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM - 05º
9	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM - 06º
18	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM - 07º
6	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM - 08º
16	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM - 09º
2	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM - 10º
11	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM - 11º
3	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM - 12º
22	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM - 13º
4	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 14º
17	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 15º
19	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 16º
23	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 17º
24	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 18º
25	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 19º
26	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 20º
28	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 21º
29	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM - 22º

Fonte: produção da autora

A classificação (ranqueamento) das participantes consideradas elegíveis a partir do critério de vulnerabilidade ocorreu mediante análise qualitativa das respostas às duas últimas perguntas do roteiro dos questionários, que se referiam à avaliação

(percepção sobre o grupo). Priorizamos (classificamos nas primeiras colocações - que se encontram descritas na 5a. coluna da tabela acima) as participantes que mais indicaram ter críticas e sugestões a fazer sobre o grupo de dança, pois consideramos que essas contribuições seriam valiosas de se aprofundar, para gerar elementos de qualificação do Cumbica Dance. Deste modo, realizou-se a nossa amostragem intencional, por conveniência.

As participantes selecionadas foram convidadas, seguindo a ordem da classificação apresentada, através de um aplicativo de mensagens para uma conversa privada e presencial. No total, oito pessoas foram convidadas, mas duas pessoas desistiram de participar por motivos pessoais. Foram então agendadas as entrevistas com seis mulheres. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não se teve pretensão de abarcar um grande plano amostral, mas sim a quantidade suficiente para abranger a diversidade dos sujeitos.

Tendo em vista que a pesquisadora responsável estava diretamente envolvida com o grupo de dança, optou-se que as entrevistas fossem conduzidas por uma entrevistadora convidada que tivesse experiência nesta abordagem.

Quinze dias antes de realizar as entrevistas, a pesquisadora convidada conheceu o objeto de pesquisa e tirou todas as suas dúvidas sobre a pesquisa com a responsável. Foi agendada uma entrevista teste com uma das participantes do grupo por ligação de vídeo e este áudio foi gravado. Após análise do áudio e considerando algumas dificuldades apresentadas, o roteiro de entrevista foi ajustado. Cabe frisar que esta entrevista foi descartada.

As entrevistas foram realizadas no período da manhã nos dias 11 e 12 de abril de 2023. Foram agendadas de forma que as participantes não se encontrassem. Uma das salas da igreja em que a aula de dança é realizada foi o local escolhido pelas

participantes por se sentirem mais confortáveis. Antes de iniciar a entrevista, foi assinado um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas em áudio. Em média, cada entrevista teve 41 minutos de duração.

Técnicas de análise dos dados

Após a coleta dos questionários fechados, os dados foram tabulados e, em seguida, realizado uma análise descritiva das frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram construídas quatro tabelas e um quadro para fazer a descrição das respostas obtidas através deste instrumento de coleta de dados.

As entrevistas foram transcritas integralmente, mantendo os vícios de linguagem, sem realizar correções ortográficas. A técnica escolhida para análise deste material foi a análise de conteúdo. Essa técnica é utilizada para análise de dados qualitativos, no qual busca ampliar a compreensão de contextos culturais, fazer descobertas e encontrar uma relação entre hipóteses e o objetivo traçado. MINAYO (2014) cita a definição de análise de conteúdo elaborada por Bardin:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Entre as modalidades da análise de conteúdo, a mais utilizada para as pesquisas qualitativas em saúde é a análise temática. Tal como o especificado pelo método (MINAYO, 2014), a análise das entrevistas seguiu as três etapas: pré-análise,

exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na etapa de pré-análise, foi realizada leitura flutuante para entrar em contato com todo material de forma mais profunda, que iniciou a seleção do seu corpus de pesquisa, ou seja, verificou-se que com o material coletado seria possível alcançar o objetivo proposto pela pesquisa. Na etapa de exploração do material, buscou-se identificar as categorias que emergiram das entrevistas frente aos objetivos. Inicialmente foram identificadas 16 categorias, como é possível verificar no Quadro 5.

Quadro 5: Categorias iniciais

Categorias iniciais
Identidade
Trajetória de vida
Sufrimento
Papel do feminino
Preconceito
Conceito de felicidade
Autocuidado
Conceito de saúde
Relação com a AB
Entrada no grupo
Importância do grupo
Pontos negativos
Pontos positivos
Participação em outros grupos
Necessidade das mulheres
Extra

Fonte: produção da autora

Após uma releitura do material, as categorias foram reagrupadas em quatro macro categorias, contendo catorze subcategorias, que estão organizadas no quadro 06.

Quadro 6: Categorias e subcategorias para análise

Macro categorias	Subcategorias
Identidade	Autoimagem
Trajetória de vida	Relatos comuns Vulnerabilidade social Traumas Papel do feminino Conceito de felicidade Autocuidado
Relação com a AB	Dificuldade encontradas na AB Participação em outras atividades coletivas Conceito de saúde
Grupo de dança	Entrada no grupo Importância do grupo Pontos negativos do grupo Necessidades das participantes

Fonte: produção da autora

Por fim, na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados foram analisados em discussão com as literaturas sobre promoção à saúde, saúde da mulher, atenção básica e clínica ampliada.

A seção resultados e discussão deste trabalho foi estruturada em cinco partes que abarcam todas as categorias e subcategorias do quadro 4: perfil das entrevistadas, trajetória de vida, a relação com a saúde e os serviços de saúde, o papel do grupo de dança e clínica ampliada e promoção da saúde da mulher. Para manter o sigilo, as seis participantes foram nomeadas de forma aleatória como entrevistada 01, entrevistada 02, entrevistada 03, entrevistada 04, entrevistada 05 e entrevistada 06.

Aspectos éticos

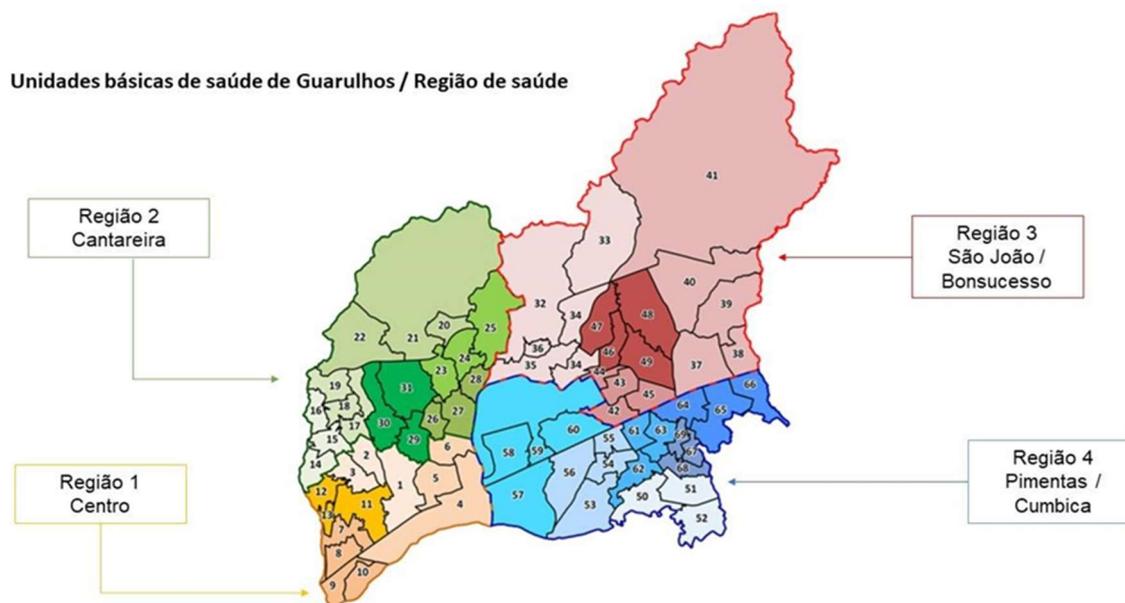
Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde CEPIS - SP, através do parecer 5.752.044 de 10 de novembro de 2022. Recorremos à resolução 510/2016 do conselho nacional de saúde que determina diretrizes éticas específicas para as pesquisas de ciências humanas e sociais. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responder o questionário e para participar da entrevista.

Local do estudo

A cidade de Guarulhos está localizada na região metropolitana de São Paulo e conta com a segunda maior população do Estado, cerca de 1.291.771 habitantes segundo estimativa do IBGE (2022), menor apenas que a população da capital São Paulo. Está estrategicamente localizada entre duas rodovias nacionais, Presidente Dutra e Fernão Dias, além de possuir o maior aeroporto internacional da América do Sul, o Aeroporto Internacional de Guarulhos - Governador André Franco Montoro. Nos últimos cinquenta anos a população da cidade cresceu consideravelmente sem grandes preocupações com a urbanização, infraestrutura e serviços públicos. Para atender as demandas de saúde deste grande município, o território foi dividido em quatro regiões de saúde: Região 1 – Centro; Região 2 – Cantareira; Região 3 – São João / Bonsucesso; Região 4 – Pimentas / Cumbica. Cada região possui características distintas e no total são 69 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas pelo município, sendo que 48 unidades contam com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e muitas com atendimento das equipes NASF (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2017). A figura 02, representa a

divisão do município e a área adscrita de cada unidade básica de saúde por região de saúde:

Figura 02: Território das UBS de Guarulhos / Região de saúde

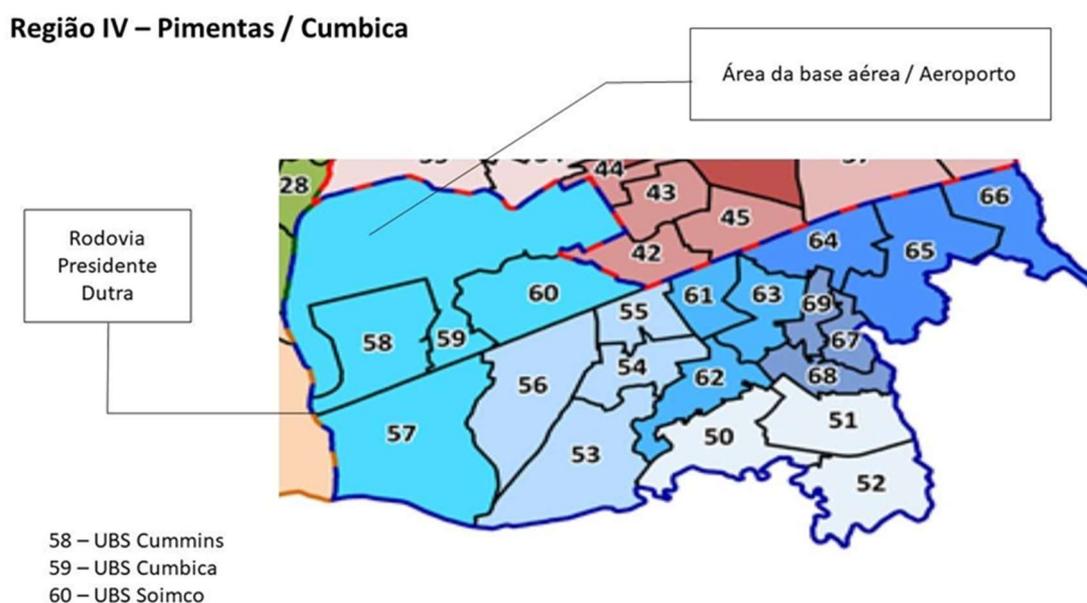


Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS (2023)

A equipe NASF Cumbica apoia três unidades de Estratégia de Saúde da família: UBS Cummins, UBS Cumbica e a UBS Soimco, ambas localizadas na região 4 – Pimentas/Cumbica, contando com aproximadamente 40.000 mil pacientes cadastrados. Além das 03 unidades de saúde, a região possui muitas empresas, comércio local, algumas agências bancárias e poucas opções de lazer para a população. É uma área com uma grande densidade populacional, com muitas casas construídas em área de ocupação e com condições precárias de moradia, o que demanda questões sociais devido a fragilidade e vulnerabilidade dos moradores, principalmente questões de insegurança alimentar, drogadição, uso abusivo de álcool e violência (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2017). É importante

destacar que na área adscrita da UBS Cumbica está inserida a região do aeroporto e da base aérea, o que demanda atendimento de saúde e campanhas de prevenção. Na figura abaixo, é possível visualizar a localização deste território.

Figura 03: Região IV - Pimentas / Cumbica



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS (2023)

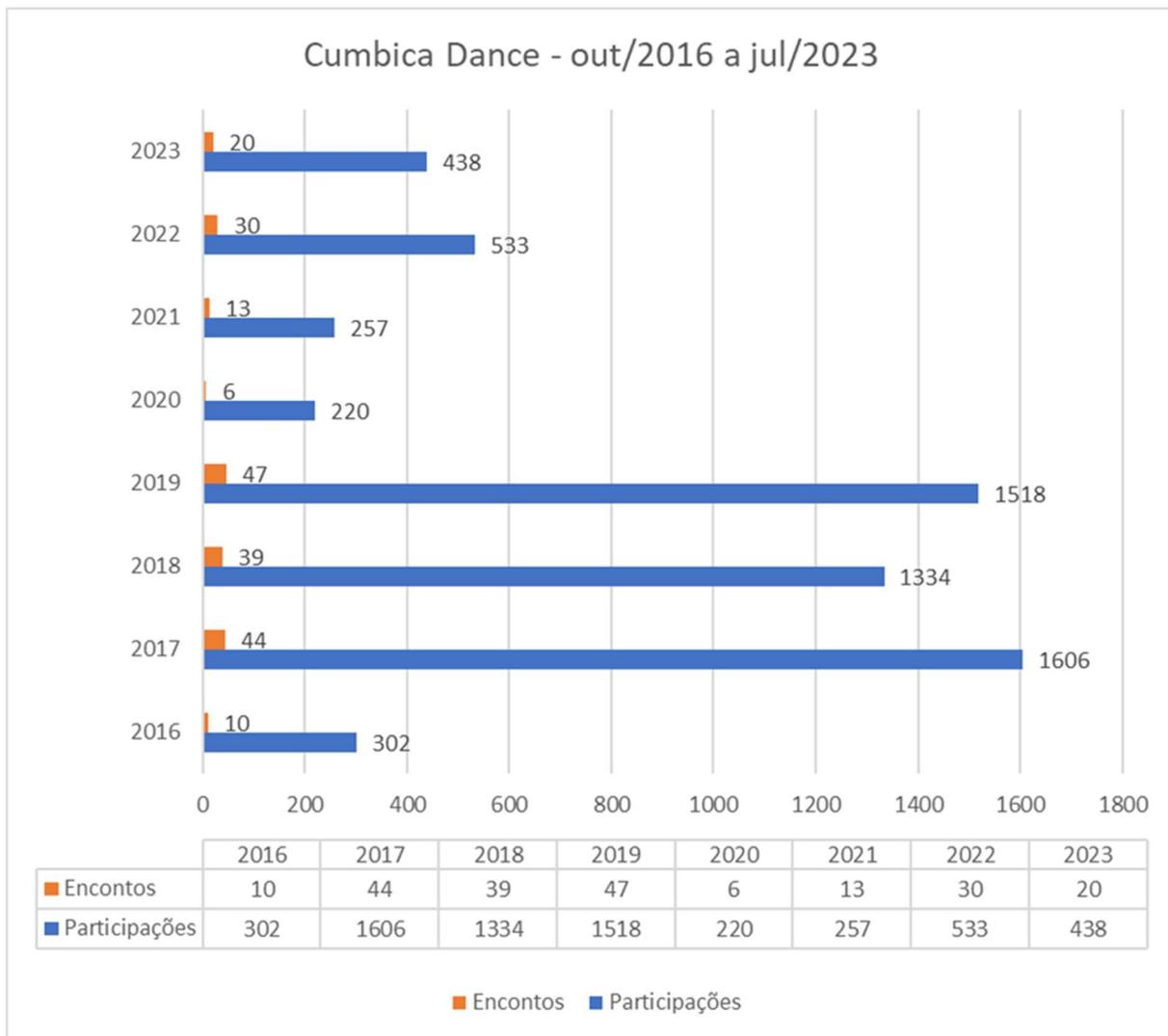
Em 2014 a nutricionista da equipe NASF Cumbica iniciou um grupo de dança para os pacientes do território das três unidades de saúde com a proposta de estimular a prática de atividade física e atender às diversas demandas de saúde. Semanalmente, os encontros de sessenta minutos eram realizados no salão de festas da igreja católica que cedia o espaço para atender a comunidade. Era utilizado um aparelho de som, um pen drive com as músicas selecionadas para aula e um livro para registrar a atividade coletiva.

Em 2016 uma das enfermeiras da UBS Cumbica começou a auxiliar nas atividades e a conduzir o grupo de dança com a nutricionista da equipe NASF. Juntas

fortaleceram o grupo, aumentaram o número de participantes e transformaram o grupo de dança em um espaço de saúde, com atividades educativas, passeios, ações de saúde e atividade física. Assim nasceu o grupo de dança **Cumbica Dance**, um grupo de promoção da saúde, que em sete anos, recebeu mais de cinco mil participações em 209 encontros, mesmo suspendendo as atividades por mais de 01 ano, devido a pandemia da Covid-19 entre março de 2020 até outubro de 2021. Durante este período de recesso do grupo, as participantes trocaram mensagens diariamente através de um grupo em um aplicativo de mensagens, buscando apoio e conforto durante o isolamento social. Este grupo também foi utilizado como uma ferramenta de orientação pelas coordenadoras do grupo de dança, buscando evitar a disseminação de fake news e transmitir informações fidedignas durante a pandemia. Mesmo distantes, fizeram ações para ajudar pessoas que precisavam de apoio com doação de alimentos, roupas, móveis e dinheiro. Após a pandemia da Covid-19, a média de participações diminuiu, o que podemos observar na tabela 01. Essa queda foi detectada pelas coordenadoras do grupo e existem algumas ações sendo realizadas para captar novos participantes e estimular a volta dos desistentes como a melhor divulgação do grupo e o convite realizado por todos os profissionais da UBS.

As participantes deste grupo são objeto de estudo desta pesquisa.

Tabela 01: Relação de encontros e número de participantes do Cumbica Dance de outubro de 2016 até julho de 2023.



Fonte: Ficha de atividade coletiva do e-SUS AB

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A. Perfil das entrevistadas

A análise dos 29 questionários respondidos pelas usuárias participantes do grupo de dança Cumbica Dance, no período de novembro de 2022 a fevereiro de 2023, permitiu conhecer o perfil das entrevistadas.

Entre as participantes foi encontrada uma média de idade de 50,96 anos, sendo que a mulher mais nova estava com 27 anos e a mulher mais velha com 82 anos. Juntas, mulheres pardas e negras (autodeclaradas) formaram a maioria das integrantes do grupo, cerca de 60,71%. No total são 15 mulheres que se declararam pardas, 11 mulheres se declararam brancas e 03 mulheres se declararam pretas. Nenhuma das participantes selecionou a opção amarelo, indígena ou não quis responder a pergunta sobre raça/cor.

Nenhuma entrevistada selecionou a opção não sei ler e escrever. Então todas as mulheres possuem algum nível de escolarização. Na tabela 02, podemos observar as a distribuição das respostas para o item escolaridade, agrupadas segundo raça/cor:

Tabela 02: Distribuição de frequências de escolaridade segundo raça/cor.

Escolaridade	Branca	%	Parda	%	Preta	%
Não sei ler e escrever	0	0%	0	0%	0	0%
Estudei até a 4ª série	3	27,27%	3	20%	1	33,33%
Estudei até a 9ª série	1	9,09%	1	6,66%	0	0%
Estudei até o ensino médio	2	18,18%	2	13,33%	1	33,33%
Conclui o ensino médio	5	45,45%	5	33,33%	1	33,33%
Cursei o ensino superior	0	0%	4	26,66%	0	0%
Não quero responder	0	0%	0	0%	0	0%
Total geral	11	100%	15	100%	3	100%

Fonte: dados dos questionários aplicados nesta pesquisa

Os dados evidenciam que quase a metade das entrevistadas, cerca de 48,2%, não concluíram o ensino médio. Sete pessoas (24,1%) não chegaram a concluir a 4ª série, sendo que destas mais da metade se declaram pardas ou negras. Onze mulheres concluíram o ensino médio, sendo que quatro delas cursaram ensino superior após o ensino médio. Aquelas que suspenderam os estudos após concluir o ensino médio correspondem a 37,9% de todas as entrevistadas. Destas, 45% são brancas, 33,3% são pardas e 9% são negras. Das 13,7% que concluíram ou iniciaram um curso de graduação após o ensino médio, todas se declararam pardas. O acesso à escolaridade, para o grupo analisado, a partir da distribuição encontrada, não parece forte ligação com a variável raça/cor e talvez possa ter sido mais influenciado pela questão etária.

Sete mulheres, cerca de 24,13%, estão no mercado de trabalho, e, 22 mulheres não trabalham fora de casa. Considerando que cinco são colaboradoras da unidade básica de saúde, somente duas participantes exercem alguma atividade remunerada. Cabe destacar que as aulas de dança são realizadas no período da manhã às sextas-

feiras, dentro do horário comercial, o que pode ser um limitador para a participação de mulheres que exerçam alguma atividade remunerada. Neste grupo, cinco recebem algum benefício do governo: três estão aposentadas, uma recebe o bolsa família e outra recebe um auxílio na conta de luz. Observou-se que três mulheres possuem idade superior a 60 anos e não recebem aposentadoria. Entre as mulheres que trabalham fora de casa, seis se declararam pardas e uma branca. Nota-se que seis, das sete mulheres que estão exercendo atividade remunerada possuem um bom nível de escolaridade, três concluíram o ensino médio e três concluíram ou iniciaram um curso de nível superior.

A renda familiar entre 1 a 5 salários foi a resposta de 18 participantes (66,66%), compondo a maioria. Nove pessoas responderam que a sua renda familiar é de até 01 salário-mínimo, ou seja, 33,33% das participantes do grupo vivem com um salário familiar de R\$1.320,00 ou menos todos os meses. Entre as respostas oferecidas, nenhuma participante do grupo possui uma renda familiar maior de 05 salários-mínimos. Na tabela 03, foi relacionado as categorias raça/cor com a renda mensal familiar. Observa-se que mais da metade das mulheres que se declararam pretas vivem com uma renda familiar de até um salário-mínimo. O percentual de mulheres pardas que têm renda familiar de 01 a 05 salários-mínimos é maior quando comparado às mulheres brancas e pretas. Mas devemos destacar que duas mulheres que se declararam brancas não responderam à pergunta da renda familiar, e a falta de 02 respostas no item renda mensal familiar inviabiliza uma melhor análise destes dados.

Tabela 03: Relação das categorias raça/cor e renda mensal familiar

Renda mensal familiar	Branca	%	Parda	%	Preta	%
Até 01 salário-mínimo	2	18,18%	5	33,33%	2	66,66%
1 a 5 salários-mínimos	7	63,63%	10	66,66%	1	33,33%
Mais de 5 salários-mínimos	0	0%	0	0%	0	0%
Não respondeu	2	18,18%	0	0%	0	0%
Total geral	11	100%	15	100%	3	100%

Fonte: dados dos questionários aplicados nesta pesquisa

A análise do perfil socioeconômico, considerando em especial as questões de faixa etária, raça/cor, renda e inserção no mercado de trabalho nos leva à compreensão de que, dentro da interseccionalidade de aspectos de vulnerabilização social, o maior peso estaria, aparentemente, na questão econômica, por se tratar de uma população de baixa renda econômica. Também sinaliza, essa análise descritiva inicial, a possibilidade de dependência financeira para aquelas participantes que não estão inseridas no mercado de trabalho e, ainda, pode-se pensar na questão do ciclo de vida familiar, que, nos parâmetros de CARTER e MCGOLDRICK (1995) situaria mais da metade das entrevistadas no ciclo do ninho vazio, demandando a assunção de outros papéis e, para algumas, o da família em estágio tardio de vida, com preparação para a velhice.

Sobre a condição de saúde, dentre as 29 mulheres, 13 delas (44,82%) responderam que tratam algum tipo de doença: ansiedade, depressão, hipertensão, diabetes, doenças da tireoide, enxaqueca, cardíaca e musculoesqueléticas. Isto significa que mais da metade das usuárias não frequentam em decorrência de alguma doença prévia, mas sim em busca da promoção de sua saúde.

O grupo acontece na área de abrangência da UBS Cumbica e 19 mulheres referem realizar seu acompanhamento de saúde nesta UBS. Apenas 07 pacientes acompanham nas UBS vizinhas (03 pessoas na UBS Soimco e 04 pessoas na UBS Cummins), que também são áreas de abrangência da equipe NASF Cumbica. Uma referiu passar na UBS Cumbica e na UBS Cummins. Provavelmente porque a equipe NASF Cumbica faz a maioria dos seus grupos e atendimentos na UBS Cummins por questão da disponibilidade de salas. O atendimento de saúde pelo convênio foi citado apenas por duas pacientes, o que mostra que a grande maioria das pessoas que participam do grupo são SUS dependentes, cerca de 93,10% das entrevistadas.

Procuramos identificar no questionário quem fez o convite inicial para participar do grupo de dança. Entre as diversas respostas, identificamos distribuição similar entre os convites feitos por amigos e aqueles feitos pelos profissionais de saúde. Cerca de 44,82% dos convites para participar do grupo partiu de alguém conhecido que já participava do grupo e 12 pessoas (41,37%) foram convidadas por um profissional de saúde. Os profissionais citados que fizeram o convite para participar do grupo de dança foram o enfermeiro, o agente comunitário de saúde, o médico e o nutricionista. O profissional enfermeiro foi quem apareceu como o profissional que mais fez o convite. Na tabela 04, está relacionado todos os sujeitos que fizeram o convite para as mulheres participarem do grupo de dança. Cabe mencionar que o grupo é liderado por uma profissional da enfermagem, o que pode ter influenciado nesses dados.

Tabela 04: Distribuição sobre a origem do convite para participar do grupo de dança

Quem fez o convite para participar no grupo?	Total	%
Amigo	13	44,82%
Enfermeiro	8	27,58%
Familiar	2	6,89%
Agente comunitário de saúde	2	6,89%
Médico	1	3,44%
Nutricionista	1	3,44%
A mesma	1	3,44%
Frequenta o local onde acontece a dança	1	3,44%
Total geral	29	100%

Fonte: dados dos questionários aplicados nesta pesquisa

Ao identificar que as participantes do grupo compõem parte significativa do número de convites para novas pessoas, fica sugerida a avaliação positiva que as mesmas fazem do grupo. E, em contrapartida, a menor frequência de convites feita por profissionais de saúde sugere que eles devem ser orientados a estimular os usuários, já que este é um grupo oferecido pela atenção básica para a promoção da saúde no território de três unidades de saúde. Tem-se aqui como hipótese que provavelmente os profissionais de saúde não devam conhecer o seu território de trabalho e as atividades que são oferecidas em sua unidade, visto que no período da aplicação do questionário novas contratações de profissionais foram realizadas e novos residentes iniciaram o programa multiprofissional. Tal dado de pesquisa levanta uma possível fragilidade no processo de trabalho dos profissionais, uma vez que isto deve ser abordado em reuniões técnicas e de roda, buscando aumentar o vínculo da população com as atividades oferecidas pelo posto de saúde e no território.

Quando foi perguntado o motivo do convite, na opinião da participante, a maioria respondeu atividade física, seguido de saúde mental, complementar o

tratamento de saúde, lazer, caminhada, se desligar de todos os problemas e dançar e por gostar muito.

Na tabela 05 foi listado o tempo de participação nas atividades do grupo de dança e podemos observar que a grande maioria, mais de 70% das mulheres participam do grupo de dança há mais de 03 anos, mostrando o vínculo e a longitudinalidade que este trabalho tem com as participantes. E, por se tratar de um grupo do tipo aberto (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997), também existem novas frequentadoras do grupo de dança, com fluxo permanente de entrada de participantes.

Tabela 05: Tempo de participação no grupo

Tempo de participação no grupo	Total	%
Mais de 03 anos	21	72,41%
Até 01 ano	1	3,44%
Até 06 meses	2	6,89%
Menos de 03 meses	5	17,24%
Total geral	29	100%

Fonte: dados dos questionários aplicados nesta pesquisa

B. Trajetória de vida

A análise a seguir emerge dos dados acerca das experiências vividas pelas seis entrevistadas que participaram da entrevista semi-estruturada. Foram agrupadas experiências positivas e dificuldades que tiveram durante a sua trajetória de vida; também estão presentes aspectos relacionados a valores, crenças, conquistas e frustrações.

Observou-se que as entrevistadas possuem trajetória de vidas com traços em comum. Cinco das seis mulheres entrevistadas não nasceram na cidade de Guarulhos

- SP, são emigrantes. Duas vieram para a cidade quando pequenas e as outras três depois de se casarem. Este perfil migratório é característico dos moradores da cidade de Guarulhos, que na década de 40 expandiu de forma desordenada, principalmente pela proximidade da capital São Paulo (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, 2017).

Cinco das seis mulheres relataram terem filhos e quatro já possuem netos. Apenas uma delas mora sozinha, enquanto as outras convivem com os familiares na mesma casa. A dinâmica relatada pelas entrevistas e que se reproduz na convivência familiar aqui descrita coincide apontam também para os desafios psíquicos inerentes ao que CARTER e MCGOLDRICK (1995) denominam de ciclo do ninho vazio e ciclo tardio. Esses ciclos se iniciam com o lançamento dos filhos para a vida adulta e demanda o desenvolvimento de novos papéis interfamiliares, que podem se configurar pelo retorno à vida marital ou à criação de netos, e na sequência, a aceitação das marcas geracionais e das debilidades físicas advindas com o envelhecimento metabólico. E, embora pareçam aquisições objetivas, essas demandadas pelos ciclos familiares, tais mudanças não são fáceis e podem gerar intenso sofrimento psicológico, sobretudo quando somadas a outras vulnerabilidades, tais como a socioeconômica, que fica sugerida pela vinculação entre a emigração em busca de melhores condições financeiras e de trabalho. Tais desafios são reproduzidos ao longo de todo o trecho da entrevista dedicado à trajetória de vida e construção da autoimagem.

Foi solicitado que falassem como se veem, como se percebem através das suas características mais marcantes. Entre as diversas autopercepções, muitos sentimentos foram revelados e até descobrimos que alguns são ocultados. No geral, encontraram um pouco de dificuldade para falar de si. No início as respostas foram

mais gerais como idade, cidade que nasceu e a constituição familiar. Mas depois conseguiram falar de alguns sentimentos e descrever algumas características pessoais. Nesta fase, já foi possível notar indícios de autodepreciação e de marcas no desenvolvimento psíquico, produzidas, possivelmente, por traumas e cenas opressão, como podemos observar nas falas abaixo:

“... eu guardo dentro de mim, sabe, eu quero tirar o que aconteceu dentro de mim, mas eu não consigo tirar, né o passado” (entrevistada 01).

“Eu sou uma pessoa muito emotiva. Ai eu, não sou de brigas, mas eu fico muito sentida quando alguém fala alguma coisa que me atinge, então eu fico com aquele sentimento e é difícil de sair” (entrevistada 04).

“Porque eu não andava, eu andava assim de joelho, eu andava assim de joelho quando era pequena. Já precisei de um, de um auxílio aqui da fraldinha, para, para ver se ficava em pé. Só para você ter uma ideia, comecei a andar com quase 6 anos de idade. E falei com 13. Não, não conheço meu pai de sangue, mas eu tive meu pai de criação. Me criou até os 14 anos. ... foi o que eu chamei de pai. Hoje não está mais aqui” (entrevistada 04).

“... ele [filho] faleceu com 19 anos. E foi assim de repente. Então foi um susto assim muito grande. ... ele era um menino muito querido, muito bom, nunca me deu trabalho, trabalhava, estudava. Nunca me deu trabalho, nem pra mim, nem pro pai dele... Então essa fase foi muito

dolorida, fiquei 3 anos, se você falasse, eu escutasse, não precisava nem chegar pra mim e falar, [nome do filho], nossa já começava a chorar” (entrevistada 04).

A entrevistada 02, em contrapartida, como forma de compensação, revelou que se mantém positiva, não demonstra fraquezas ou dificuldade e procura ocultar sentimentos negativos. O mesmo percebemos no relato da entrevistada 04, que se permanecia “bonita” para manter uma postura ao lado do companheiro:

“Sorrindo o tempo todo, nunca tá triste, mesmo se tiver triste guarda pra si né. Procura passar alegria para as pessoas né.” (entrevistada 02).

“Que eu já tive momentos na minha vida que eu, que meu marido era militar, eu tinha que ter uma postura também de militar. ... tinha que estar bonita por fora, mas por dentro, tinha dia que dava uma vontade de chorar. Aí no outro dia eu falava hoje eu vou chorar, trancava a porta, pegava uma toalha, chorava, chorava, chorava. Ia no banheiro lavava o rosto, enxugava, passava um lapisinho aqui, ia cuidar da minha vida (entrevistada 04).

O esforço para corresponder às expectativas externas e o temor da não aceitação, como o relatado nos trechos acima, tende a gerar sofrimento psíquicos entre as mulheres, e originam-se a partir da perspectiva machista patriarcal que sustenta historicamente a formação da sociedade brasileira (DIAS et al., 2021).

ZANELLO (2016) aponta que há séculos as mulheres estão sujeitas às demandas da sociedade que envolvem os mitos do amor romântico e da maternidade, os quais a autora denomina, respectivamente, como dispositivo amoroso e o dispositivo materno. Segundo essa construção social para a imposição de padrões e papéis, é difundida a ideia de que, somente mediante o amor (dispositivo amoroso) a mulher encontra satisfação, e que sua plenitude assenta no casamento. Cabe destacar que o acionamento do dispositivo amoroso depende da escolha de um homem. Recai sobre os homens (grupo dominante na estrutura patriarcal) a função de escolher uma mulher. Nesse sentido, a satisfação e plenitude de uma mulher passa a depender de um homem. E, além disso, é ele que tece os critérios para a escolha, os quais, em nossa sociedade de objetificação feminina, tendem a se concentrar em atributos estéticos, como “a mais bonita”, “a mais jovem”. Esse dispositivo, além de situar as mulheres na condição de passividade e dependência dos homens para a “felicidade”, também tende a fomentar relações de rivalidade entre as mulheres, a busca do corpo perfeito e a necessidade de um comportamento ideal; segundo o dispositivo amoroso, justificam-se sacrifícios e dedicação ao parceiro, sempre priorizando ao outro em vez de si mesma. Os mesmos sacrifícios e despedimentos prol ao próximo instalam-se também na dinâmica do dispositivo materno, segundo o qual as mulheres são cuidadoras natas, dependem de um outro para encontrarem a “plenitude” e estende-se para a ideia de que devem estar disponíveis para o papel de cuidadoras mesmo que não tenham filhos, de modo a naturalizar também os cuidados domésticos como responsabilidade das mulheres. Assim, justificam-se os recorrentes relatos das participantes que transitam pelos temas do casamento, maternidade e autoanulação em benefício das necessidades de terceiros.

Não por acaso, PINHEIRO et al. (2022) em seu artigo citam que as mulheres são as que mais possuem transtornos mentais comuns e os serviços de saúde mantêm uma alta prevalência de prescrição de medicações como antidepressivos e ansiolíticos, por longos períodos e sem acompanhamentos. A maioria são de cor pardas e negras, com baixa renda e escolaridade, o que se assemelha ao perfil majoritário encontrado no presente estudo.

PINHEIRO et al. (2022) também apontam que a prática clínica direcionada às mulheres, dentro da perspectiva feminista, deve dar visibilidade às dores invisíveis, as dores que normalmente não são citadas nos prontuários. Identificam como dores invisíveis a abdicação de uma posição no mercado de trabalho para cuidar dos filhos, o papel de cuidadora da família que gera cansaço físico, mental, sobrecarga, dependência financeira e muitas renúncias. Também mencionam como dores invisíveis o controle da sua sexualidade, da sua aparência e de suas escolhas pela família, parceiro e a igreja. A dependência amorosa também foi citada, dentro de relações adoecedoras.

Em algumas falas encontramos exemplo de mulheres que abdicaram do trabalho para se dedicarem a família como mãe e cuidadoras:

“... trabalhei acho que uns 3 meses, assim de limpeza, depois não trabalhei para tomar conta dos filhos né” (entrevistada 06).

“Família doente, eu tinha que criar, eu não trabalhava. Ah, o meu estudo escolar é até a quarta série e só. Eu quis trabalhar, não consegui, eu quis tirar carta, não consegui. Acho que de tudo eu tentei, não consegui porque era foco da minha família. Eu tinha que cuidar. E com isso, eu

me privei das coisas que eu queria. Que eu queria ter um trabalho, eu queria ter me formado em alguma coisa. Eu queria ser independente, eu não fui. Eu sempre fui dependente do meu marido, então para mim isso me magoou muito ...” (entrevistada 04).

Mas, mesmo diante das adversidades, falas altruístas e depoimentos de participação em ações solidárias com ajuda ao próximo, foram encontradas na fala de três entrevistadas. Disseram sentir prazer em ajudar o outro, em fazer o bem. A negação de sua dor e de seus incômodos confluem para o mito de abnegação materna - a generosidade feminina de “padecer no paraíso”, que também é fomentada na estrutura societária machista e patriarcal (Dias et al., 2021). Nos depoimentos abaixo encontramos esta atitude:

“Eu não consigo ver uma pessoa precisando de mim, de ajuda, mesmo que eu não conheça, para mim não ir lá e não dar a minha contribuição. Ao mesmo tempo que eu estou ajudando essa pessoa eu estou me ajudando. Eu estou me sentindo bem” (entrevistada 05).

“... eu gosto de ajudar as pessoas, fazer o bem, isso me dá alegria, mesmo que a pessoa não faça o bem para mim. ... eu me sinto útil, me sinto muito bem” (entrevistada 01).

“Eu ajudo as pessoas. Fiquei 4 anos levando sopa no centro de São Paulo para as pessoas. Até hoje eu arrecado roupa para dar as pessoas

né. E, e procuro ajudar as pessoas, porque eu acho que isso me faz muito bem para mim” (entrevistada 04).

Apesar de ajudar e colaborar com a vida de outras pessoas, os dados da pesquisa demonstram que as entrevistadas enfrentaram dificuldades na vida. Condições adversas que aumentam a exposição ao risco para si e para as suas famílias, caracterizando um cenário de vulnerabilidade. A vulnerabilidade social é definida por múltiplos fatores, que impedem o indivíduo de exercer a sua cidadania, de ter garantido seus direitos e deveres. A ausência ou a renda precária, a fragilidade nos vínculos, a desigualdade de acesso a bens e serviços públicos tornam o ser humano vulnerável pois passam a enfrentar desvantagens que diminuem a sua qualidade de vida (CARMO e GUIZARDI, 2018).

Para CARMO e GUIZARDI (2018), a vulnerabilidade social tem diferentes sentidos para a área da saúde e para a área da assistência social. Para a assistência social o conceito de vulnerabilidade social não está diretamente relacionada à pobreza, mas a dificuldade de acesso à direitos e o viver com incertezas e inseguranças. Na saúde, o termo vulnerabilidade busca ir além do biológico, relaciona a questão da integralidade, da necessidade de o indivíduo possuir conhecimento para sua autonomia e relaciona os determinantes sociais de saúde (DSS). Em diversos depoimentos, encontramos alguns exemplos de DSS como a fome, alcoolismo, violência e preconceitos como o racismo, intolerância religiosa e a xenofobia.

Duas entrevistadas conviveram com parceiros dependentes de álcool e ambas relataram ter vivenciado situações como a fome e negligência do parceiro em assumir a corresponsabilidade pela sobrevivência das famílias:

“Então eram 3 filhos pequenos e como ele bebia, ele não trabalhava, gastava dinheiro em bebida. Então, a gente passava fome. ... Aí comecei a melhorar. Aí eu trabalhava de faxina para poder alimentar eles [os filhos]” (entrevistada 01).

“Quando eu fiquei grávida, eu cuidei do meu filho só porque ele vivia na bebida. ... E isso tudo era de madrugada, tinha que sair para trabalhar. Eu tinha que trabalhar, tinha de cuidar do meu filho e tudo, e sozinha, praticamente. Então eu tive muita dificuldade nessa fase” (entrevistada 02).

Os relatos das entrevistadas corroboram com o estudo de GALVÃO et al. (2021), que estudaram o relato de cinco filhos que conviveram com pais alcoolistas, e que encontraram relatos de violência e diversos conflitos, além do fato que as mães assumiram o sustento da casa já que os pais não cumpriram o papel de cuidador devido ao vício em bebida. Conviver com pessoas alcoolistas deixa marcas nos familiares, que adoecem também. A família fica desestruturada pois os vínculos são destruídos, aumenta o risco de desenvolver problemas psicológicos e sociais, já que essas famílias além de conviver com sentimentos de medo, raiva, ansiedade e incertezas são excluídas pela sociedade, que não querem o convívio com o dependente do álcool. Em seu artigo, GALVÃO et al. (2021) apontam a necessidade de acompanhamento dos familiares além da pessoa dependente do álcool.

Os dados que conhecemos de violência contra as mulheres são elevados. Cerca de 137 mulheres são assassinadas por alguém da família por dia no mundo. O Brasil em 2019 registrou cerca de 13 homicídios femininos por dia, índices altos

principalmente após a pandemia da Covid-19 (CAICEDO-ROA e CORDEIRO, 2023). Embora os autores não tipifiquem os homicídios femininos como feminicídios, é provável que boa parte dessa estatística se enquadre como tal, pois, segundo o NEV-USP (Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo), em 2019, a cada sete horas uma mulher foi vítima de feminicídio no Brasil, ou seja, três mulheres foram mortas de forma violenta por dia por razão de gênero, pelo simples fato de serem mulheres, demonstrando a grande incidência desse tipo de crime contra as mulheres.

Essas mulheres quando não perdem a vida, são feridas fisicamente, socialmente e psicologicamente. A violência sofrida não impacta apenas na mulher que foi violentada. Quando estas são mães, seus filhos sofrem consequências do ocorrido. CAICEDO-ROA e CORDEIRO (2023) em seu estudo, verificou que em 01 ano, na cidade de Campinas, 24 mulheres foram vítimas de feminicídios, e conseqüentemente 45 filhos perderam a sua genitora.

A entrevistada 01 relatou cenas de violência física dentro de casa contra ela e seus filhos, cometidas pelo marido, que fazia uso abusivo de álcool. Reitera-se no presente estudo, portanto, a relação entre violência e o uso abusivo do álcool, encontrada em outras pesquisas (GALVÃO et al., 2021):

“... eu separei do meu marido, é por causa da violência. ... problema do meu marido que batia muito em nós, nas crianças” (entrevistada 01)

As entrevistas também identificaram o racismo como um fator de sofrimento na em suas histórias. SANTOS et al. (2023) apontaram que a experiência com o racismo já inicia na infância e permanece ao longo da vida, e assim acomete a saúde mental

das mulheres, pois conseqüentemente provoca uma baixa aceitação por ficar entendido que pertence a uma raça inferior, com a insatisfação com a cor da sua pele e com o cabelo. A exemplo disto, na fala da entrevistada 04 observamos a dificuldade da família em aceitar o casamento dos seus pais e, ao falar do cabelo da mãe, sugere que a mesma perpetuou o racismo vivido dentro da sua família:

“... a minha mãe conheceu uma pessoa de cor e naquele tempo o racismo era muito, era muito acentuado, e minha mãe, os pais dela [meus avós maternos] não aceitou [o casamento e nem a gente - os filhos]. Porque a gente nasceu assim, afrodescendente. Minha mãe branquinha do cabelo bom e meu pai já negro né. Então ela [minha mãe] não foi [mais] aceita” (entrevistada 04).

A entrevistada 01 conta que evita de entrar em algumas lojas por perceber olhares preconceituosos:

“Às vezes eu pego e falo assim, não vou entrar nesta loja não, não vou entrar lá não, porque você já vê que a pessoa olha diferente para você, isso eu acho muito triste. Preconceito, acho muito triste.” (entrevistada 01).

Também devemos destacar quando fala da falta de oportunidade por ser negra:

“... por eu ser de cor assim, né, às vezes a gente quer uma outra oportunidade né, a gente não recebe isso, né. Eu acho isso triste, porque eu acho que todo mundo é igual né” (entrevistada 01).

E essa dificuldade apresentada pela entrevistada 01 é a mesma realidade de outras mulheres negras. PORTELLA e FRANÇA (2023), demonstram que a desigualdade entre brancos e negros são evidentes na renda domiciliar, no acesso à educação, na mobilidade social, bem como na diferença salarial. Segundo os pesquisadores, esta desigualdade se manteve nos últimos quarenta anos em razão do racismo estrutural, do racismo que já foi socializado e normalizado.

No Brasil, desde 2012 foi criada uma lei de cotas que determinou que metade das vagas dos cursos oferecidos pelas universidades federais sejam destinados para estudantes que tenham cursado o ensino médio na rede pública, com renda familiar inferior a 1,5 salários-mínimos e que se declarem como negros, pardos, indígenas ou pessoa com deficiência. Através dessa lei aumentou consideravelmente o número de pessoas negras dentro da universidade pública. Mas, ainda assim, cursar e concluir o curso de graduação é um grande desafio para as mulheres negras, que enfrentam discriminação pela cor da pele, tipo de cabelo e pelas roupas que costumam usar. Além da questão financeira, pois apesar de não pagarem a mensalidade da faculdade precisam comer, morar e custear itens básicos, a lei de cotas não consegue se contrapor à desvalorização no mercado de trabalho (VALÉRIO et al., 2021). FONSECA e JORGE (2021) compararam a média de salários entre gênero e raça por um período de quatorze anos, e concluíram que as mulheres negras recebem remuneração inferior por um mesmo trabalho, se comparadas a homens brancos, homens negros e mulheres brancas.

Nas três falas abaixo, as mulheres relatam sua dor em lidar com outros tipos de preconceitos a que são submetidas. A entrevistada 04 teve que silenciar a própria fé e suprir o seu direito de cidadã, pois deixou de desenvolver as suas crenças religiosas. A entrevistada 05 sofreu com a xenofobia, banida por ser emigrante. E a entrevistada 03, passou por dificuldades na escola e não foi aceita por ser uma pessoa com deficiência:

“... porque eu sofri preconceito né, sobre essa minha religião. Fiquei muito triste, então eu procuro não falar muito sobre minha religião né, porque tem pessoas que não entendem” (entrevistada 04).

“Eu não tenho não esse negócio de preconceito, mas eu já, já passei por isso. Eu já sofri, por ser, por ser nortista” (entrevistada 05).

“... as pessoas sempre falavam que eu tinha problema, que eu era doida. Eu [es] tive em ambiente que era tida como “a invisível”. A maioria das vezes eu fazia sozinha porque não queriam fazer trabalho comigo” (entrevistada 03).

São diversas questões que marcaram a vida dessas seis mulheres, como situações de violência e preconceito, desafios para estar no mercado de trabalho, a difícil convivência com parceiros alcoólatras e a imposição da sociedade para que assumam com exclusividade papel de cuidadora da família, tal qual orienta a ideologia patriarcal. Mas, além dos relatos de pesares e dores que essas mulheres enfrentaram

ao longo da vida, também foram abordados momentos de prazer e alegria, quando foi perguntado durante a entrevista o que é felicidade e que reproduzem justamente o suposto sucesso em manter as relações familiares e reproduzir o papel de cuidadora.

Três entrevistadas relacionam a felicidade com o convívio com a família:

“Felicidade, eu vou começar falando para você que hoje em dia não dá para você ser feliz o tempo todo, mas eu tenho bastante momentos de felicidade. Quando eu reúno a minha família, eu fico feliz porque eu gosto de cozinhar, eu gosto de fazer um monte de coisa” (entrevistada 04).

“... é a gente ter amigos, ter os filhos com a gente, tanto nas horas boas, como nas horas ruins” (entrevistada 05).

“Felicidade é, eu, que nem eu to falando, tem meu esposo que eu, eu sei que ele gosta de mim, eu gosto dele, meus filhos né. Eu, é como fala, é, viver no meio de pessoas que às vezes se dá bem né” (entrevistada 06).

Entre as outras respostas encontramos que gostar de si, estar bem consigo mesma é felicidade, como também cuidar de si e da sua saúde. Apenas uma entrevistada referiu que ainda não encontrou a felicidade em sua vida:

“... sabe a felicidade, eu acho que ainda não encontrei ela não. Eu tento, sabe, mas eu acho que, para mim, a felicidade é uma coisa muito bela.

... felicidade é não ter problema, não tem nada (risos). Ser tudo de bom.”
(entrevistada 02).

Para FERRAZ et al. (2007) a felicidade está relacionada a um estado emocional positivo que envolve questões psicológicas e socioculturais. Felicidade é um sentimento de autopercepção, e na fala da entrevistada 02 sugere que devido às dificuldades que vem entrando na vida, nunca teve plenitude em sentimentos de bem-estar e prazer.

C. A relação com a saúde e com os serviços de saúde

A fim de compreender a relação com os serviços de saúde, ou seja, a avaliação que as usuárias fazem sobre o atendimento e o vínculo constituído, cabe, antes, delimitar a demanda que elas apresentam e suas expectativas sobre os serviços, que PINHEIRO (2009) relacionada com as ofertas de cuidado que são feitas. E, para isso, é importante conhecer sua relação com a própria saúde - em que bases se assentam, para elas, uma “boa saúde”.

Nesse sentido, entrevistada 01, comparou o fato de ter saúde com felicidade e sugeriu na sua resposta uma possível compulsão alimentar devido a dificuldade em lidar com os problemas da vida:

“... saúde está junto com a felicidade em primeiro lugar. Saúde é tudo. Saúde vem em primeiro lugar que eu preciso de saúde pra mim ser feliz ...quando estou com problemas eu fico com a saúde ruim. Eu tenho mania de eu estar com problema e comer doce. Me empanturro de

doces. Depois vem a tristeza. Aí eu como, como, como, vem tristeza. Aí fico doente, fico triste” (entrevistada 01).

O conceito de saúde proposto pela OMS é de estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças e enfermidades, e este já foi discutido anteriormente que é um estado inatingível (SEGRE e FERRAZ, 1997), mas que condiciona certa expectativa de plenitude generalizada e inespecífica na população. Na opinião das entrevistadas, a saúde está relacionada a se cuidar, a saúde física e mental, aliados a valores também oriundos da espiritualidade e religião:

“... saúde é uma benção né, porque a gente tem que se cuidar, né. Em tudo. A gente que é mulher tem que se cuidar né... Então pra mim saúde é isso, você se cuidar, tanto fisicamente como mentalmente, entendeu?” (entrevistada 02).

“É o autocuidado. Cuidar de você mesmo. Comer direito” (entrevistada 03).

Uma entrevistada demonstrou em sua resposta que apesar dos problemas de saúde que possui não reclama como as outras pessoas. Busca aparentar para os demais como uma pessoa mais fortalecida.

“Saúde para mim é isso que eu estou vivendo agora, porque antes a minha saúde foi ficando debilitada. E tenho vários problemas. Que às

vezes eu olho assim eu falo: Nossa, eu tenho tudo isso, eu não reclamo”
(entrevistada 04).

Chama atenção no conjunto de definições trazidas pelas participantes coincide em alguma medida a completude e inespecificidade contidas na definição da OMS (SEGRE e FERRAZ, 1997), mas, em particular, destaca-se a questão do autocuidado. Esse conceito tem sido resgatado em materiais diretivos como o produzido pela Secretaria Municipal de Curitiba e que está disponível no ambiente virtual do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (CURITIBA, 2012), mas que precisa estar conectada com a co-produção de maiores coeficientes de autonomia, tal qual proposto na Clínica Ampliada e Compartilhada (CAMPOS, 2013) e (CAMPOS, 2000), e que coincide com o quarto grupo de necessidades de saúde na taxonomia resgatada por CECÍLIO (2009).

A conexão com a alimentação também merece ser mencionada, pois indica um importante ponto a ser aproveitado na motivação para a mudança, como sugerido nas recomendações do autocuidado apoiado, mas merece cautela, para que não fique restrita a uma perspectiva machista de cuidar da alimentação para ter formas e medidas corporais “desejáveis” no viés da objetificação feminina historicamente reproduzida como opressão contra as mulheres (DIAS et al., 2021).

Na sequência, ao serem questionadas sobre a sua relação com a unidade de saúde, as entrevistadas demonstraram algumas dificuldades, principalmente devido a ausência de médico e a demora para o atendimento. Algumas falas abaixo evidenciam tais questões:

“Eu só fiquei meio chateada agora do posto, porque eu esperei 3 meses para passar no médico... Aí o médico não veio” (entrevistada 01).

“É desafiador você procurar alguma coisa no posto. Não vou dizer que não. Se você precisa de alguma coisa, tem que esperar. Esperar a ligação, esperar uma vaga para alguma coisa” (entrevistada 03).

“... no posto de saúde falta tudo, infelizmente, falta médico. Quando você vai atrás de uma consulta não tem. Vai marcar uma consulta, por exemplo, eu fiz um exame, recebo o resultado. Aí você tem que esperar no começo do mês, se surgir a vaga para médica, para você passar. ... Eu acho que teria que ter mais médicos. Por exemplo, tem os doentes da casa que teriam que ter a visita né. Não sei se ainda está tendo por que essa parte, meu marido, pelo menos, pelos menos ninguém nunca foi visitar” (entrevistada 05).

Tais dados corroboram com que outra pesquisa identificou na avaliação de outros serviços da atenção básica. GOMIDE et al. (2018) entrevistaram 28 usuários da atenção básica do município de Ribeirão Preto que relataram demora no agendamento de consultas e no atendimento médico mesmo quando agendado. A falta do profissional médico também foi citada. Segundo o autor, a ênfase nas críticas pela ausência do profissional médico evidencia a centralidade deste profissional na percepção dos usuários como se nenhum outro membro da equipe pudesse resolver o problema do usuário.

Conforme o demonstrado nos relatos acima, tal percepção também foi confirmada pelas entrevistadas, sendo que uma sugere em sua fala a necessidade de contratação de mais profissionais médicos, já que o marido dela nunca recebeu uma visita domiciliar. Sua fala poderia ser direcionada a uma crítica aos agentes comunitários e/ou aos demais profissionais da ESF, entretanto, foi direcionada apenas aos médicos.

O apelo social em relação à manutenção do cuidado medicocentrado e produtor de consumo de procedimentos é apontado por PINHEIRO (2009) como um dos obstáculos à mudança de modelo contida na elaboração inicial da Estratégia Saúde da Família, que busca direcionar o cuidado para o âmbito interdisciplinar, territorializado e de atenção à família e comunidade, logo, para a clínica ampliada.

Nesse mesmo sentido da reprodução do modelo biomédico, os relatos de satisfação com o serviço também se centram no acesso ao cuidado médico, como podemos verificar nas frases abaixo:

“Eu tenho conseguido médico, tudo que eu preciso” (entrevistada 02).

Destacamos, em contrapartida, que quatro entrevistadas participam de grupos oferecidos na atenção básica, para além do grupo de dança. Uma fala interessante apareceu no depoimento da entrevistada 04, que participou do grupo de tabagismo e conseguiu parar de fumar:

“... eu só participei do grupo lá que eu parei de fumar graças ao posto viu. Que eu fiz o tratamento lá, as reuniões, passei com psicóloga, usei os adesivos, então para mim foi muito bom” (entrevistada 04).

Tal relato ratifica a importância do trabalho em grupo na AB. Para LEME et al. (2017) o trabalho em grupo possibilita a ampliação do conhecimento por meio de troca de experiências entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente quando todos possuem a mesma condição clínica. O grupo cria um campo coletivo, que possibilita cumplicidade e novas realidades, o que vamos conhecer no próximo capítulo.

D. O papel do grupo de dança

As entrevistadas foram estimuladas, no questionário e nas entrevistas, a avaliar o grupo de dança. No questionário, vinte cinco mulheres avaliaram o grupo como ótimo (86,20%) e quatro mulheres avaliaram o grupo como bom (13,79%), ou seja, não houve menção à alternativa regular. Para complementar, seguia-se uma questão aberta, para as respondentes especificarem o motivo da sua avaliação, e nos auxiliassem compreender o porquê de o grupo ter sido avaliado somente como bom ou ótimo. As respostas foram analisadas e agrupadas como mostra a tabela abaixo:

Tabela 06: Motivo para avaliar o grupo de dança como bom ou ótimo

Motivo	Total	%
Acolhimento	5	17,24%
Prática de atividade física	5	17,24%
Saúde mental	5	17,24%
Fazer bem para a saúde	3	10,34%
Aliviar o estresse	3	10,34%
Proporcionou mudança de vida	2	10,34%
Sentir-se ótima	2	6,89%
Ambiente alegre	2	6,89%

Fonte: dados dos questionários aplicados nesta pesquisa

Entre as diversas respostas apresentadas que motivaram avaliar o grupo como bom ou ótimo foi o acolhimento que recebem no grupo, a prática de uma atividade física, saúde mental, fazer bem para a saúde, aliviar o estresse, proporcionar mudança de vida, sentir-se ótima quando participa e o ambiente alegre. Através das respostas apresentadas é possível observar diversos pontos positivos deste trabalho, que está aquém de ser apenas a prática de uma atividade física. As respostas evidenciam desde cuidado biológico, como a prática de atividade física, cuidado mental, como o aliviar o estresse e sentir-se alegre, e, por fim, o cuidado social, como acolhimento.

Mais uma vez estes dados corroboram com a literatura. NOGUEIRA et al. (2016), ao evidenciar que na convivência com pessoas que enfrentam circunstâncias de vida semelhantes, surge uma atmosfera de solidariedade e companheirismo, facilitando o estreitamento dos laços de amizade e identificação entre os membros do grupo. A vida compartilhada dentro do grupo alimenta um sentimento profundo de pertencimento, formando uma espécie de família unida. Esse ambiente oferece apoio emocional, carinho e valorização, aspectos que muitos indivíduos não encontram em

seus próprios lares. A criação de laços afetivos, a troca de experiências e o confronto com as diferenças, juntamente com a superação de conflitos, o que levaria a conformar o que ZIMERMAN e OSÓRIO (1997) delimitam como Grupo de Apoio. Porém, com este desenho, são capazes também de promover aprendizado e, de forma secundária, produzem efeito terapêutico, mesmo que esse não seja o objetivo primordial do grupo, tal como o que ocorre neste grupo de dança pesquisado.

A amplitude do alcance das atividades em grupo também pode ser ratificada nas respostas das entrevistas em relação ao motivo de sua participação no grupo.¹ Entre as mais citadas estão as aulas de dança (96,55%), as rodas de conversa (79,31%) e a interação com o grupo (41,37%). Também foram mencionadas a participação nos bailes, excursões, apresentação do grupo em eventos e de participar do grupo de mensagens via aplicativo. Isto é, o grupo de dança proporciona aos seus participantes mais que uma atividade física, é um momento de trocas, interação e apoio.

Quase todas as entrevistadas mencionaram que a participação no grupo de dança, principalmente na interação entre as participantes, auxilia no enfrentamento dos problemas diários:

“Que agora eu consegui enfrentar meus problemas, antes eu não conseguia, porque a gente não tinha com quem falar, ninguém e uma dá apoio para outra aqui. E o bom daqui é que uma dá apoio para a outra”
(entrevistada 01).

¹ Foi solicitado que a respondente da pesquisa apontasse até três motivos para a participação no grupo, ou seja, está foi uma pergunta de múltipla escolha.

“... quando a gente entra aqui, que a gente está no nosso momento, a gente esquece tudo. A gente esquece de casa, esquece do marido, esquece do problema, esquece de tudo, entendeu? A gente sempre conversa isso, eu e as meninas, eu sempre falo. Quando a gente está aqui, a gente parece que está em outro mundo. E é muito bom, é muito bom” (entrevistada 02).

“O grupo é importante, porque assim a gente interage, vamos supor a gente chega aqui, às vezes se você está com um probleminha, um aborrecimento, você passa por um exemplo, do dia a dia mesmo né. Chega aqui e eu não trago problema para aqui. Deixa os problemas para lá. Chegando aqui, eu vou interagir com as meninas, vamos conversar, vamos brincar, vamos contar piada. Vamos rir. E para mim isso aqui é saúde, é alegria, é felicidade. Eu saio daqui muito feliz” (entrevistada 05).

“Todo mundo passa por alguma situação da vida e quando a gente dança, a gente deixa a mente mais leve, a gente encara a vida com leveza” (entrevistada 03).

“... a gente fica em casa só pensando assim em problema né. Vai vim né, vai disfarçando mais né. Distraindo a mente né” (entrevistada 06).

Outros trabalhos com dança de CARVALHO e NOGUEIRA (2016), SCHNEIDER et al. (2020) e MOSCHEN et al. (2021), trazem essa percepção das participantes, que apesar dos problemas que a vida pode trazer, participar do grupo

de dança criou um sentimento de pertencimento, de não estar sozinha e proporcionar o empoderamento dessas mulheres. Fortes laços de amizade foram criados entre as entrevistadas, o que auxiliou no enfrentamento dos problemas. A entrevistada 04 e 03 referem que o grupo de dança é uma família:

“Para mim, o grupo é tudo, porque a amizade que eu tenho, quando eu sinto falta de uma pessoa que não vem, eu já tento falar com essa pessoa o que que está acontecendo. ...para mim é uma família. É uma família que faz o bem. Eu me sinto bem. O importante é isso, é você se sentir bem” (entrevistada 04).

“É como se fosse uma família” (entrevistada 03).

PINHEIRO et al. (2022) colocam que a experiência grupal é uma atividade positiva, em que as pessoas encontram referências para enfrentar situações difíceis, criam vínculos e encontram espaços seguros de expressão. A entrevistada 03 durante a sua vida encontrou problemas para ser aceita pelas pessoas por ser diferente, por ter nascido com uma deficiência. Nas duas falas abaixo encontramos o relato das adversidades que enfrentou e o acolhimento que encontrou no grupo:

“Principalmente no período da escola, sempre fui assim, alvo de piada. Já fui julgada por não namorar. Diziam que eu não ia ser feliz. ... A gente que é assim diferente, a gente é muito julgado. A gente é, a gente é jogado para escanteio” (entrevistada 03).

“Porque o grupo não faz acepção de pessoas. Não existe preconceito. Não existem pessoas que tratam com indiferença. O espaço é para todo mundo. É um grupo acolhedor, não é só, sobre saber dançar e sim construir amizades” (entrevistada 03).

Os dados desta pesquisa corroboram com a literatura que evidencia diversos benefícios da dança, entre eles podemos destacar o aumento da qualidade de vida, o bem-estar psicológico e físico (CARVALHO e NOGUEIRA, 2016), (BARANCELLI e PAWLOWYTSCH, 2016), (BRASIL, 2021), (MACHADO e MENEZES, 2020), (SCHNEIDER et al., 2020), (MOSCHEN et al., 2021), (FRISON et al., 2014) e (CAVALCANTE et al., 2018). Na fala das entrevistadas encontramos o incremento dos coeficientes e autonomia, aumento do autocuidado, a melhora das dores físicas, a diminuição do número de medicamentos tomados e sentimento de bem-estar e felicidade ao participar das atividades:

“Ai como eu sei que eu tenho que vir aqui, eu me cuido, porque antes eu não me cuidava, eu não me arrumava, não fazia nada. Agora, como eu venho aqui, eu sei que eu tenho que me cuidar. Agora tô bem diferente graças ao grupo. Porque a gente pega certa autonomia, a gente pega sabe, a gente tem que pensar na gente.” (entrevistada 01).

“Então dói todos os ossos. Então, a dança ela me faz com que a dor não seja tão forte porque fibromialgia é uma doença que dói às ponta dos dedos, dói até o couro da cabeça, dói tudo em você” (entrevistada 04).

“Teve uma pessoa mesmo que eu trouxe pro grupo e, ela usava 3 comprimidos para pressão alta, ela tá usando um, entendeu?”
(entrevistada 05)

“Eu jamais pensei que eu ia passar por isso na vida. Esses momentos, muito bom, esses momentos. E eu achava que eu ia ser sempre uma pessoa triste, sabe, sempre triste. Agora eu estou numa situação que eu não às vezes nem acredito. Porque eu sou muito feliz por estar aqui, e eu não sei te dizer, era muito triste a minha vida. E aqui eu tenho com quem falar, tem com quem conversar” (entrevistada 01).

“A importância do grupo é o bem-estar da gente né. É. A gente vem, a gente sai diferente né. Porque aqui, que nem eu falo, a cada quinta-feira que a gente vem dançar, é uma nova mudança na vida da gente, sabe? É um novo vigor na vida da gente. Eu acho que tanto na minha como das meninas, tenho certeza” (entrevistada 02).

Outra atividade citada pelas entrevistadas foram as rodas de conversa, que são promovidas uma vez ao mês com temas sobre saúde que são apontados pelas próprias participantes do grupo. A roda de conversa é uma estratégia para a promoção da saúde, no qual todos os participantes exercem o diálogo e a escuta. Assim, conseguem compreender melhor sobre determinado assunto e assim construir as suas tomadas de decisões, através da orientação dos profissionais de saúde presentes ou na troca de experiências de outros participantes (LEME et al., 2017).

Duas entrevistadas apontaram a importância desta atividade, conforme podemos verificar nas falas abaixo:

“... a roda de conversa é boa porque você tem um autoconhecimento. Aí você tem a oportunidade de se soltar. Você tem oportunidade de conversar. De falar de você mesmo. De você aprender muitas coisas” (entrevistada 03).

“... eu gosto quando tem a roda de conversas. Eu gosto muito de roda de conversa, porque ali a gente aprende muito” (entrevistada 05).

Foi solicitado que apontassem durante as entrevistas os pontos negativos do grupo, com o intuito de melhorar e aprimorar as atividades já oferecidas. As entrevistadas sugeriram mais encontros, já que a frequência é uma vez na semana:

“Podia ter mais tempo de aula, né” (entrevistada 02).

“Que tivesse mais aulas né, que fosse mais dias” (entrevistada 05).

Para finalizar a entrevista, foi solicitado que apontassem o que as mulheres, que frequentam o grupo, mais precisam. Entre as respostas, apareceu a necessidade de amizade, respeito, atenção e principalmente apoio, como podemos verificar nas duas falas a seguir:

“... se uma tá precisando disso, uma tá ajudando. Se uma tá com problema, aqui está todo mundo ajudando um a outra e a gente não tem quem ajude a gente” (entrevistada 01).

“... eu acho que elas precisam de muita mensagem, boas, positivas, porque existem muitas mulheres com problemas, sabe? A gente vai descobrindo ao longo do tempo” (entrevistada 02).

A participação do profissional psicólogo foi sugerida por duas participantes. As entrevistadas veem a necessidade de acolhimento por um profissional capacitado para lidar com suas angústias e sentimentos como podemos ver nas falas abaixo:

“... eu acho que a gente precisava de mais pessoas para conversar, para vim, para dialogar, para ver né, o que está acontecendo na vida de cada uma, o que cada uma passa né. Porque, às vezes, que nem eu te falei né, a gente está aqui, as professoras vem com a gente, mas nem tudo elas sabem né. Uma pessoa mais, é, eu acho que elas até vão ver isso também, mas assim, por exemplo, uma psicóloga né” (entrevistada 02).

“Tipo agora que bom que você está fazendo para saber da vida delas para ter psicólogo, porque tem algumas que precisa de psicólogo né. Porque tem umas vidas meio assim né” (entrevistada 04).

A entrevistada 05 comparou o grupo de dança com um remédio:

“Eu acho que o meu grupo de dança é como se fosse um remédio. Um remédio milagroso que você toma aquela pequenininha e vai embora, vai depressão, xô depressão, xô tristeza” (entrevistada 05).

Dessa maneira, esta pesquisa evidenciou que o grupo de dança proporciona um momento terapêutico e de lazer para estas mulheres, que enfrentam diariamente uma rotina exaustiva e estressante, cuidando de seus lares e famílias. No âmbito do grupo, elas podem temporariamente se desvincular dessas responsabilidades e interagir com outras mulheres, estabelecendo diálogos, se divertindo e se exercitando. A simples participação em um grupo com mulheres do mesmo bairro já representa uma contribuição significativa para a promoção da saúde destas participantes, uma vez que o grupo fomenta não apenas a integração, mas também a socialização entre as pessoas. Isto é, a presença no grupo desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental destas mulheres, oferecendo a elas a oportunidade de vivenciar momentos de contentamento e alegria. Essa experiência compartilhada tem um impacto positivo em seu bem-estar emocional, proporcionando um alívio valioso em meio às pressões do cotidiano.

Em suma, observou-se que os maiores benefícios do grupo que foram revelados nas entrevistas e até mesmo na questão dissertativa do questionário está ligada a questões de saúde mental, o que corrobora com diversos estudos que apoiaram esta pesquisa: CARVALHO e NOGUEIRA (2016), BARANCELLI e PAWLOWYTSCH (2016), BRASIL (2021), MACHADO e MENEZES (2020), SCHNEIDER et al. (2020), MOSCHEN et al. (2021), FRISON et al. (2014) e CAVALCANTE et al. (2018). O público feminino através da dança pode fazer uma atividade prazerosa, socializar e ainda ter benefícios para a sua saúde mental como

aliviar o estresse e os quadros de ansiedade, além de auxiliar no tratamento da depressão.

O relato das entrevistadas aponta ainda que os efeitos potencialmente libertários e de incremento das suas possibilidades de se identificarem como pessoas autônomas, pode se iniciar antes mesmo da entrada no grupo. Para ZIMERMAN e OSÓRIO (1997) e mesmo dentro dos passos de apoio ao autocuidado descritos na cartilha (CAMPINAS, 2012), o momento de preparação para a mudança é elemento de análise e de produção do cuidado.

Em algumas das entrevistas, a entrada no grupo esbarrou na preocupação excessiva com a opinião do marido, e com a aceitação de terceiros, devido à diferença de idade entre as participantes, ainda que esses motivos não as tenham impedido de aderir ao grupo:

“Para mim também ter entrado na dança, foi difícil. Aí eu falei, não, vou enfrentar e vou. Aí deu tudo certo. ...pensava, ah marido vai deixar, marido não sei o que” (entrevistada 01).

“... pelo meu marido, ele não gostava que eu viesse, saísse. Que achava que eu estava batendo perna. Falei assim tá, eu tô fazendo algo para mim” (entrevistada 05).

“A dança faz parte da minha vida desde que eu me entendo por gente. Só que quando chegou o Cumbica Dance, nossa, foi algo assim muito, uma surpresa para mim. Eu achava que não era, não para mim, porque tem muitas pessoas com idades diferentes” (entrevistada 03).

GOMES et al. (2019), em exercício semelhante, buscaram encontrar as barreiras para a prática de atividade física entre 111 mulheres que são atendidas na atenção básica na região de Rio Claro, e, diferente dos dados aqui apresentados, a opinião do companheiro não foi considerada, mas sim a falta de local para a prática, falta de companhia, falta de energia e sentir-se desmotivada ou cansada. E, diferente da fala da entrevistada 03, que se sentiu deslocada no início por ser mais nova, na amostra estudada por GOMES et al. (2019), 12% das entrevistadas se sentem muito velhas para participar das atividades.

Assim, a construção da tomada de decisão de ingressar no grupo merece atenção durante o planejamento e monitoramento dos grupos, bem como os entraves identificados, por ajudarem a nortear o entendimento sobre potenciais necessidades de saúde do território, na dimensão mais ampla como a discutida por CECÍLIO (2009).

E, de modo geral, a análise dos relatos sobre o papel do grupo de dança apontam que seus benefícios claramente extrapolam a dimensão física que se poderia esperar para o movimento e descontração contidos na proposta da dança. Os pontos de destaque das participantes confluem para o grupo de dança como espaço de apoio mútuo, troca de vivência e, nele, a possibilidade de ressignificar a realidade ganha relevo como uma nova dimensão a ser encampada no grupo. Essa dimensão converge com a proposição de NOGUEIRA et al. (2016), de que são significativos os grupos que transversalizam a vida dos participantes, buscando a problematização e a ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos participantes, o que também está descrito por CAMPOS (2000) como produção do efeito Paideia. Assim, entram em cena as experiências, emoções, saberes, afetos, pensamentos e dinâmicas de poder.

E) Clínica Ampliada e a promoção da saúde da mulher

As práticas em grupo no contexto da Atenção Básica são consideradas ferramentas de promoção da saúde e são uma parte essencial. Elas são incluídas nas modalidades de cuidado financiados pelo SUS (BRASIL, 2017) devido à sua capacidade de aprimorar a compreensão dos usuários sobre seus problemas, o que, por sua vez, favorece mudanças nos hábitos de vida que representam riscos à saúde.

NOGUEIRA et al. (2016) e AMARAL et al. (2013) apontam que a utilização de atividades em grupo na AB não apenas auxilia no monitoramento da saúde dos usuários, mas também racionaliza o trabalho dos profissionais, reduzindo a necessidade de consultas. A estratégia chave ao empregar grupos nesse nível de atenção está na possibilidade de desenvolver características como cooperação, vínculos, comunicação e adaptação crítica e reflexiva à realidade. Em suma, os grupos têm a potencialidade de construção coletiva de conhecimento e a reflexão sobre a realidade vivenciada pelos membros do grupo, tornando-se uma ferramenta eficiente para a promoção da saúde.

Os grupos reconhecidamente possuem potencial para a superação das limitações do modelo biomédico hegemônico, das tendências medicalizantes e patologizantes da vida, que são agravadas pela negação das condições sociais e de desigualdade econômica a que estão acometidas a população. Contudo, também se reconhece sua subutilização em explorar tais potencialidades (REGO et al., 2019).

A análise aqui empreendida a respeito do grupo de dança também demonstra que, no ensejo de que o grupo consiga expandir suas possibilidades para se aproximar de seu poder emancipatório e de produção contra hegemônica de cuidado e de saúde,

precisa apreender o que se poderia chamar de “Clínica Ampliada Grupal”. Para muito além da dança e da atividade física, as participantes nomearam necessidades de saúde que se relacionam com os quatro grupos citados por CECÍLIO (2009) - de boas condições de vida, de acesso a diferentes cuidados, de vínculos afetivos/efetivos e de produção de autonomia. E, que, ao descreverem sua relação com a saúde e com os serviços de saúde, essas necessidades não estão bem delimitadas, reforçando, como alerta PINHEIRO (2009), que muitas vezes as necessidades estão ocultas nas demandas feitas aos serviços, em parte justificada pela própria oferta que os usuários encontram no sistema.

Para este grupo de mulheres, a dimensão de Clínica Ampliada é lançada pelos espaços de acolhimento e de conversas, em um ambiente de apoio, para questões que envolvem as relações de afeto, de poder e de opressão presentes no seu cotidiano.

Ao identificar as situações de violência que são relatadas, que por sua vez representam a vulnerabilização produzida pela inserção social economicamente desigual, pela cor/raça e pela condição feminina, é de extrema relevância que tais aspectos também passem a compor o que aqui nomeamos de Clínica Ampliada e Compartilhada Grupal.

“O marido me trai, marido faz isso, mas aí você vai indo, você vai acompanhando. Você acha que aquilo é normal pra você né. ... a minha vida foi isso, foi bem assim turbulenta com meu marido, arrumava mulher e me decepcionava, quis separar não deu certo porque também eu não tinha para onde ir né. Então eu tive que ficar

ali, mas não me arrependo disso não. Só acho que isso passa por várias pessoas né” (Entrevistada 04).

“...desde pequena assim né, minha mãe me colocou no “artenato” (sic) com 2 meses. Aí depois eu cresci e fui morar com a minha mãe, ela não quis e não aceitou eu, e aí eu vim morar para cá, do nada eu vim morar pra cá, casei, não com uma pessoa boa, aí foi isso. Aí, aí eu tive um filho, né? Tenho filho. Que também foi para o caminho errado. E essa é minha experiência de vida, essa é a minha vida. Problema com marido e filho. Aí eu deixo de fazer as coisas para mim, para me preocupar com eles” (Entrevistada 01).

“Ele começou a fazer negócios, mas o negócio não sucedido. Então ele começou a fazer, começou, a gente começou a perder as coisas. Eu tinha casa, eu perdi, eu tinha carro, eu perdi. Ele emprestava dinheiro pra fazer negócio. Montou borracharia, não deu certo, montou o bar, não deu certo, montou, é, que agora é uber né. Carro assim para ele ir buscar o pessoal de firma, da diretoria, também não deu certo. Então a gente foi perdendo as coisas. Hoje eu vivo de aluguel” (Entrevistada 04).

Em especial, a posição submissa da mulher produzida pelo machismo chamou atenção nas entrevistas, como descrito acima. E, cabe mencionar, que tais aspectos pouco tinham sido mapeados pelas coordenadoras do grupo como uma preocupação.

Por isso, estimular a atenção para conformação de grupos na perspectiva da Clínica Ampliada e Compartilhada com uma leitura feminista da realidade parece oportuno.

E, dentro dessa possibilidade, o grupo poderia ser encarado também como um espaço para problematização e identificação das violências em suas múltiplas formas, o questionamento do que é tomado como natural, quando na verdade é sócio historicamente construído, como destacam DIAS et al. (2021). E, na mesma proporção em que se preocupar em fomentar essa postura mais reflexiva, poderia auxiliar a construir coletivamente redes de apoio e outras estratégias de autocuidado e autonomia, pois, como explica CAMPOS (2013), o encontro entre profissionais e usuários também deve se dedicar a incluir a co-produção de autonomia, a partir do acolhimento às possibilidades e singularidade que se apresentam à escuta ativa.

No entanto, ainda que a própria PNAB 2017 (BRASIL, 2017) estimule os grupos, eles carecem desta perspectiva ampliada e feminista, e, do mesmo modo, encontra-se em estágio ainda deficitário a formação dos profissionais, não apenas sobre o conhecimento e as ferramentas necessárias para lidar com dinâmicas grupais (REGO et al., 2019) e (CAMPOS e FURLAN, 2010), mas principalmente para o manejo de aspectos psicológicos e de violência, na mesma linha que DIAS et al. (2021) retratam para a questão da ausência da perspectiva feminista na elaboração de propostas à Saúde da Mulher.

A confluência desses fatores acaba favorecendo que mesmo nos grupos os profissionais reproduzam práticas fragmentadas e lógicas prescritivas e individualizantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da pesquisa apontaram que a vida dessas mulheres, em sua maioria pardas e negras, de baixa renda e poucos anos de escolaridade, foi marcada ainda por situações de vulnerabilidade adicionais, tais como fome, violência, racismo e outros preconceitos, além de conviver com parceiros alcoólatras, que pouco contribuíram para a segurança financeira das famílias e com a cogestão do lar. Assim, muitas vezes sozinhas, cumpriram o seu papel de cuidadora e mãe, tendo que lidar com a sobrecarga advinda do acúmulo de responsabilidades por ser mãe solo. Outras acabaram mantendo relacionamentos pouco gratificantes, quando não violentos, para agradar expectativas externas, mas alimentando dores invisíveis e sofrimento.

O grupo de dança se apresentou relevante para essas mulheres no sentido de encontrarem um espaço para o cuidado físico, mental e social. Para as integrantes, o grupo é visto como um importante canal, um espaço de trocas e de interação, por fortalecer vínculos de amizade e apoio mútuo. O grupo de mulheres apresenta potencialidades para se inserir dentro da perspectiva da promoção da saúde, como uma ferramenta para estimular o autocuidado e a co-construção de autonomia de forma coletiva.

Este estudo evidenciou que os grupos de promoção de saúde precisam ser repensados no sentido contribuir para superar a limitação do um modelo biomédico, com a participação de uma equipe multiprofissional, com a abordagem apoiada na clínica ampliada. E pensando no público feminino, e em todas as histórias aqui contadas e nas fragilidades encontradas, sugerimos que grupos voltados para as mulheres, independente do segmento, devam apropriar-se de uma perspectiva

feminista, com a construção de espaços de escuta, apoio e problematização para identificar angústias e violências, proporcionando o autoconhecimento e com isso a liberdade de escolha para cada uma refletindo na sua saúde e bem-estar.

Como limitação do estudo, podemos apontar a dificuldade em estudar um grupo que a pesquisadora coordena, e que pode ter influenciado na forma de apresentar e até mesmo de discutir os dados, ainda que as entrevistas individuais tenham sido realizadas por um profissional externo, sem relação com o grupo. Também podemos destacar que o estudo foi realizado com apenas um grupo do município, o que pode inviabilizar outras realidades. Assim, reconhece-se que, outros estudos devam ser realizados para dar visibilidade para os diversos aspectos de vulnerabilização a que a população de mulheres podem estar expostas para além do machismo, tais como o racismo e etarismo, e que ajudem a aprofundar as discussões dos determinantes sociais, a fim de fomentar, investimentos em estratégias de promoção da saúde e na capacitação das equipes de saúde, a fim de evitar que os grupos se perpetuem na reprodução de atividades medicocentradas e verticalizadas.

Como profissionais do SUS, entendemos que a nossa experiência com o grupo de dança Cumbica Dance possibilitou criar vínculos com um grupo de mulheres através de uma atividade criativa e divertida. E assim foi possível realizar ações de promoção da saúde além das práticas corporais. Através desta pesquisa identificamos a necessidade de construir espaços diferenciados para escuta e apoio do público feminino, para que conheçam e recuperem direitos básicos, que construam novas experiências e que possam transformar a sua realidade através do coletivo.

RESUMO EXECUTIVO

O grupo de dança “Cumbica Dance” foi criado em 2016 por profissionais do SUS do município de Guarulhos - SP com a intenção de estimular a prática de atividade física através de uma atividade prazerosa e divertida. Em sete anos de atuação, foram mais de 5 mil participações em 209 encontros. Além das aulas semanais, as coordenadoras do grupo desenvolveram atividades como rodas de conversa, bailes, aulas temáticas, excursões, ações de busca ativa de câncer de mama, infecções sexualmente transmissíveis e avaliação odontológica, além de apresentações do grupo em alguns eventos. O grupo é aberto para todo o território, mas é majoritariamente formado por mulheres. Ao passar dos anos, as coordenadoras do grupo observaram mudanças físicas e comportamentais destas participantes. Essas mulheres foram criando fortes vínculos de amizade, começaram a se preocupar mais com a saúde e o autocuidado conforme participavam das atividades oferecidas pelo grupo. Além disso, outras questões foram surgindo durante os encontros, como a violência doméstica, abusos e sofrimentos. Identificamos a necessidade de aperfeiçoar as atividades oferecidas pelo grupo, a partir da hipótese de que o grupo de dança Cumbica Dance poderia ser caracterizado como um grupo de promoção da saúde. E para ter uma ação efetiva nesse sentido, existiam lacunas que precisavam ser preenchidas, principalmente com um olhar para o sofrimento feminino que estava aparecendo. O mestrado profissional foi a opção utilizada por uma das coordenadoras do grupo para verificar tal hipótese e identificar pontos em potencial para o cuidado ampliado dessas mulheres, a partir de seus relatos.

Por meio da pesquisa empreendida, foi possível conhecer o perfil do público que frequenta as aulas de dança, favorecendo o direcionamento para as futuras

atividades para que elas dialoguem com as necessidades do público-alvo. Para além do perfil demográfico e dados sociais, identificou-se um padrão de pressão pelo machismo e sofrimento psíquico decorrente dessa estrutura patriarcal como pontos em comum no relato das participantes. Por isso, foi revelada a necessidade de se alterar a forma dos profissionais no manejo da promoção da saúde para as mulheres. Nessa lógica, foi possível identificar que os grupos que trabalham com promoção da saúde para mulheres devem estar organizados em um contexto da clínica ampliada, envolvendo diversos saberes e sendo permeável a outros setores para além da saúde, como também priorizem o empoderamento e a co-construção dos direitos das mulheres de modo amplo na sociedade, além de almejar o fortalecimento de toda a comunidade. Esses devem constituir um compromisso coletivo, não apenas da participante. Ainda, o/a profissional que se propõe a dialogar com o público feminino precisa olhar para além do “tema do dia” sugerido na atividade coletiva; precisa compreender que as mulheres necessitam de um olhar ampliado para as suas necessidades, e que sofrimentos psicossociais, tais como dupla jornada de trabalho e a possibilidade de sofrer abusos físicos, financeiros e psicológicos, podem acarretar adoecimentos físicos. Outros estudos já trazem a dança como uma ferramenta exitosa de cuidado e os resultados desta pesquisa reforçam isso. Grupos de promoção da saúde, como os grupos de dança, devem ser encorajados dentro da atenção básica. Por isso, apresentamos como produto técnico uma ficha com sugestões para a criação de grupos.

PRODUTO TÉCNICO

Este folheto visa contribuir com a divulgação do passo a passo da formação de um grupo de dança no espaço da atenção básica, como forma de promover a saúde com uma atividade prazerosa, divertida e diferente. Os dez passos aqui descritos foram inspirados nas recomendações do Ministério da Saúde, no guia de práticas exitosas de atividade física.

1º passo: encontrar um local para a aula

O local preferível seria a própria UBS. Não sendo possível, cabe realizar parcerias com escolas, associações, igrejas ou com espaços particulares. O ideal é que seja um espaço arejado, coberto, com o piso plano e sem obstáculos. E que haja água potável gratuita para hidratação.

2º passo: organização do grupo

O grupo deve ser formado por uma equipe multidisciplinar com a perspectiva da clínica ampliada, que todos façam parte do processo, não apenas os que conduzirão as aulas de dança. Sugerimos além das aulas de dança, programar rodas de conversa com temas diversos e selecionados pelos participantes, excursões e passeios. Outras intervenções voltadas para as diferentes necessidades de saúde podem e devem ser incluídas, além de envolver o grupo em outras ações promovidas pela UBS.

3º passo: organização da aula

Definir qual profissional vai conduzir as aulas de dança. É altamente recomendado que seja mais de um, para haver rodízio na condução e evitar cancelar as aulas devido à ausência do profissional. O ideal é que o grupo aconteça mais de uma vez na semana

4º passo: materiais necessários

Aparelho de som e um livro para recolher assinaturas dos participantes.

5º passo: divulgação

Todos os profissionais da unidade básica de saúde devem ser estimulados a convidar as pessoas para participar.

6º passo: a primeira aula

Neste dia, a equipe deve chegar pelo menos 15 minutos antes do início da aula para organizar o espaço. Em sessenta minutos é possível dançar cerca de 12 músicas e ter uma conversa de 5 minutos no final com os participantes.

7º passo: regularidade

Manter a frequência das aulas aumenta o engajamento, pois a dança vira rotina na vida dos participantes. Por isso, evite cancelar os encontros.

8º passo: faça avaliações

Peça avaliações a cada 6 meses das atividades do grupo.

9º passo: faltosos

Faça busca ativa dos faltosos e, se possível, estimule o seu retorno.

10º passo: empatia e feminismo

Recomendamos que os profissionais envolvidos neste grupo criem espaços de amizade, busque gerenciar conflitos e aproveitem o espaço do grupo para discutir as dificuldades do feminino e identificar situações de violência e sofrimento, auxiliando na condução das situações complexas, envolvendo toda a equipe da unidade e se necessário buscar apoio em outros serviços.

Apesar desta pesquisa ter sido direcionada para o público feminino, a prática da dança é universal e pode ser oferecida para o público em geral, e a formação do pensamento na perspectiva feminista interessa a todos, e não apenas às mulheres, se o nosso objetivo é desconstruir o machismo patriarcal. Vamos pensar sobre isso!

REFERÊNCIAS

- Adichie CN. Para educar crianças feministas: um manifesto. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- Albert SBZ, Martinelli KG, Zandonade E, Santos ETN. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências. R. bras. Est. Pop. 2023;40:1-16.
- Amaral RP, Tesser CD, Müller P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepção de pacientes e médicos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(28):196-202.
- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2008.
- Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. Organização Cavalcanti AM. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.
- Barancelli LLR, Pawlowytsch PWM. Dança e qualidade de vida: um estudo biopsicossocial. Repertório. 2016;26:273-282.
- Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- Brasil, Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção de saúde, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Brasil. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo

Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Recomendações para operacionalização da política nacional de promoção da saúde na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(12):4723-4735.

Caicedo-Roa M, Cordeiro RC. Análise de casos de feminicídio em Campinas, SP, Brasil entre 2018 e 2019 por meio do modelo ecológico da violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023;28(1):23-36.

Campos GWS, Furlan PG. Os Grupos na Atenção Básica In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Campos GWS. Saúde paidéia. 4ª edição. São Paulo: editora Hucitec; 2013.190p.

Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 1ª edição. São Paulo: editora Hucitec; 2000.

Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(3):e00101417.

Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. São Paulo: ArtMed; 1995.

Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(6):1829-1838.

Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha DG. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. Tempus - Actas de Saúde Coletiva. 2009;3(3):44-55.

Cavalcante DG, Oliveira DV, Antunes MD, Prati ARC. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes de dança. Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde – RIPS. 2018; 1(1):23-31.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2009. 117-130.

Costa NR, Silva PRF, Jatobá A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. Saúde Debate. 2022;46(8):8-20.

Dahlke AP, Vaz FF. Scoping review: práticas corporais na atenção básica em saúde. Revista Pensar a Prática. 2020;23:e54908.

Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Machado MFAS, Forte FDS, Silva LCC. Política nacional de promoção da saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(1):103-114.

Dias TM, Oliveira CF, Terra LSV. Experimentações para a construção de novas abordagens de saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde In: Nas entranhas da atenção primária à saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2021. 213-233.

Ferraz RB, Tavares H, Zilberman ML. Felicidade: uma revisão. Rev. Psiq. Clín. 2007;34(5):234-242.

Figueiredo DS, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Arawaka AM, Oliveira LS Magagnin AB. Promoção de saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. Rev enferm UFPE on line. 2019;13(4):943-951.

Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.

Fonseca ES, Jorge MA. A discriminação da mulher negra no mercado de trabalho: uma análise comparativa do rendimento no trabalho de Bahia versus Brasil, nos anos de 2001 a 2015. Planejamento e políticas públicas. 2021;60:265-302.

Frison FS, Shimo AKK, Gabriel M. Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto. Saúde Debate. 2014;38(101):277-284.

Galvão GA, Souza AS, Santos VTC, Vieira LO, Meira LC, Costa LC, Moreira SLF, Meira EC. Memória de filhos em convivência familiar com pais alcoolistas. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e246038.

Gomes GAO, Papini CB, Nakamura PM, Teixeira IP, Kokubun E. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na atenção básica de saúde. Rev Bras Ciênc Esporte. 2019;41(3):263-270.

Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MDPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface. 2018;22(65):387-98.

Instituto Maria da Penha - IMP [Internet]. Acesso em 01/08/2023. Endereço: <https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

Leal MC et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Cad. Saúde Pública. 2019;35(7):e00223018.

Leme CRP, Koster I, Paz EPA. Promoção da saúde na atenção primária. In: Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária à saúde. Curitiba: CRV; 2017. 287-310.

Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Santos CAST, Nunes IM. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. Ciência & Saúde Coletiva. 2022;27(10):3881-3890.

Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2010;19(3):461-468.

Machado CS, Menezes LP. A dança e as alterações fisiológicas no organismo humano: um estudo de revisão. R. bras. Ci. e Mov. 2020;28(2):39-58.

Madsen N. Pequim +20: saúde das mulheres. In: Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo. Brasília: Ipea, 2020. 91-159.

Malta DC, Moraes OLN, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Akerman M. Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(6):1683-1694.

Mattioni FC, Silveira RP, Souza CD e Rocha CMF. Práticas de promoção da saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2022; 27(8): 3273-3281.

Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(1):38-51.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Moschen LS, Lyra VB, Stein F, Boing L, Marinho A, Guimarães ACA. Percepções de mulheres em tratamento do câncer de mama acerca do impacto da dança do ventre no otimismo e na autoestima: estudo movemama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2021;67(2):e-161283.

Neves RG, Flores-Quispe MDP, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria de Qualidade da Atenção Básica, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020;29(1):e2019019.

Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Pistas para potencializar grupos na atenção básica. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016;69(5):907-914.

Núcleo de Estudos da Violência da USP (NEV-USP) [Internet]. Acesso em 12/02/2024. Endereço: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/03/05/mesmo-com-queda-recorde-de-mortes-de-mulheres-brasil-tem-alta-no-numero-de-feminicidios-em-2019.ghtml>.

Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde Debate*. 2019;43(122):939-948.

Oliveira MPS, Santos EV, Rodrigues MRS, Silva LA. Dança e saúde: discutindo sobre os principais benefícios da dança nos aspectos psicológicos em mulheres. *Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu*. 2020;1(2):35-43.

Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.

Pinheiro EMN, Severo AKS, Ramalho DC, Sá ANP. “Eu me sentia uma nada”: história oral de mulheres em sofrimento psíquico na atenção básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2022;32(1):e320108.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 69-116.

Portella A, França M. Número da discriminação racial: desenvolvimento humano, equidade e políticas públicas. São Paulo: Ed. Jandaira; 2023.

Prefeitura Municipal de Guarulhos. Documento Norteador para a atenção básica do município de Guarulhos. Guarulhos: 2017.

Rego LS, Figueiredo GO, Romano VF, Baião MR. As atividades de grupo na perspectiva dos sujeitos em uma clínica da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;29(3):e290316.

Rollo RM e Weber DL. O Sistema Nacional de Saúde cubano e a geopolítica: reflexões a partir da vivência in loco. *Ágora*. 2018; 20(02): 14-26.

Rosen G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

Santana TDB, Silva GR, Nery AA, Martins IEF, Vilela ABA. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 2019;17(61):135-141.

Santos AM, Vaz DSS, Mazur CE. Existe associação entre comportamento alimentar, estado nutricional e tempo de prática de zumba fitness? *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 2018;12(80):1161-1170.

Santos GC, Brisola EBV, Moreira D, Tostes GW, Cury VE. Impacto do racismo nas vivências de mulheres negras brasileiras: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2023;43(e249674):1-16.

Schneider AS, Ceolin S, Badke MR, Heisler EV, Lautenschleger G, Costa AR. Aplicabilidade e benefícios da dançaterapia como prática de cuidado em saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2020;9(7):e344974009.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1997;31(5):538-542.

Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da reforma sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde Debate*. 2019;43(8):276-291.

Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismos do movimento de mulheres. *Saúde Debate*. 2021;45(130):832-846.

Valério ACO, Bezerra WC, Santos VS, Leite Júnior JD, Farias MN, Santos SMB. Racismo e participação social na universidade: experiências de estudantes negras em cursos de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e3007. 2021.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Huci-tec, Ed. Fiocruz; 2006. 635-667.

Zambello AV, et al, organizador Mazucato T. *Metodologia da pesquisa e do trabalho científico*. Penápolis: Funep; 2018.

Zanello V. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a psicologia. In: Zanello V e Porto M. *Aborto e (não) desejo de maternidades(s): questões para a psicologia*. Conselho federal de psicologia. Brasília: CFP; 2016. 103-119.

Zimmerman DE, Osorio LC. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Apêndice 01 – Questionário

Data: ____ / ____ / ____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____

Raça/cor: () Branco () Amarelo
 () Pardo () Indígena
 () Preto () Não quero responder

Escolaridade: () Não sei ler e escrever
 () Estudei até a 4ª série
 () Estudei até a 9ª série
 () Estudei até o ensino médio
 () Conclui o ensino médio
 () Cursei o ensino superior
 () Não quero responder

Você trabalha fora de casa?

() Sim () Não

Recebe algum benefício? () Não

() Sim, qual?

() Auxílio Brasil (antigo bolsa família)

() LOAS

() Aposentadoria

() Outro

Renda mensal familiar: () Até 1 salário mínimo

() 1 a 5 salários mínimo

() Mais de 05 salários mínimo

Faz tratamento para alguma doença?

() Não

() Sim, qual?

() Hipertensão () Diabetes

() Câncer () Depressão

() Ansiedade () Outra. Qual? _____

Você é atendido por qual posto de saúde:

() Cumbica

() Cummins

() Soimco

() Outro posto de saúde

() Convênio

Como você foi convidado para o grupo de dança?

() Médico

() Enfermeiro

() Agente comunitário de saúde

() Amigo

- Familiar
 Outro. Quem? _____

Qual o motivo do convite na sua opinião?

- Lazer
 Complementar o tratamento de saúde
 Atividade física
 Saúde mental
 Outro. Qual? _____

Há quanto tempo você participa do grupo de dança:

- Menos de 03 meses
 Até 06 meses
 Até 01 anos
 Até 02 anos
 Mais de 03 anos

Quais das atividades oferecidas pelo grupo de dança você mais gosta (escolher até 3)?

- Aula de dança Rodas de conversa
 Baile Interação com o grupo
 Excursão Apresentação do grupo de dança
 Participar do grupo do WhatsApp

Como você avalia o grupo de dança?

- Regular Bom Ótimo

Por que você fez esta avaliação?

Apêndice 02 – Roteiro da entrevista semi-estruturada

1. Você poderia se apresentar, quem é você?
 - a. Quais as características você considera que mais te definem?
 - b. Qual é a sua trajetória de vida?
 - c. Quais momentos / cenas de sua trajetória foram mais marcantes para você?

2. Quais foram as maiores dificuldades que você enfrentou na vida?
(Neste momento, investigar determinantes como racismo, violência, pobreza, mercado de trabalho, condições de habitação e segurança alimentar e nutricional.)
 - a. Você acredita que alguma dessas dificuldades foi devido ao fato de você ser mulher?
 - b. Outras pessoas, ao lembrar das dificuldades, às vezes se referem também a dificuldades que elas atribuem ao preconceito que existem em nosso país. Como é isso para você? / O que você pensa a esse respeito?

3. O que é felicidade para você?
 - a. O que você faz para você mesma e que você acha que te faz bem?

4. O que é saúde para você?
 - a. Você faz algum tratamento de saúde?
 - b. Se sim, você encontra no posto de saúde o suporte necessário para sua saúde? O posto dispõe dos recursos que você precisa? Como tem sido esse acesso para você?

5. Como foi que o grupo de dança entrou na sua trajetória?
 - a. Como ele se insere na sua rotina atualmente? Você precisou negociar com alguém para poder participar do grupo?
 - b. Qual é a importância dele para você? E para os outros?
 - c. De tudo o que o grupo oferece, o que você mais gosta e o que você menos gosta?
 - d. Além do grupo de dança, você participa de outros grupos oferecidos pelo posto de saúde? Existe algum grupo que gostaria de participar?

6. Na sua opinião, pensando em você e nas outras participantes do grupo, quais são as necessidades dessas mulheres? O que elas mais precisam?
 - a. Você acredita que o grupo de dança pode colaborar com essas necessidades? Por quê?

7. Tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

Apêndice 03 – Termo de consentimento livre esclarecido

A senhora está convidada a participar da **primeira parte** da pesquisa “O papel do grupo de dança no cuidado ampliado às mulheres: experiência na atenção básica de Guarulhos – SP” realizada pela profissional Rafaela Maria Rodrigues. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o perfil socioeconômico e o histórico de saúde das mulheres que participam do grupo de dança “Cumbica Dance”, além de verificar o motivo da sua procura pelo grupo e a sua opinião sobre ele. O que motivou a pesquisa foi a observação de mudanças físicas e no comportamento social das participantes após frequentarem o grupo. Esta pesquisa contribuirá para o aperfeiçoamento e ampliação das ações oferecidas para as mulheres, além de estimular outros profissionais a organizarem grupos como este no seu local de trabalho. Serão convidadas nesta parte da pesquisa todas as mulheres que participam do grupo de dança “Cumbica Dance” e que tenham mais de 18 anos de idade. Desta maneira a senhora está convidada a responder um questionário com questões de múltipla escolha com duração máxima de 15 minutos. É importante destacar que a senhora tem garantido o direito a: recusar o convite para participar desta pesquisa; desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento, durante a realização ou análise das entrevistas; solicitar os resultados parciais ou finais da pesquisa, sempre que desejar; e/ou ter o sigilo das informações fornecidas durante a entrevista. Em caso de recusa ou desistência, não haverá qualquer penalidade ou repreensão para a senhora. Os riscos com essa pesquisa são mínimos, podendo ocorrer incômodo referente ao tempo que a Sra. levará para preencher o questionário e/ou constrangimento em responder alguma questão, e se houver algum dano a pesquisadora se compromete a auxiliar no seu acolhimento de saúde. Ao término da pesquisa está previsto a realização de um evento para a apresentação dos resultados, mas a qualquer momento as participantes da pesquisa podem ter acesso aos resultados.

O convite e a realização da pesquisa são de responsabilidade da profissional Rafaela Maria Rodrigues. No que diz respeito a qualquer questão relacionada à pesquisa, a profissional responsável está à disposição para contato na UBS Cumbica, localizada na rua Mário Luiz Figueroa, 295, Jardim Cumbica, de segunda a quinta das 07h às 16h; através do telefone (11) 2483-2079 ou do e-mail enfermeira.rafaela@gmail.com. Este projeto de pesquisa foi analisado do ponto de vista ético pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, havendo maiores dúvidas a respeito das questões éticas envolvidas na pesquisa, a senhora também pode entrar em contato com o (CEPIS), localizado na Rua Santo Antônio nº 590, 1º andar, através de e-mail: cepis@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8507 de 2ª a 6ª feiras das 10:00 às 16:00. Esta pesquisa e este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeitam as exigências das Resoluções nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, gostaríamos de saber se a senhora aceita este convite. Se concordar com a participação e com a declaração a seguir, pedimos que escreva seu nome e assine nos espaços indicados: “Declaro que fui devidamente informada sobre a minha participação na pesquisa descrita neste documento, entendendo os termos apresentados. Sendo assim, aceito participar da pesquisa de forma voluntária e declaro que recebi uma via deste documento – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – assinado por mim e pela responsável pela pesquisa.

Guarulhos, ____ de ____ de 202__.

Nome e assinatura da participante da pesquisa

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa

Apêndice 04 – Termo de consentimento livre esclarecido

A senhora está convidada a participar da **segunda parte** da pesquisa “O papel do grupo de dança no cuidado ampliado às mulheres: experiência na atenção básica de Guarulhos – SP” realizada pela profissional Rafaela Maria Rodrigues, que tem como objetivo compreender o sentido atribuído ao papel do grupo de dança oferecido pela atenção básica no processo de cuidado das mulheres e conhecer valores, conquistas e dificuldades das participantes. O que motivou a pesquisa foi a observação de mudanças físicas e no comportamento social das participantes após frequentarem o grupo. Esta pesquisa contribuirá para o aperfeiçoamento e ampliação das ações oferecidas para as mulheres, além de estimular outros profissionais a organizarem grupos como este no seu local de trabalho. Serão convidadas nesta parte da pesquisa algumas mulheres que participam do grupo de dança “Cumbica Dance” e que tenham mais de 18 anos de idade. Desta maneira, a senhora está convidada a participar de uma entrevista, no qual o áudio será gravado e com duração máxima de 1 hora. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados de forma anônima, garantindo o sigilo das suas informações pessoais.

É importante destacar que a senhora tem garantido o direito a: recusar o convite para participar desta pesquisa; desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento, durante a realização ou análise das entrevistas; solicitar os resultados parciais ou finais da pesquisa, sempre que desejar; e/ou ter o sigilo das informações fornecidas durante a entrevista. Em caso de recusa ou desistência, não haverá qualquer penalidade ou repreensão para a senhora. Os riscos com essa pesquisa são mínimos, podendo ocorrer incômodo referente ao tempo que a senhora levará para responder a entrevista e/ou constrangimento em responder alguma questão, e se houver algum dano a pesquisadora se compromete a auxiliar no seu acolhimento de saúde. Ao término da pesquisa está previsto a realização de um evento para a apresentação dos resultados, mas a qualquer momento as participantes da pesquisa podem ter acesso aos resultados.

O convite e a realização da pesquisa são de responsabilidade da profissional Rafaela Maria Rodrigues. No que diz respeito a qualquer questão relacionada à pesquisa, a profissional responsável está à disposição para contato na UBS Cumbica, localizada na rua Mário Luiz Figueroa, 295, Jardim Cumbica, de segunda a quinta das 07h às 16h; através do telefone (11) 2483-2079 ou do e-mail enfermeira.rafaela@gmail.com. Este projeto de pesquisa foi analisado do ponto de vista ético pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, havendo maiores dúvidas a respeito das questões éticas envolvidas na pesquisa, o (a) senhor (a) também pode entrar em contato com o (CEPIS), localizado na Rua Santo Antônio nº 590, 1º andar, através de e-mail: cepis@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8507 de 2ª a 6ª feiras das 10:00 às 16:00. Esta pesquisa e este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeitam as exigências das Resoluções nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, gostaríamos de saber se a senhora aceita este convite. Se concordar com a participação e com a declaração a seguir, pedimos que escreva seu nome e assine nos espaços indicados: “Declaro que fui devidamente informada sobre a minha participação na pesquisa descrita neste documento, entendendo os termos apresentados. Sendo assim, aceito participar da pesquisa de forma voluntária e declaro que recebi uma via deste documento – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – assinado por mim e pela responsável pela pesquisa.

Guarulhos, ____ de ____ de 202__.

Nome e assinatura da participante da pesquisa

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa