



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Adriana Lima Barros

**PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DAS MULHERES: A EXPERIÊNCIA DO  
TRABALHO COM GRUPOS NO NASF – PARNAÍBA/PI**

Teresina

2019

ADRIANA LIMA BARROS

**PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DAS MULHERES: A EXPERIÊNCIA DO  
TRABALHO COM GRUPOS NO NASF – PARNAÍBA/PI**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a banca de defesa do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador:

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

Co – Orientador:

Prof. Dr. Fábio Solon

Área de concentração:

Saúde da Família

Linha da pesquisa: Promoção de Saúde

TERESINA  
2019

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Serviço de Processamento Técnico

B277p      Barros, Adriana Lima.  
                Promoção de saúde mental das mulheres : a experiência do  
                trabalho com grupos no NASF – Parnaíba/PI / Adriana Lima  
                Barros. – 2019.  
                65 f.

                Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) –  
                Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.  
                “Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa”.  
                “Coorientador: Prof. Dr. Fábio Solon”.

                1. Cuidado. 2. Promoção de Saúde. 3. Saúde Mental.  
I. Título.

CDD 614.58

ADRIANA LIMA BARROS

**PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DAS MULHERES: A EXPERIÊNCIA DO  
TRABALHO COM GRUPOS NO NASF – PARNAÍBA/PI**

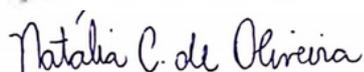
Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

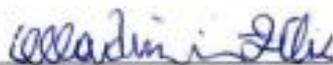
Banca Examinadora:



Presidente/Orientador: Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa  
Instituição: Universidade Federal do Piauí



Professor 1: Dra. Natália Maria Oliveira  
Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul



Professor 2: Dr. Antônio Vladimir Félix da Silva  
Instituição: Universidade Federal do Piauí

Teresina, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

## **DEDICATÓRIA**

**Para Gladstone e Anabel meu pedaço de céu na terra.**

## **AGRADECIMENTOS**

**À Deus por me conduzir até aqui;**

**Aos meus pais Amadeu e Maria Francisca meu porto seguro que me ajudaram em todos os momentos;**

**À minha família pelo apoio diário nessa trajetória;**

**Ao meu orientador José Ivo Pedrosa pelas contribuições sempre certas e reflexões tão profundas sobre a saúde coletiva;**

**Ao professor Fábio Solon por sua acolhida e afeto no processo;**

**Aos meus professores e professoras do RENASF/UFPI Saúde da Família pela incrível experiência de aprendizado;**

**Aos meus colegas de Mestrado pelo aprendizado nessa jornada;**

**À Jodeyson pela contribuição valiosa para minha banca;**

**Ao professor Wladimir Félix por sua inspiração e aceitação em contribuir com esse trabalho e com minha trajetória;**

**À Juliana, Jujuba pelo apoio fundamental nesse processo, sem você amiga eu não teria conseguido;**

**Ao GECA pelo aprendizado e crescimento ao longo desses 08 anos de existência.**

## **EPIGRAFE**

**Vai chegar – Cassiano Andrade**  
**Cresça aconteça o que acontecer**  
**Nunca amaneça sem tentar ser um pouquinho melhor**  
**Ponha um sonho dentro da cabeça**  
**E apareça e o que aparecer**  
**Não se aborreça vá sem pressa que o que é seu vai chegar**  
**No caminho há de ter pedras, sois e chuvas, nuvens, medos**  
**Descaminhos, desventuras, desenredos, choros,**  
**Senhas e tabus a desvendar**  
**Permaneça sempre atento, calmo, forte**  
**Mente firme, foco e busque a melhor sorte**  
**Ria, chore, coração tranquilo e logo a vida sorrirá!**

## RESUMO

A saúde mental é espaço ainda norteado pelos estigmas e preconceitos. Na Atenção Primária (AP) é uma das prerrogativas de trabalho para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A partir da inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ampliou-se a perspectiva do trabalho em saúde mental na AP, com o desenvolvimento do trabalho com grupos, estratégia importante para fortalecer o cuidar de si e dos outros, no sentido de promover a saúde mental e o fortalecer vínculos com a comunidade e com as equipes de saúde. Os grupos representam espaços de fortalecimento mútuo e de construção de significados aos processos de vida no território para os participantes, sendo a maioria das mulheres que enfrentam diversas situações de vulnerabilidade. Esta pesquisa tem como objetivo compreender as práticas de cuidado para promoção de saúde mental das mulheres no GECA – grupo de expressão corporal e autoestima, acompanhado pelo NASF, enfatizando a perspectiva do profissional de serviço social, no município de Parnaíba. A pesquisa utiliza a narrativa das mulheres usuárias das ESF de um módulo de saúde onde existe grupo de promoção de saúde mental, através de entrevista bem como participação observante ao longo dos nove anos de trabalho no serviço. Identificou - se que as mulheres constroem diversas práticas de promoção de saúde tanto individual como coletivamente e associam as atividades do grupo ao cuidado e fortalecimento de sua saúde mental, pela via da socialização, trocas de energias e afeto. Entendendo que o processo saúde e doença também se definem na relação dos indivíduos e grupos com os determinantes psicossociais de seu território, terreno de atuação dos profissionais e terreno de vida dos usuários, abre-se perspectiva de atuação para o campo do Serviço Social.

**Palavras-chave:** Cuidado. Promoção de Saúde. Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

Mental health is a space still guided by stigma and prejudice. In Primary Care (PA) is one of the working prerogatives for the Family Health Strategy (FHS). From the insertion of the work of the Family Health Support Centers (NASF), the perspective of mental health work in PA was expanded, with the development of work with groups, an important strategy to strengthen self-care and others, to promote mental health and strengthen ties with the community and health teams. The groups represent spaces for mutual strengthening and meaning building to the life processes in the territory for the participants, most of them facing various situations of vulnerability. This research aims to understand the care practices for mental health promotion of women followed by NASF, emphasizing the perspective of the social service professional of NASF, in the city of Parnaíba. The research uses the narrative of women who use FHS from a health module where there is a mental health promotion group. It was found that women build various health promotion practices both individually and collectively and associate the group activities with the care and strengthening of their mental health, through socialization, energy exchanges and affection. Understanding that the health and disease process is also defined in the relationship of individuals and groups with the psychosocial determinants of their territory, the professional's field of action and the users' life field, opens up the perspective of action for the field of Social Work.

**Keywords:** Caution. Health Promotion. Mental Health.

## **LISTA DE SIGLAS**

AB Atenção Básica  
APS Atenção Primária à Saúde  
CNSM Conferencia Nacional de Saúde Mental  
ESF Estratégia de Saúde da Família  
GECA Grupo de Expressão Corporal e Auto Estima  
NASF Núcleo de apoio em saúde da família  
RAPS Rede de Atenção Psicossocial à Saúde  
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>Práticas de cuidado para promoção de Saúde Mental no ESF – um lugar para o NASF chamar de seu .....</b>	<b>14</b>
	<b>2.1 Algumas reflexões sobre o cuidado .....</b>	<b>14</b>
	<b>2.2 A questão social e as relações contemporâneas e seus reflexos na saúde.....</b>	<b>17</b>
	<b>2.3 Estratégia de Saúde da Família e o NASF no contexto da Promoção de saúde.....</b>	<b>18</b>
	<b>2.4 Promoção de Saúde no NASF como estratégia para a saúde mental das Mulheres .....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>Trabalho com grupos no NASF – a experiência do Serviço Social .....</b>	<b>27</b>
	<b>3.1 O Serviço Social e sua inserção na Saúde.....</b>	<b>27</b>
	<b>3.2 O grupo como lugar de cuidado.....</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>35</b>
	<b>4.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>35</b>
	<b>4.2 Cenário da pesquisa .....</b>	<b>36</b>
	<b>4.3 Participantes da pesquisa .....</b>	<b>38</b>
	<b>4.4 Procedimentos de produção e análise das informações .....</b>	<b>39</b>
	<b>4.5 Apresentação e análise dos resultados .....</b>	<b>42</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E EXPECTATIVAS.....</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ambiente social da contemporaneidade é espaço de adoecimento por diversos aspectos, seja pela velocidade das mudanças dos impactos dos determinantes de saúde, seja pela volatilidade dos processos ou ainda pela frágil estruturação de valores e perspectivas de compressão do cenário atual na qual a dificuldade de compreender e visualizar práticas de cuidado aliadas às possibilidades de construção de projetos de vida mesmo diante das dificuldades vividas levam pessoas a estabelecer estratégias de cuidar de si que fortaleçam a preservação de sua saúde mental (LANDIN et al., 2000).

No espaço familiar o provimento do cuidado é historicamente feminino, centrado na figura da avó, mãe, filha, irmã, dentre outros. A incorporação de atividades relacionadas aos cuidados de seres humanos em processo de crescimento ou que dependem de outros para garantir o direito à vida faz parte da história cotidiana das mulheres. Esta incorporação relaciona - se com a adesão a valores morais e atribuições de funções diferenciadas para homens e mulheres na sociabilidade burguesa e patriarcal cujo senso moral define as atividades do ato de cuidar como ações atribuídas de forma naturalizadas às mulheres (GUEDES; DAROS, 2009).

Nesse sentido, o cuidar do outro parece naturalizado, entretanto somado a demandas outras colocadas para as mulheres como a inserção no mercado de trabalho, a administração financeira da vida familiar, os cuidados maternos e os cuidados domésticos torna se elemento que aumenta a carga mental e física de mulheres contribuindo para que o cuidar de si pode ser relegado ao segundo plano, abrindo possibilidade de adoecimentos.

O contexto da atualidade é permeado de tensões e conflitos, o recrudescimento dos ardis capitalistas deixa mais presente os conflitos da questão social e suas expressões no cotidiano. Na lógica do capital o indivíduo é responsável pela produção e reprodução da vida gerando exclusão e uma perspectiva que se caracteriza como sobrevivência traduzida numa luta contínua.

Questão social decorrente da imensa desigualdade entre ricos e pobres, representando, em sua gênese e síntese a acumulação capitalista, que se alimenta de concentração de renda, propriedade e poder e nesse movimento gera violência, pauperização, discriminação e exclusão social (IAMAMOTO, 2008).

As mulheres com suas diversas atribuições vivem esses efeitos e a partir de suas realidades precisam criar estratégias de produção de vida e cuidado dos outros e de si

mesma e elegendo prioridades, ao longo da vida, voltadas em sua maioria para a sobrevivência da família, para a ambiência de quem a cerca (LANDIN et al., 2000).

No campo da saúde compreender que existem dispositivos e profissionais para dar suporte e fortalecer essas estratégias de vivência traz a trajetória das mulheres com maiores possibilidades para enfrentar as adversidades. Com a Constituição Federal de 1988 é instituído o Sistema Único de Saúde que tem como uma de suas principais estratégias a ênfase na Atenção Básica e no dispositivo denominado Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) com sua capilaridade é a porta de entrada e ao mesmo tempo um dos canais de identificação das estratégias de vida elaboradas pelos sujeitos que circulam no território. Com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como suporte e apoio às equipes da ESF se ampliou o escopo de estratégias para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sobretudo do campo da saúde mental, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade (VIEIRA; NEVES, 2017).

O NASF tem como perspectiva de trabalho prioritariamente as atividades de grupo e o apoio matricial, focados na promoção da saúde e prevenção das doenças. Essa priorização pode fortalecer a autonomia, o empoderamento e a valorização de soluções coletivas para o cuidado de si (BRASIL, 2008).

Nas mulheres, dentro desse contexto social, as características do cuidado aparecem como inatas e fortemente relacionadas ao altruísmo e maternidade entendida como capacidade para cuidar. Ainda que a mulher esteja inserida no mercado de trabalho essas atribuições se colocam como uma dupla jornada de trabalho, sejam ligadas ao cuidado materno, sejam ligadas ao cuidado com idosos e doentes (GUEDES; DAROS, 2009).

O resultado direto disso passa pelo adiamento dos projetos pessoais, a negligência com o cuidado de si até a perspectiva de seu próprio adoecimento.

Aliados aos aspectos concretos do cuidado de si e dos outros com as diversas situações da vida cotidiana, como o cansaço físico, a ausência de tempo para si, as mulheres também constroem estratégias específicas isoladamente, em grupo e na comunidade que as fortalece e as reinventam. Os grupos frequentados pelas mulheres

muitas vezes oportunizam refletir e melhorar o cuidado de si, objetivo de estudo desta pesquisa.

A importância desta pesquisa é possibilitar a reflexão sobre o cuidar de si como estratégia cotidiana de produção de saúde na vida dos usuários e dos profissionais de saúde. As recomendações da OMS convocam profissionais e usuários a intervirem no sofrimento, sobretudo o psíquico como parte da estratégia de cuidado que no Brasil remonta ao final da década de 70 com a Reforma Sanitária. Entender que o cuidar de si pode ser construído e fortalecido como estratégia de produção de saúde é necessário diante do quadro de dificuldades econômicas, sociais e humanas que impulsionam a medicalização e a perda da autonomia de vida. Aportar o cuidar de si como prioridade na promoção de saúde sinaliza para um compromisso não só profissional também ético e humano do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta configuração do SUS tem resultado em experiências vivenciadas como espaço de trabalho profissional, construído nas relações com instituições, com as ESF com a comunidade e principalmente com as pessoas que se permitem afetar e que afetam as experiências aqui propostas.

O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas de cuidado para promoção da saúde mental das mulheres participantes do grupo acompanhado pelo NASF no município de Parnaíba, que tem como técnica de referência a assistente social.

O grupo estudado instituído em 2011 é o Grupo de Expressão Corporal e Autoestima. Grupo de promoção de saúde que utiliza como ferramenta de vínculo a dança.

## **2. Práticas de cuidado para promoção de Saúde Mental no ESF – um lugar para o NASF chamar de seu.**

### **2.1 Algumas reflexões sobre o cuidado**

O campo da saúde tem como objeto central a produção do cuidado (MERHY, 1999). Um acontecimento que se manifesta pelo encontro de quem busca cuidado (o usuário/a) e quem supõe ofertar o cuidado (profissional). Nesse encontro, constrói – se uma micropolítica entendida como um espaço de afetos, práticas e saberes que conjuntamente produzirão saúde (MERHY; FRANCO, 2013).

Um cuidado que se fundamenta em procedimentos, técnicas, ferramentas, mas também em saberes, práticas e, sobretudo sentimentos e relações humanas, ou seja, envolve tecnologias leves, leves duras e duras resultado da articulação entre elas. Tecnologias duras se referem aos equipamentos, instrumentos, as tecnologias leve/duras aos saberes de cada área profissional e manejos organizacionais e as tecnologias leves que se constroem no contato, no vínculo entre profissional e usuário (MERHY, 1999).

Nesse sentido, a ênfase do trabalho em saúde a partir do trabalho vivo traz a possibilidade de entendimento do papel que a subjetividade tem na composição desse cuidado (FRANCO; MERHY, 2012).

O cuidado é um “ethos”, uma ética definidora de práticas e identidades para articulação de conhecimentos, saberes em benefício do usuário (MERHY, 1999).

Trata se de considerar a saúde para além da condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas (PEREIRA; BARROS, 2011).

No cenário atual, compreender o cuidado, visualizar práticas de cuidado e a possibilidade de construção de projetos de vida mesmo diante das dificuldades cotidianas levam pessoas a estabelecerem estratégias de cuidar de si que fortaleçam a preservação de sua saúde mental. Cuidar do latim *cogitatu* significa pensado, imaginado, meditado. (SILVA et al, 2009)

Entender a perspectiva do cuidado de forma além do relacionado à cura da doença se apresenta hoje como resultado de um conceito de saúde orientado pelos determinantes sociais de saúde e doença, entendendo que para se ter saúde é preciso um conjunto amplo e dinâmico de aspectos interdependentes. Aspectos bio, psíquicos, sociais e espirituais presentes no contexto de vida das pessoas em seus territórios. Olhar para estas dimensões requer também manejos diferentes, estratégias diferentes de

aproximação com os usuários bem como ferramentas diferentes para entender a dinamicidade do processo saúde e doença (SILVA, 2015).

Importante entender que o usuário mesmo sendo demandante de cuidados em saúde é também sujeito ativo no processo saúde e doença, portanto também produtor de saúde. O usuário como sujeito que constrói suas estratégias de vida e atos cuidadores ainda que nem sempre curadores (MERHY, 1999).

Por isso o cuidado é construído pelas mãos de diversos atores profissionais, usuários, comunidade “tecendo fios de uma subjetividade social”, construindo afetos e relações que se cruzam e produzem significado (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

No caso do Brasil a participação e a autonomia do usuário são objetivos a serem alcançados e fortalecidos cotidianamente a partir do SUS ao mesmo tempo em que se constituem em um desafio diante das extremas condições de pobreza e a limitação do alcance e efetividade das políticas sociais. A miséria no Brasil ultrapassa os limites econômicos atingindo a identidade pessoal e social das pessoas, a exposição contínua à pobreza fragiliza a vida impossibilitando a satisfação das necessidades fundamentais. (LANDIN et al. 2000).

A exposição contínua à pobreza fragiliza a vida, embota a percepção de direitos e a capacidade de reconhecer as potencialidades da existência. A população fragilizada social, cultural e intelectualmente tem dificuldades para reconhecer sua própria importância, sua autonomia nos processos de vida.

Tal cenário vai conduzindo para adoecimentos como depressão, somatizações, mas também para a renovação de forças quando se consegue construir estratégias de fortalecimento (LANDIN et al., 2000).

O cuidado deve também fortalecer estratégias de autonomia do sujeito para o desenvolvimento de caminhos e zelar pelo bem estar físico, mental e social, ou seja, cuidar de si. Importante dizer que cuidar de si é um conceito mais amplo que as técnicas e habilidades do autocuidado aqui entendido como ação de cuidar ao mesmo tempo de si, do seu grupo, família, comunidade, isto é, compreende o cuidar do Outro (RABELO; SILVA, 2016).

Há uma estreita relação com o entendimento de cuidado de si que se ancora no pensamento de Michael Foucault (1985) onde se considera a produção de subjetividade do sujeito, constituindo - se nesse processo, estabelecendo relações com o mundo e consigo (RABELO; SILVA, 2016).

O cuidado em Foucault a partir da modernidade apresenta-se como um conjunto de regras de existências para que os sujeitos se voltem para si mesmos e então se voltem para os outros. (PASSOS, 2018). Importante dizer que o cuidado em Foucault traz a necessidade da auto governança, onde saber gera poder. (RABELO e SILVA, 2016).

O autocuidado descende de uma visão positivista onde o sujeito precisa se adaptar ao meio para atingir seus objetivos. Nessa perspectiva, significa estabelecer normas, padrões e procedimentos e ser capaz de realizá-los, considerando que o ser humano é uma totalidade formada pela soma de suas partes e o cuidar de si são práticas com o objetivo do próprio bem-estar (BUB et al., 2006).

A noção de autocuidado foi desenvolvida a partir das práticas de enfermagem em 1958, pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem (SILVA et al., 2009), e implicam em condutas que tem uma perspectiva teórico – filosófica que a embasa, nesse caso de viés positivista..

A relação com os outros indivíduos na construção do cuidado não é a tônica do cuidado de si defendido por Foucault, mas é ponto de inflexão nesta pesquisa uma vez que o Serviço Social parte da perspectiva histórica de sociabilidade. A análise do cuidado pensada por essa ótica o considera como relação direta de um sujeito com outro na satisfação de suas necessidades. (PASSOS, 2018). Assim a subjetividade relacional se faz no contato e no cotidiano das relações entre os indivíduos.

Interessante observar que as pesquisas em cuidado no campo da saúde ligadas ou não ao Serviço Social voltam-se para o cuidado para o outro, a partir da noção de solicitude e atenção corroborando a correlação historicamente construída de cuidado com doença, dissociando seu entendimento da sua dimensão social, coletiva, mas também subjetiva.

Cuidado de si parte da centralidade do sujeito e suas relações dentro de um eixo de poder, saber e verdade. Nesse contexto as práticas de saúde se voltam para a subjetividade e a construção da cultura de si dos sujeitos (BUB et al., 2006).

E é partindo dessa subjetividade que cabe refletir por que o campo do cuidado é tão significativo para as mulheres que são o foco dessa pesquisa?

## **2.2 A questão social e as relações contemporâneas e seus reflexos na saúde**

As mulheres sofreram mudanças significativas em seu contexto de vida, mudanças que alteraram o seu cotidiano. O século XX foi decisivo na luta das mulheres

por direitos sociais e políticos. Mudanças que se refletem no campo de trabalho, que para a mulher passou a ser fora de casa sem, contudo deixar de manter o trabalho doméstico e a gestão do lar. Esse acúmulo gera o aumento da carga mental de preocupação o que altera seus fatores de risco em relação à saúde (THUM et al., 2011).

Assim,

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os fatores de risco estão relacionados aos níveis de estresse e controle, ocupação e atividades diárias, fatores genéticos, estilo de vida, hábitos de saúde e alimentar, além das alterações ambientais interferem na vida das pessoas. (THUM et al., 2011, p.2).

No Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) tem como objetivos fortalecer as estratégias de cuidado no campo da promoção e prevenção dos agravos em saúde relacionados às mulheres. No texto da política há um enfoque da saúde mental entendendo que as mulheres pelas diversas situações a que são submetidas dentro e fora do âmbito doméstico estão mais suscetíveis ao adoecimento. Para tanto,

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas às condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens. (BRASIL, 2004, p. 44).

O cotidiano das mulheres em seu território é espaço por excelência onde as estratégias de sobrevivência, de cuidado de si e dos outros são construídas e fortalecidas. Na vida familiar e comunitária produtora muitas vezes de adoecimento também é produtora de saúde e cuidado. O SUS através da ESF e do NASF pela sua capilaridade consegue alcançar as demandas de forma mais rápida e mais próxima, pois está presente no território, no dia a dia das famílias, o que remete a característica relacional do cuidado.

No SUS principalmente na AB as práticas de cuidado se voltam para a promoção de saúde entendida como processo dinâmico e dialético de mediações e constituição de campos relacionais, cognitivos e éticos entre sujeitos individuais e coletivos, implicando uma produção compartilhada de conhecimentos e práticas favoráveis à constituição de espaços de conquistas de liberdade, de redução de vulnerabilidades socioambientais e de exercício dos direitos humanos fundamentais (FREITAS; PORTO, 2011).

### **2.3 Estratégia de Saúde da Família e o NASF no contexto da promoção de saúde**

A Estratégia de Saúde da Família “fundamenta-se na promoção da qualidade de vida através de práticas de saúde centradas na família e na comunidade, gerando um novo modelo de atenção à saúde, mais justo, equitativo, democrático, participativo e humanizado” (CARDOSO, et al, 2005, p. 430).

Suas ações são territorializadas, construídas a partir das necessidades do território onde se insere aproximando os sujeitos dos processos de saúde e seu cuidado. A ação da ESF é interdisciplinar entendendo a saúde como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes que devem ser observados sob perspectiva multicausal sob um olhar plural que congregam um conjunto de saberes que ao por em relação suas interfaces compõem a integralidade do sujeito.

A ESF é definida como porta de entrada do SUS possibilitando o primeiro acesso e contato com os usuários do serviço num modelo de atenção inaugurado pela Constituição Federal de 1988, baseado no diálogo, centrado no usuário e suas necessidades e não nos profissionais de saúde. (SANTOS; SENNA, 2017).

A partir das décadas de 80 e 90 as configurações da AB em saúde desenharam uma lógica de atenção em saúde capilarizada, centrada no lugar onde a vida se desdobra: o território. Território esse que além de compreender determinada demarcação geográfica é território vivo de trocas de experiências, constituído de relações entre os sujeitos que nele habitam.

O território da saúde não é só físico ou geográfico: é o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Os territórios estruturam habitus, e não são simples e nem dependem de um simples ato de vontade sua transformação que inclui a luta pelo amplo direito à saúde. (CECCIM, 2005, p.983)

Para Mendes (2011) há pelo menos duas concepções de território presentes nos sistemas de saúde. A compreensão de território solo: definido por critérios geográficos; é estático, portanto, não acompanha as mudanças contínuas do território; Território processo: definido por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais; é dinâmico, pois acompanha as mudanças permanentes do território.

Para Merhy (1999) o território é o lugar das micropolíticas dos processos de trabalho, campo de tensões e forças onde se deve buscar a intersecção partilhada entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidar profissionais, usuários, família e a comunidade.

A ESF tem como desafio superar a repartição do território em áreas político administrativas de ação em saúde para uma compreensão da dinâmica interna dos territórios (como a vida acontece, como os processos sociais do cotidiano se desenvolvem- território vivo).

O objetivo da ESF é interferir nos determinantes sociais de saúde e doença presentes no território de forma a produzir mudança, relacionar problemas e necessidades em saúde e a partir delas definir prioridades e isso é possível justamente pela sua capacidade de produção de práticas de cuidado e encontro, pela proximidade relacional com os sujeitos do território e pela presença dos profissionais no entremeio onde ocorrem as situações. (VIEIRA; NEVES, 2017) tendo a ESF como dispositivo prioritário e modelo substitutivo para a organização da atenção básica. (BRASIL, 2012)

A atenção primária passou a se organizar sob a lógica de Atenção Básica, não apenas por uma mudança de nomenclatura, mas trazendo afirmação de princípios de onde se deseja chegar e como compreender o lugar de alcance dessa estrutura de saúde. A atenção básica como “ethos” da organização de uma rede de cuidados. (PAIM, 2002).

Nessa perspectiva a ESF está organizada a partir dos seguintes objetivos:

- a) definição do território de atuação das UBS;
- b) programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- c) desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- d) desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

- e) assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- f) implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- g) realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- h) participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- i) desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;
- j) apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social. (BRASIL, 2012, p.18)

Organizar o cuidado em rede é reconhecer que não se faz cuidado isoladamente, verticalmente e de maneira centralizada. É apontar para transversalização de práticas em saúde baseadas num acompanhamento longitudinal, pautado em vínculos entre profissionais, famílias e comunidade. (VIEIRA; NEVES, 2017).

A ESF adscrive uma população de 4.500 pessoas, entre 600 e 1.000 famílias por equipe o que exige posturas ampliadas, que possam ser apreendidas e replicadas nas riquezas cotidianas das experiências de cada pessoa. Portanto, distante de manuais, técnicas ou tecnologias duras, procedimentos fechados, estratégias centradas na figura de um único profissional. Pelo próprio modelo da atenção básica a rigidez de processos leva a inviabilidade de alcance de seus objetivos.

Porém, ao se inserir as pessoas como sujeito de sua autonomia, como partícipe de seu cuidado se estabelece uma nova gestão de cuidado, abrangente e que dá força às experiências e aos efeitos terapêuticos que elas produzem.

Ainda que essa perspectiva relacional, interdisciplinar de produção de cuidado, sobretudo na AB esteja hoje presente nas formações das áreas em saúde, no controle social através dos conselhos e conferências de saúde, nos movimentos sociais e no anseio da própria comunidade atendida nos territórios não se pode negar a existências de diversos projetos de SUS divergentes que reforçam a intervenção sobre a pobreza de maneira verticalizada, visando à contensão das tensões sociais e a serviço da acumulação capitalista.

Projetos de SUS que privatizam a vida constroem práticas autoritárias e muitas vezes desconsideram e /ou violam direitos humanos. Parte dessa problemática advém de condições materiais ou a falta delas, no caso da AB e da ESF para exercer o papel de coordenador do cuidado. (CECÍLIO et al., 2012)

As dificuldades tecnológicas, operacionais e organizacionais são uma realidade no SUS, somam se a elas as dificuldades simbólicas (valores, significados e

representações) sobre o sistema que vão interferir na lógica de oferta do cuidado. (CECÍLIO et al., 2012).

Nesse sentido, conceitos como acolhimento, vínculo e responsabilidade sanitária são essenciais para um serviço que deva produzir inferências e interferências na direção do cuidado em saúde associado ao fortalecimento da cidadania.

Garantir que os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade na atenção básica é um desafio para as equipes do ESF. Por isso em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O objetivo do NASF é aumentar o escopo de atuação da ESF e sua capacidade de analisar o processo saúde-doença de maneira interdisciplinar. As equipes do NASF se constituem em suporte para a equipe da ESF numa clínica ampliada de trabalho.

O NASF foi instituído pela portaria nº 154 de janeiro de 2008 e reeditada pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 e pela portaria 3.124 de 08 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). As equipes de NASF são compostas por diferentes categorias profissionais assistentes sociais; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educadora); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletivo ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A diversidade das formações é necessária para se organizar as especificidades do atendimento das demandas de cada território atuando de maneira integrada à ESF sem constituir referenciamento ou contra referenciamento uma vez que se trata do mesmo serviço, ou seja a lógica é de compartilhamentos dos casos e situações e não encaminhamento.

No caso do NASF a ampliação possível do escopo de atuação do ESF vem acompanhada de estratégias importantes para o fortalecimento das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças que tem relação direta com a capacidade dos usuários e usuários de promoverem o cuidado de si e dos outros.

As estratégias de trabalho do NASF são o apoio matricial, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular, metodologias que incentivam a interdisciplinaridade, o trabalho em rede e a participação comunitária. Outro aspecto do trabalho desenvolvido

pelo NASF diz respeito a sua priorização para as atividades em grupo para promoção de saúde. A temática da saúde mental, entendida de forma ampliada perpassa o cotidiano dos grupos conduzidos pelo NASF, a fim de possibilitar que as singularidades e a autonomia dos sujeitos sejam fortalecidas (BRASIL, 2008).

O trabalho do NASF se faz compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas. O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial.

Aplicado à AB, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB.

Ao NASF cabe também melhorar a articulação da ESF com os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estratégia prioritária no trato da saúde mental. A RAPS constitui os equipamentos que conjuntamente e articuladamente vão construir caminhos de cuidado para o usuário da saúde mental e seus familiares, os itinerários terapêuticos.

Os dispositivos da RAPS mesmo em níveis de hierarquia diferentes na estrutura do SUS se articulam em torno da história e da necessidade de cada paciente coordenados pelo ESF por sua posição privilegiada de acesso ao conjunto de significados do usuário e pela possibilidade de mobilizar os recursos comunitários.

A interdisciplinaridade inclusive é essencial para trabalhar com as temáticas complexas que envolvem o cuidado e acompanhamento das famílias no território entre elas a temática da saúde mental.

No Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica procurou se construir uma história diferente para usuários e familiares da saúde mental, antes sujeitos a cárcere, choques, tratamentos desumanos, isolamento e medicalização e a partir da década de 70 construiu propostas de diálogos, socialização e integração do usuário da saúde mental e sua família como parte do processo terapêutico. (FROSI, 2014).

Avanços significativos foram alcançados ao longo do movimento de Reforma Psiquiátrica como o fechamento dos manicômios, o deslocamento do cuidado para os

territórios e o desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como estratégia de trabalho da saúde mental. (MOTA e RODRIGUES, 2016)

Trabalho conjunto de usuários familiares, profissionais e instituições que vivenciam o dia a dia de dificuldade dos usuários e seus familiares no trato com as questões que envolvem a saúde mental e seus estigmas e preconceitos na perspectiva de consolidação da cidadania e fortalecimento da autonomia dos usuários frente ao seu processo saúde-doença.

Entretanto há que se ressaltar que na AB a oferta de serviços e cuidados aos usuários da saúde mental muitas vezes é negligenciado. Há muita resistência para estabelecer vínculo com o usuário, normalmente atribuída à falta de manejo dos profissionais. Fala que se ancora claramente na visão de saúde mental estruturada na crise de pacientes crônicos e não na saúde mental como componente da vida cotidiana de todos os indivíduos diagnosticados ou não.

Saúde Mental é um estado de bem estar na qual o indivíduo é capaz de levar suas atividades da vida cotidiana por sua própria capacidade, superar as angustias e estresses próprios da vida e com isso ser produtivo para a vida comunitária. (OLIVEIRA et al., 2017).

#### **2.4 Promoção de Saúde no NASF como estratégia para a saúde mental das mulheres**

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986 estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos para a saúde, definindo seus campos de ação. Essa conferência tem profunda influência na forma como se configura o SUS. De acordo com o documento síntese fruto da conferência, promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. (BUSS, 2010).

Tal perspectiva promove um deslocamento ainda mais evidente na intenção de saúde e qualidade de vida e não apenas prevenção de doenças. Coloca na centralidade da ação o sujeito integral, sujeito holístico em seus diversos aspectos que compõem a vida em busca de qualidade.

Entretanto Carvalho (2004) sugere que as reflexões em torno da promoção de saúde no debate da saúde pública, sobretudo no Brasil, precisam considerá-la em duplo aspecto, um que tem caráter progressista e representa um esforço de atualização dos princípios democráticos da saúde pública com ênfase no bem comum e na equidade

social e outra de viés neoliberal que visam a regulação, a vigilância e a individualização dos sujeitos. Isso porque há uma tendência de responsabilização do indivíduo por sua saúde na medida da desresponsabilização do Estado pela política pública.

Problematizar a promoção de saúde como campo de tensões, conflitos e projetos societários distintos tem produzido, ao mesmo tempo, movimentos autônomos como parte da criação dos sujeitos partícipes do processo. Há que se considerarem também documentos e marcadores legais da promoção de saúde sinalizam para dimensões progressistas, na prática a condução pode refletir outros direcionamentos atravessados pelas posições dos sujeitos envolvidos, no caso os profissionais, usuários, comunidade, universidade entre outros.

Tais conflitos de ideias são esperados no campo da promoção da saúde porque seus objetivos são inseparáveis de questões éticas e políticas. (NETO; KIND, 2011). Não há controle sobre a conduta das pessoas (e não é necessário esforço nesse sentido), contudo a racionalidade instrumental no campo da saúde avança para o controle de micróbios, medicamentos, interações biológicas e clínicas e daí decorre a possibilidade do desejo de controle dos corpos, condutas e crenças dos sujeitos.

Essa concepção é explicitada no conceito de Biopoder termo criado originalmente por Foucault para referir-se à prática dos estados modernos e sua regulação dos que a ele estão sujeitos por meio de uma "explosão de técnicas numerosas e diversas para obter a subjugação dos corpos e o controle de populações". O conceito de biopoder mostra-se relevante para a compreensão da sociedade atual, pois permite evidenciar a ação das duas linhas de forças, tendo em vista a importância assumida pelas ciências biomédicas e pela biotecnologia nas últimas décadas. (FURTADO; CAMILO, 2016).

Uma reflexão importante sobre isso é que tanto a saúde pública em geral como a promoção de saúde permanece ligada em ideias centradas na patologia com programas desenvolvidos com base no modelo epidemiológico de fatores de risco. (NETO; KIND, 2011).

A Política Nacional de Promoção de Saúde (Brasil, 2010) é um marco importante para fortalecer os processos participativos e incentivar o vínculo e a lógica do cuidado contínuo para capacitar coletivos e indivíduos no reconhecer e ação sobre os determinantes de saúde com vistas à qualidade de vida.

Para atingir tais objetivos há previsão de recursos para apoio técnico e financeiro na capacitação dos profissionais da ESF em promoção de saúde, como parte de suas

ações de trabalho. A ESF é estratégia de fortalecimento de vínculo com a comunidade, de corresponsabilização das ações em saúde e as ações de promoção se voltam para fortalecer essas prerrogativas de trabalho.

O NASF é uma aposta do SUS para que o ESF consiga desenvolver ações de promoção de saúde. Isso porque o NASF proporciona uma ampliação do escopo de ações das equipes de saúde da família principalmente pela presença de profissionais das mais diversas áreas que juntos dão clareza aos determinantes de saúde presentes no território.

Os profissionais do NASF tem nas suas diretrizes a proposta de trabalhar de com grupos e em ações coletivas. Tendo como principais objetivos:

- a) O Nasf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;
- c) A equipe do Nasf e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O Nasf deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família. (BRASIL, 2008. Pg. 18).

O trabalho das equipes do NASF levam em conta o território e suas potencialidades assim como a ESF e a partir dos diferentes olhares construir estratégias mais próximas dos usuários para seu autocuidado e para o cuidado da equipe.

A promoção de saúde também é uma diretriz de trabalho para as equipes de NASF e pretende fortalecer as práticas de cuidado dos sujeitos sem controlar as estratégias construídas por eles, respeitando o modo de ser e viver das pessoas para em contato com os saberes dos profissionais potencializá-lo.

Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade. (BRASIL, 2008. Pg. 22)

Essa concepção de promoção de saúde é emancipatória porque agrega a noção de cidadania na perspectiva da saúde e sinaliza a importância do trabalho com grupos como estratégia de participação, co-responsabilização e identificação dos usuários com seu cuidado.

Esta envolveria um processo dinâmico e dialético de mediações e constituição de campos relacionais, cognitivos e éticos entre sujeitos individuais e coletivos, implicando uma produção compartilhada de conhecimentos e práticas favoráveis à constituição de espaços de conquistas de liberdade, de redução de vulnerabilidades socioambientais e de exercício dos direitos humanos fundamentais. (FREITAS; PORTO, 2011. Pg. 2)

Importante destacar que a discussão da saúde como via de cidadania é recente, somente a partir da Constituição Federal de 1988 com o fundamento da Seguridade Social e o próprio SUS amplia se o olhar para as condições de vida e a ideia de fatores social influenciando os estilos de vida.

Reforça se também a necessidade de no campo da saúde múltiplos olhares, profissões que consigam dar visibilidade aos aspectos sociais, as relações intrínsecas ao modelo societário vigente e as consequências desse modelo para a condição de saúde das pessoas.

Nesse cenário se insere o profissional de Serviço Social que compõem as equipes de NASF e tem muito a dizer sobre os condicionantes sociais e suas reflexões.

### **3. Trabalho com grupos no NASF – a experiência do Serviço Social**

#### **3.1 O Serviço Social e sua inserção na Saúde**

O Serviço Social é uma profissão inserida no campo da saúde desde seus primórdios enquanto profissão. A profissão tem uma raiz contraditória porque nasce fruto do movimento do capital para contenção dos trabalhadores. Como prática profissional, surge no final do século XIX e início do século XX, quando o capitalismo consolida sua hegemonia a nível mundial, sendo caracterizado como capitalismo monopolista.

O Serviço Social surge como um dos mecanismos para atender aos efeitos das contradições criadas pelo novo estágio desse sistema de produção, uma vez que as formas adotadas pelos pioneiros da assistência, baseada na caridade e filantropia, eram insuficientes para o controle dos problemas de ordem social que precisariam ser enfrentadas pelo Estado.

No Brasil sua institucionalização acontece no final da década de 30 com a criação das primeiras escolas de Serviço Social. De origem conservadora e com ideário católico a profissão tem a missão de contenção e apaziguamentos dos inúmeros conflitos da ordem das relações entre capital e trabalho. As primeiras profissionais eram damas da caridade, mulheres vindas de famílias abastadas e com valores católicos.

A atuação do assistente social na saúde desenvolveu-se nos Estados Unidos no início do século XX, voltado para atuação hospitalar e tinha como objetivo central auxiliar e fortalecer o trabalho do médico e fiscalizar o comportamento do doente.

De acordo com Bravo (2011) o profissional tinha como objetivo ressaltar o trabalho realizado pela instituição e sua função humanitária, destacar a ação benfeitora da instituição de saúde, tal perspectiva era desenvolvida pela capacidade de diálogo com os pacientes, capacidade de aproximação com os mesmos, predominando apenas como atributos do profissional suas qualidades pessoais e morais em detrimento do saber e de sua competência técnica. Assim, para a autora, a ação do assistente social na saúde, neste período, vai consolidar práticas que servirão como mecanismos de legitimação e controle do Estado, mediatizado pelas instituições de saúde.

O serviço social, assim como a maioria das práticas profissionais em saúde surgiram com a emergência e desenvolvimento do capitalismo monopolista, que se preocupava com a estrutura e sofisticação dos serviços de saúde por conta da importância econômica, política e social da questão.

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil a partir da década de 40. Nessa área, a atuação dos Assistentes Sociais se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais (BRAVO, 2011).

Em 1948, porém, a área da saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional devido, principalmente, à elaboração de um conceito de saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (BRAVO, 2011).

Na mesma época em que o Serviço Social passava por este processo de renovação e amadurecimento teórico, o Brasil encontrava-se em um momento de grande efervescência política pelo fim da ditadura militar e concomitante a redemocratização do país, destaca-se a força do movimento de Reforma Sanitária, que lutou pela universalização do acesso a saúde, compreendendo que este era direito de todos e um dever do estado.

A partir da década de 1960 iniciou-se na categoria o movimento de reconceituação que buscou a ruptura com a prática do Serviço Social tradicional, e teve como resultado a definição da direção política e ideológica da profissão, calcada no compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora com vistas à construção de uma nova ordem societária. Tais preceitos foram incorporados ao Código de Ética Profissional em 1993.

A partir da década de 1980 o Serviço Social aproxima-se da tradição marxista, principalmente no âmbito da Universidade, entretanto na atuação e intervenção as influências do pensamento marxista demoram a aparecer. Até a década de 90 a categoria permanece com reflexos conservadores e a convivência dentro da profissão dessas duas vertentes, há articulação da categoria com Movimento da Reforma Sanitária e pouca produção em relação à demanda do Serviço Social no âmbito da Saúde (CFESS, 2010).

A luta pelos direitos e a redemocratização do país teve como resultado a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), considerada um grande avanço, pois instaura direitos sociais e inaugura a Seguridade Social no Brasil, contemplando políticas universais, sendo composta através do tripé: Saúde, que se caracterizou, enquanto política universal, não contributiva, representada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS); Previdência Social considerada uma política restrita aos trabalhadores

contribuintes; e Assistência Social, destinada a quem dela necessitar, objetivando garantir segurança de sobrevivência e autonomia da população.

Apesar do avanço do texto constituinte a década de 90 foi marcada pela ofensiva neoliberal e o movimento de contrarreforma do Estado brasileiro. Os avanços legais não conseguiram caminhar também do ponto de vista operacional de viabilidade da Seguridade Social integrada enquanto proteção dos sujeitos.

Segundo a Resolução nº 218, de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que reconhece o assistente social como profissional de saúde, tem em sua ação a visita domiciliar, cujo caráter vai além do atendimento emergencial, curativo e seletivo, de exames e consultas ou da provisão de medicamentos.

Utilizar o princípio da equidade para pensar o trabalho do assistente social justifica a possibilidade de garantia do direito da população à saúde viabilizada pela prevenção, à medida que segmentos e grupos de riscos, como gestantes, idosos, crianças e adolescentes, eram refletidos a partir de projetos que potencializavam o protagonismo destes sujeitos. Considerando que o critério de elegibilidade vai à contramão dos princípios ético e político que regem a nossa profissão e desconstruem a perspectiva de universalização e integralidade do SUS, uma vez que a atuação do Serviço Social se ordena no sentido de mobilizar o Estado a dar respostas às demandas da população, estes sujeitos protagonizavam e utilizavam-se dos espaços construídos.

Muitos são os desafios da Política de saúde na atualidade para sua efetivação: desigualdade de acesso aos serviços de saúde, dificuldades na construção de práticas baseadas na integralidade, limitações no alcance da equidade no financiamento do setor, entraves para o exercício do controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Essas questões são exemplos claros de que a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanece ainda, como desafio contemporâneo da política de saúde (CFESS, 2010).

Segundo o documento intitulado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde - as atribuições e competências dos profissionais, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

Os artigos 2º e 3º do Código de Ética do Assistente Social estabelecem, entre outros: a garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, com o livre exercício das atividades inerentes à profissão, participando da elaboração e gerenciamento das políticas sociais, com liberdade na realização de estudos e pesquisas. E se constitui como dever do assistente social desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação sempre em vigor. (CFESS, 2005).

A partir da ampliação do entendimento do conceito de saúde e a relevância dos determinantes sociais do processo de saúde e doença o/a assistente social, como profissional de Saúde, tem como competências intervir junto às questões de cunho econômico, social e cultural, que possam comprometer a eficácia dos programas de promoção, proteção e ou recuperação da saúde. O papel do profissional tem se tornando necessário para a promoção e atenção à saúde.

De acordo com os Parâmetros de atuação dos/as assistentes sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) os desdobramentos da política de saúde tem reflexos no trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Assim, amplia-se o trabalho precarizado e os/as profissionais são chamados/ as a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

As competências do profissional auxiliam a análise crítica da realidade, estruturando o trabalho do/a assistente social e estabelecendo as atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano profissional.

Destacam-se como principais ações a serem desenvolvidas pelo/a assistente social na área da saúde:

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação

de mecanismos e rotinas de ação; Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços e Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p. 44 - 45).

O Código de Ética nos indica um rumo, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos e políticos na cotidianidade do trabalho. Princípios como a liberdade e dos valores a ela inerentes autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais afirmam o compromisso da categoria com os sujeitos participantes de seus processos de vida.

As formas de trabalho do Serviço Social em seus diversos campos de atuação objetivam fortalecer o sujeito em suas estratégias de vida e as práticas grupais apresentam se como estratégia importante em seus diversos campos de atuação principalmente nas Políticas de Assistência Social nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e na Política de Saúde nas experiências do NASF. O trabalho social com grupos na direção do ser social e a sociabilidade reconhece como instrumento histórico social a relação entre homem e mundo, que se constitui gênese da socialização e é objeto de trabalho do/a Assistente Social.

Nesse sentido a abordagem do Serviço Social com grupos é reconhecida pelo CFESS, através da resolução n.569/2010, entretanto um estudo realizado por Amorim (2017) na Universidade de Brasília – UnB analisou 129 artigos que trabalhassem a abordagem de grupo pela profissão em nenhum deles a abordagem de grupo foi tema central dos artigos e nem apresentaram a discussão da abordagem de grupo como estratégia, técnica de trabalho do Serviço Social, o que demonstra a necessidade de se discutir e apresentar experiências nesse sentido.

### **3.2 O grupo como lugar de cuidado**

Nos grupos (de promoção de saúde que trabalham a perspectiva da educação popular em saúde) o estímulo ao autoconhecimento, a troca de experiências, a valorização da cultura local valoriza o saber popular numa micropolítica de encontros de afetos e subjetividades.

Para as mulheres que vivem a sobrecarga de atribuições remuneradas ou não, as preocupações com as questões familiares e muitas vezes negligenciam o cuidado de si é

nesses grupos que conseguem diminuir tensões e ressignificar conflitos e angústias. O grupo é um espaço de “autopoiese” (MERHY; FRANCO, 2013), na medida em que pelo encontro tanto dos profissionais com as mulheres, mas, sobretudo das mulheres com outras mulheres produzem cuidado e muitas vezes cura.

No sentido de aproximar a realidade dos usuários da compreensão dos profissionais, de promover a mudança de deslocamento da política de saúde trazendo para o centro o território, os usuários e suas relações foram instituídas estratégias como a Política Nacional de Promoção de Saúde (2006) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2013).

A implementação dessa política nos diversos âmbitos do sistema de saúde significou a constituição de ações envolvendo práticas de saúde, processos de formação dos/das profissionais, incremento da participação popular em saúde e do controle social, além da produção de conhecimentos a ela relacionados (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011).

Alguns aspectos são importantes para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde nos grupos com a referência da Educação Popular em Saúde:

- O diálogo como encontro de saberes enquanto troca;
- A amorosidade afeto como parte estruturante da busca pela saúde;
- Problematização da realidade a experiência do usuário como referência de análise;
- A construção partilhada de conhecimento compreender e transformar de modo coletivo;
- A emancipação como referencial no fazer cotidiano da saúde atores como sujeitos dos processos;
- compromisso com o projeto democrático popular reafirmação do SUS.

Nos grupos em que prevalecem as práticas integrativas grupais a comunicação dialógica possibilita a troca de experiências e produz encontro. Para Freire (1996), o diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo. O diálogo pressupõe a abertura, para as relações, para o mundo e para si. Nos grupos os participantes vivenciam as experiências dos demais aprendendo a construir suas próprias estratégias, o grupo estabelece mediações.

A mediação entre o movimento dos sujeitos sociais em direção à emancipação e autonomia no que diz respeito à sua saúde mostra que quanto mais autonomamente for construído o significado de práticas de saúde como universais, integrais e equânimes,

mas a expressão dos princípios do SUS nas ações realizadas emancipa os sujeitos sociais (PEDROSA, 2007).

Em outros termos o trabalho com grupos é uma alternativa que insere os atores em ações que enfatizam a coletividade e fogem de vieses tradicionais, é um meio de possibilitar a experiência de práticas pedagógicas mais flexíveis e dialogadas dentro das políticas institucionalizadas. (MOREIRA, 2015).

O Serviço Social a partir da década de 70 e 80 com a inspiração da teoria social marxista e a forte influência dos ensinamentos de Paulo Freire e a educação popular, trouxeram novas perspectivas para o trabalho com grupos.

Na década de 1990, o Serviço Social com grupos é parte integrante da Lei nº 8.662/1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências, com o seguinte texto

Artigo 4º. Constituem competências do Assistente Social:(...)  
III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;  
V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;(...). (CFESS, 1993. Pg 4).

No mundo contemporâneo, o Serviço Social é chamado a contribuir no enfrentamento à questão social, preparando-se para tanto. Os novos rumos éticos - políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos (dentre estes o trabalho com grupos) sintetizam o alinhamento da profissão com a realidade social. A permanente sintonia e qualificação profissional são exigências da realidade social.

O grupo torna-se a expressão da percepção do ser na totalidade, envolvendo a razão, as aprendizagens, a emoção e suas vivências cotidianas. Isso perpassado por procedimentos, fundamentos teóricos metodológicos que orientam ações técnico-operativas carregadas da dimensão lúdica do encontro com os indivíduos que passam a compor o grupo, interagindo com a perspectiva educativa.

O encontro entre os indivíduos de forma sistemática, mediante objetivos compartilhados, gerando interações sociais, é um fértil campo para desencadear experiências educativas.

Transformar os encontros do cotidiano em espaços de experiências educativas é o desafio colocado ao Serviço Social na relação com grupos. Passam a ter esse caráter quando os indivíduos assumem sua condição de sujeitos, apropriando-se da realidade e paulatinamente interferindo nela.

Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio. (FREIRE, 1985, p. 30)

Considerando o aporte teórico-metodológico do Serviço Social, o trabalho com grupos envolve a atividade continuada de trocas entre seus componentes e a difusão de conhecimento, de forma a contribuir para um processo educativo a partir das experiências e do conhecimento dos sujeitos.

O processo educativo na organização de grupos é perpassado pelo caráter democrático e participativo, proporcionando novas percepções da realidade e das formas como nos relacionamos com ela. Paulo Freire (1985, p. 86) ressalta que assim “nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela”.

O que realmente importa ao pensar sobre o Serviço Social com grupos é valorizar o encontro do grupo como espaço educativo, onde os indivíduos passam a ter a oportunidade de novas experiências e novas relações em sociedade. É um espaço que envolve a ressignificação dos valores e percepções do mundo. O grupo é também espaço de prazer, pois todo o processo educativo, de aprendizagens para a vida social, também se configura, ou, assim deve ser, de forma prazerosa, contemplando, desse modo, todas as dimensões do humano.

Como educador preciso ir ‘lendo’ cada vez melhor a leitura do mundo que os grupos populares com quem trabalho faz de seu contexto imediato e do maior de que o seu é parte. O que quero dizer é o seguinte: não posso de maneira alguma, nas minhas relações político-pedagógicas com os grupos populares, desconsiderar seu saber de experiência feito. Sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão de sua própria presença no mundo. E isso tudo tem vindo explicitado ou sugerido ou escondido no que chamo ‘leitura do mundo’ que precede sempre a ‘leitura da palavra’. (Freire, 1996, p. 81)

Na junção das subjetividades há uma sinergia que se constrói no encontro e a partir dele pode fortalecer o preocupar-se consigo. Cabe, então, refletir: De que maneira acontece a experiência do cuidar de si para promoção da saúde mental das mulheres acompanhadas pelo NASF no município de Parnaíba. Que estratégias as mulheres utilizam para cuidar de si? Como as mulheres reconhecem as suas práticas de cuidado no seu cotidiano? Como as mulheres reconhecem as práticas desenvolvidas pelo NASF? De que forma a participação nos grupos desenvolvidos pelo NASF possibilitam a produção de cuidado?

#### **4. METODOLOGIA:**

##### **4.1 Tipo de Estudo:**

A presente pesquisa é qualitativa na perspectiva de trabalhar com as subjetividades dos sujeitos, suas percepções e vivências em seus próprios territórios de sentido e significação. Na indagação qualitativa o pesquisador busca construir formas inclusivas para descobrir pontos de vista. Pela implicação do pesquisador na pesquisa qualitativa coleta e análise ocorrem de maneira conjunta (MINAYO, 2014).

O método qualitativo tem o potencial de fazer surgir novos aspectos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, mostrando-se capaz de descobrir novos nexos e explicar significados (SERAPIONE, 2000).

Para Minayo (2014) os métodos qualitativos se caracterizam pela abrangência e aprofundamento de compreensão dos fenômenos, sobretudo quando se estuda as crenças, a história de vida, a experiência, percepções e o resultado das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam.

Atentar se para a formação histórica dos sujeitos em movimento, dialeticamente articulados aos seus processos de produção e reprodução de estratégias de vida, nessa direção a pesquisa qualitativa se apresenta como possibilidade. Tendo em vista a necessidade e a própria natureza da pesquisa que será realizada em função da proximidade entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador.

Como afirma Moreira(2002, pg. 12):

- 1) A interpretação como foco. Nesse sentido, há um interesse em interpretar a situação em estudo sob o olhar dos próprios participantes;
- 2) A subjetividade é enfatizada. Assim, o foco de interesse é a perspectiva dos informantes;
- 3) A flexibilidade na conduta do estudo. Não há uma definição a priori das situações;
- 4) O interesse é no processo e não no resultado. Segue-se uma orientação que objetiva entender a situação em análise;
- 5) O contexto como intimamente ligado ao comportamento das pessoas na formação da experiência; e
- 6) O reconhecimento de que há uma influência da pesquisa sobre a situação, admitindo-se que o pesquisador também sofre influência da situação de pesquisa.

O método de aproximação da realidade e dos sujeitos foi a entrevista semi estruturada. Foram realizadas 09 entrevistas com usuários do grupo de promoção de saúde GECA – grupo de expressão corporal e autoestima acompanhado pelo NASF. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a julho de 2019, mas cabe ressaltar que a pesquisadora, assistente social do NASF atua há 08 anos como técnica de referência do grupo analisado.

Portanto, consideramo-nos como “sujeitos implicados”, ou seja, aquele que tem estreita relação com as questões em estudo, ao mesmo tempo que faço parte do coletivo pesquisado me afeto por ele, carrego ideias e pressupostos, caracterizado por um jeito próprio de agir (MERHY; FRANCO, 2013). Tal reflexão é importante porque essa vivência com esses grupos estudados construíram sob a pesquisadora uma posição, uma implicação de sentido. Ainda que profundamente afetada a pesquisadora procurou se colocar como investigadora, questionadora dos processos e do era dito e os sentidos ali produzidos.

Por isso nessa pesquisa a pesquisadora ocupa diferentes lugares, territórios de análise, mas que isso não se constitui como limitação, mas uma particularidade deste estudo. Importante destacar que na Saúde Coletiva e, sobretudo no Mestrado Profissional em Saúde da Família a produção de saber sempre se dará a partir das experiências do próprio sujeito.

Sobre isso Feuerwerker (2014, p.30) afirma “teriam os pesquisadores/militantes ‘distância’ suficiente para analisarem experiências de que são/fazem parte?” Nisso a autora afirma que a própria ciência considera que todo saber é limitado, passível de mudança e sujeito à perspectiva de onde o pesquisador lança seu olhar. Assim, considera que as análises nestes estudos são profundas e enriquecedoras, por trazer para o foco não apenas as questões dos cenários investigados, como também o próprio pesquisador como objeto de análise (analisador e analisado).

#### **4.2 Cenário da pesquisa**

A cidade de Parnaíba localiza-se a 370 km da capital Teresina. Cidade litorânea e a segunda maior economia do estado do Piauí. De acordo com o Censo realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população é de aproximadamente 150.547 habitantes, distribuídos na Zona Urbana e Rural (IBGE, 2018). A cidade apresenta contraste em manter características de cidades interioranas mesmo diante do seu crescimento e do potencial turístico. É a segunda maior cidade do Estado, contudo é a 96ª cidade em termos econômicos das 224 cidades do Estado (IBGE, 2016).

Esse dado demonstra que mesmo em crescimento a cidade tem inúmeros desafios para melhorar a qualidade de vida da população, inclusive no que se refere a saúde, uma vez que 45, 1% da população vivem com até ½ salário mínimo per capita/mês (IBGE, 2010).

Destaca-se pelo ritmo de vida simples, com exuberantes paisagens, praias e lagoas. Preserva seus atrativos culturais e seu patrimônio arquitetônico. Entre eles, o Porto das Barcas, antigo centro de importação do comércio exterior do início do século XX que abriga hoje em seus armazéns, museus, exposições de artes plásticas, manifestações de danças e músicas típicas (CODEVASF, 2010).

O Sistema Municipal de Saúde de Parnaíba apresenta capacidade para realização de serviços básicos, de média e alta complexidade em saúde. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência para a região norte do estado. O município possui 143 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dentre eles hospitais públicos, privados e filantrópicos, clínicas especializadas, centro de especialidades e unidades básicas de saúde. A gestão do sistema de saúde é de responsabilidade, em nível local, do secretário municipal de saúde (PARNAÍBA- PI, 2016).

A Atenção Básica Municipal se consolida através da ESF e se caracteriza como porta de entrada dos serviços de saúde. O município tem seu território dividido em quatro distritos de saúde. Cada distrito possui um coordenador geral e um gerente administrativo. Essa subdivisão foi realizada com o objetivo de supervisionar, dar dinâmica ao serviço, receber problemas e agilizar soluções, sendo as equipes da ESF os principais atores responsáveis pelo desempenho das atividades de promoção à saúde através das ações preventivas e curativas, obedecendo aos protocolos dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A ESF apresenta em Parnaíba uma cobertura de 71% da população, com 35 equipes de saúde da família, 20 equipes de saúde bucal (ESB), 315 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (PARNAÍBA-PI, 2016).

A Atenção Básica conta, ainda, com duas equipes de apoio assistencial à saúde do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse setor, responsável por coordenar a atenção à saúde onde não há cobertura de ESF, conta com o atendimento aos grupos prioritários através do ACS e da assistência de enfermagem, fazendo o contato com as famílias cadastradas através das visitas domiciliares e atendimentos individuais em igrejas ou escolas existentes na comunidade (PARNAÍBA-PI, 2016).

Na perspectiva de ampliar as ações de saúde através do trabalho das equipes da ESF o município iniciou o trabalho do NASF em 2010. Inicialmente em caráter provisório. Em 2011 a prefeitura realizou o concurso para a efetivação das equipes de NASF no município. A partir do concurso 04 equipes foram montadas para trabalhar

nos 04 distritos de saúde do município. Nesse período, como estratégia de capilarizar o máximo possível às atividades pelos diversos territórios, foi criado os primeiros grupos de promoção de saúde. Os grupos que serão trabalhados nessa pesquisa são resultados desse processo.

O campo empírico é a ESF módulo 16 localizados no bairro Bebedouro, onde funciona o Grupo de Expressão Corporal e Autoestima (GECA).

### 4.3 Participantes da pesquisa

As participantes do grupo de promoção de saúde do NASF na ESF do Módulo 16. As participantes da pesquisa serão as mulheres inseridas nesse grupo, que possui uma média de 40 participantes como referência de frequência no GECA. Os critérios de inclusão para participar das entrevistas foram que as mulheres frequentadoras do grupo no período das entrevistas e o tempo de participação no grupo de mais de 02 anos. O critério de exclusão foi à ausência nos grupos no período das entrevistas e os participantes dos grupos na condição de acompanhante das mães e avós. O recrutamento aconteceu no espaço do grupo, e as entrevistas também. A partir das entrevistas as análises foram feitas em grupos de 03 participantes até a saturação das informações fornecidas.

Foram nove (09) entrevistas realizadas e todas foram usadas na análise. Os fatores facilitadores no recrutamento das entrevistadas foi o vínculo de participação que a pesquisadora tem no grupo, o que também foi um aspecto dificultador porque elas precisavam compreender como algo externo ao grupo e não como parte das atividades dos mesmos.

Nº	Idade	Tempo no grupo	Profissão
01 A	49 anos	03 anos	Atendente de lanchonete
02 B	46 anos	05 anos	Autônoma
03 C	71 anos	07 anos	Aposentada
04 D	61 anos	07 anos	Aposentada
05 E	44 anos	08 anos	Agente Comunitária de Saúde
06 F	57 anos	03 anos	Artesã
07 G	53 anos	08 anos	Do lar
08 H	54 anos	07 anos	Boleira
09 I	55 anos	03 anos	Aposentada

Quadro 01- Perfil das entrevistadas

#### **4.4 Procedimento de Produção e Análise das Informações**

A coleta de dados foi realizada através de Observação Participante e entrevista semiestruturada com as narrativas das vivências das práticas de cuidado. O roteiro da entrevista foi elaborado pela própria pesquisadora a partir do objetivo da pesquisa. A análise dos dados qualitativos foi feita tendo por base Análise de Conteúdo sugerida por Minayo (2008).

Entre as diferentes possibilidades de análise de conteúdo, nessa pesquisa utiliza – se a análise temática, que para as investigações qualitativas em saúde apresenta maior proximidade. Realizar a análise temática significa buscar e encontrar a essência do sentido que estão presentes em palavras, frases ou resumos (MINAYO, 2008).

Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas segundo Minayo, (2008): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta pesquisa os procedimentos realizados em cada etapa encontram-se descritos abaixo:

- a) Pré-análise: nessa etapa, foi realizada a leitura de todas as entrevistas fornecidas pelas participantes. Buscou – se selecionar informações que estivessem conectadas ao objetivo geral da pesquisa na intersecção entre práticas de cuidado e participação no grupo.
- b) Exploração do material: foi realizada a classificação das informações, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, o que possibilitou identificar as categorias temáticas.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: com o intuito de analisar os dados colhidos, realizou - se inferências e interpretações dos objetivos previstos, e relacionou – se os dados com outras dimensões teóricas interpretativas.
- d) Ao final, apresenta se as categorias temáticas definidas durante a realização das etapas de pré-análise e de exploração do material.

A análise de conteúdo temática objetiva investigar os núcleos de sentido que a presença ou frequência signifiquem alguma coisa para a pesquisa. O objetivo deste tipo de análise é alcançar uma pretensa significação, um sentido estável, conferido pelo locutor no próprio ato de produção do texto (MINAYO, 2008).

As categorias gerais de análise foram definidas a partir dos eixos norteadores da entrevista e subdividiram-se em subcategorias a partir dos agrupamentos das respostas

dos sujeitos dadas pelas semelhanças entre elas. Para cada subcategoria constituímos os elementos de análise que estão em destaque que foram os segmentos de respostas dadas pelos sujeitos.

Desse modo, em um elemento de análise, foram encontradas várias respostas e a interpretação dos dados foi realizada a partir das bases teóricas que nortearam a pesquisa. No quadro abaixo se procurou identificar a partir da investigação quanto a percepção do cuidado para as entrevistadas e como elas veem o papel do grupo GECA no processo de cuidado. Nas falas estão presentes 02 elementos de análise e suas falas correlacionadas.

#### CATEGORIAS GERAIS DE ANÁLISE

1. Cuidado e Práticas de Cuidado	2. O grupo como lugar de práticas de promoção de saúde mental
1.1 Cuidado como rotinas de autocuidado;	2.1 Construção de amizades
1.2 Otimismo	2.2 Troca de experiências
1.3 Práticas de Imagem Pessoal	2.3 Esquecimento dos problemas
1.4 Práticas de produção de coisas	2.4 Melhora da auto imagem
1.5 Práticas de relação com o outro	
1.6 Práticas de religiosidade	
1.7 O não cuidado	

Quadro 02 – Categorias de Análise

O método de aproximação da realidade foram através dos desenhos narrativos de tópicos a partir das vivências das mulheres com o grupo e como elas viam as práticas de cuidado dentro e fora deles.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para melhor compreensão das respostas.

Questões das entrevistas:

- ✓ Como você vê o cuidado com você mesma?
- ✓ Que ações você realiza que você considera práticas de cuidado com você mesma?
- ✓ Há quanto tempo participa deste grupo?
- ✓ Fale sobre o grupo e como você vê o grupo na sua vida.

As entrevistas aconteceram no espaço de atividades do grupo o salão São Francisco da Guarita, espaço comunitário cedido há 08 anos para as atividades do

grupo. O momento das entrevistas foi interessante porque ao longo de 08 anos de existência do grupo não havia acontecido ainda um momento para pensar essa criação do grupo e a representatividade dele na vida das mulheres.

Durante as falas as mulheres trouxeram outras realidades de suas vidas, ao falar do grupo acionaram memórias, histórias que ajudavam a entender como chegaram até lá, ajudando a entender sua autoimagem e representação do mundo ao seu redor.

A duração das entrevistas foi em média de 12 minutos com cada participante em cada uma os relatos foram claros, objetivos e carregados de afetações. As entrevistas foram gravadas em áudio pelo aparelho celular e depois transcritas na íntegra para análise. Foi assegurada ao participante, todavia a liberdade de interromper a entrevista caso fosse necessário, o que de certa forma aconteceu, sem prejuízo.

Cada entrevista foi marcada previamente após uma abordagem inicial sobre o desejo de participação da entrevistada na pesquisa, procurando deixar o mais espontâneo possível o processo de aceitação ou negativa em participar.

A maioria das entrevistas ocorreu após a atividade semanal do grupo nas terças feiras. Ocasão em que as participantes apresentam maior disponibilidade.

Interessante observar que mais integrantes do grupo demonstraram interesse em participar da pesquisa, entretanto algumas não se encaixavam nos critérios de inclusão o principal deles ter mais de 02 anos de participação.

Algumas questões apareceram como dificuldades ao processo, a primeira delas foi o excesso de expectativa com relação às questões. Algumas entrevistadas ao serem abordadas para a realização das entrevistas tinham receio, queriam saber as perguntas previamente e questionavam se saberiam responder as perguntas.

Pôde se constatar que havia um desejo de “acertar” as respostas. A proximidade com a pesquisadora pode ter sido o aspecto que desencadeou essa necessidade para algumas delas. Tal dificuldade foi sanada na abordagem inicial de cada entrevista onde era explicado o objetivo da pesquisa e a partir dele a espontaneidade esperada para as narrativas.

Para resguardar a identidade dos participantes, os entrevistados foram codificados, segundo a ordem, por letras do alfabeto de A a I.

Os riscos do estudo foram mínimos uma vez que não se realizou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo por meio de uma entrevista e não se colocou como invasivo à intimidade das participantes. Os riscos possíveis foram o

desconforto ao responder as perguntas, o tempo dedicado à entrevista e a possibilidade de quebra de sigilo. Tais riscos foram minimizados pela escolha do local acolhedor e reservado para as entrevistas e a garantia do sigilo das informações.

Os benefícios de participar da pesquisa é poder contribuir para o conhecimento e fortalecimento dos grupos de promoção de saúde.

#### **4.5. Apresentação e análise dos resultados**

##### **4.5.1 Breve relato de inserção: A história do GECA – grupo de expressão corporal e auto estima.**

Em fevereiro de 2011 iniciava-se as atividades do NASF de Parnaíba através da admissão de sua turma de profissionais efetivos. Vinte e quatro (24) profissionais assumiram naquela ocasião e foram distribuídos em 4 equipes de acordo com os 4 distritos de saúde do município. Equipes NASF 1, 2, 3 e 4. A composição das equipes era diversa e a equipe do NASF 1 era composta por dois fisioterapeutas, um educador físico, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social, pesquisadora que ora narra a história.

Na ocasião dez postos de saúde foram colocados para serem acompanhados por essa equipe localizados nos bairros Pedra do Sal (módulo 37), Ilha 01 (Módulo 01), Ilha 02 (módulo 02), São José (módulo 06), Mendonça Clarck (módulo 07), Bairro Do Carmo (Módulo 08), Nova Parnaíba 01 (Módulo 14), Nova Parnaíba 02 (módulo 15), Bebedouro (módulo 16) e São Francisco (módulo 17).

Como estratégia de organização do trabalho a equipe do NASF 1 pactuou o sistema de rodízio dos postos em ciclos semanais, uma semana em cada posto desenvolvendo as atividades de matriciamento, atendimento, atividades coletivas e demais demandas do território.

A demanda de trabalho com grupos era algo nebuloso e confuso para as equipes do ESF e para o NASF. Ainda sim havia muita convicção e desejo de por em prática as prerrogativas do trabalho do NASF principalmente a promoção de saúde através do trabalho com grupos.

Pensando a temática cuidando do cuidador a equipe do NASF identificou a necessidade de promover ações que fortalecem os profissionais, ajudassem no controle de estresse e motivassem os profissionais. Muitos encontravam-se adoecidos e

desmotivados para o trabalho, com dificuldades para desenvolver suas atividades e com pouca receptividade a mudanças e propostas participativas de trabalho.

O coordenador do NASF naquela oportunidade discutiu com as equipes sobre como criar os grupos de promoção de saúde, realizando um matriciamento sobre a temática de formação de grupos. Inicialmente os profissionais se propuseram a pensar em estratégias que fizessem sentido em seus territórios que trouxessem potência para o campo relacional e que pudessem criar um canal de comunicação com as equipes e a comunidade através do trabalho grupal.

Nesse sentido, a partir da realidade de cada território, das demandas já levantadas cada equipe de NASF proporia grupos pilotos para serem desenvolvidos. Dentre os grupos propostos pela equipe do NASF 1, locus dessa pesquisa, foram criados o GEA – grupo de Escuta e Acolhimento, GAF – Grupo de Apoio Familiar, Grupo de Saúde do Trabalhador, grupo Filhote de Leão, Grupo Mexa se para Viver Melhor, dentre esses merece destaque: O GECA – grupo de expressão corporal e auto estima. Desses grupos permanecem em atividade ininterruptamente o GEA e o GECA, destes, o GECA tiveram como técnica de referência ao longo dos 08 anos a profissional de serviço social do NASF.

O GECA – nasceu como uma proposta de trabalhar com os profissionais de saúde a autoestima, o controle do estresse e a dinâmica dos relacionamentos em equipe utilizando como ferramenta terapêutica a dança. A técnica de referência para esse grupo ficou a assistente social da equipe do NASF 1 que já tinha familiaridade com a perspectiva da dança desde a juventude.

Foram 20 anos de atividades dedicadas a dança em grupos comunitários no município de Teresina que produziram o desejo de retomar essa ferramenta como possibilidade do cuidado.

Não foi um processo sem conflito e convicto. Havia muitas incertezas e dúvidas, seja pela própria natureza do trabalho do NASF que toda a equipe ainda se apropriava, seja pelo vanguardismo que a proposta de fundação do grupo representava.

Importante dizer que a equipe do NASF 1 tinha um profissional de Educação Física que compreendeu a proposta e ajudou a construir o lugar dessa ação fora do desenho específico da Educação Física, da atividade da dança como prática de corpo, prática física, como exercício e mais a proposta de saúde mental, socialização e fortalecimento da auto estima.

Em setembro de 2011 era criado o GECA – grupo de expressão corporal e autoestima. A proposta inicial era trabalhar com os profissionais de saúde do ESF com o objetivo de reduzir o estresse e trabalhar a socialização. Iniciaram as atividades 08 participantes, 07 profissionais entre técnicos de enfermagem, enfermeira, agentes comunitários de saúde e uma pessoa da comunidade.

O grupo reunia-se 01 vez por semana de 7 às 8h da manhã. As coreografias e músicas eram pensadas para produzir movimento, mas também reflexão. O grupo começou a ser convidado para se apresentar em eventos da secretaria municipal de saúde e isso despertou nas participantes um sentimento de alegria e reconhecimento. Passados 08 anos de fundação o GECA passou de 08 integrantes iniciais a hoje 76 pessoas cadastradas com uma média de 40 pessoas por encontro.

Além dos profissionais de saúde participam pessoas da comunidade e participantes vindos de vários bairros da cidade de Parnaíba, muitas vezes fora da área adscrita do posto onde o grupo é vinculado.

O grupo trabalha com atividades de dança, com as temáticas de saúde com palestras, rodas de conversa e realizam atividades sociais, passeios, visitas aos pontos da cidade, festividades sociais e momentos de reflexão.

Ao longo dos 08 anos de existência o GECA ainda se tornou um espaço de parceria com instituições de ensino para estágios, aulas práticas e vivenciais. A integração ensino, serviço e comunidade frequentemente nos encontros do GECA o que promove diálogos importantes com diversos campos de saber, diversas práticas e processos de cuidado.

O grupo é formado majoritariamente por mulheres, mas há homens frequentando. A idade dos participantes é bastante variável com participantes de 29 anos até 87 anos. A grande maioria tem acima de 60 anos e é aposentada. O grupo é aberto, mas a forma mais comum de chegada é o convite de outras participantes.

Ao longo de 08 anos de observação e vivência foi possível identificar que o grupo se constitui num espaço de promoção de saúde para seus participantes. No grupo elas encontram trocas de afetos e o fortalecimento de suas próprias descobertas em relação ao cuidado de si. A troca de experiências de vida ajuda nos processos de elaboração da vida, de como cuidar de si em meio às dificuldades e angústias da vida.

A partir das 09 entrevistas realizadas cada uma das perguntas feitas foi relacionada a um objetivo como alternativa de estabelecer as categorias iniciais de

análise. Estabelecendo a relação entre os objetivos e as perguntas realizadas duas unidades iniciais se apresentaram:

- Cuidado e Práticas de cuidado (incluem o entendimento sobre cuidado, as práticas reconhecidas como cuidado e o não cuidado);
- O grupo como lugar de práticas de promoção de saúde mental (Relação com o grupo e o cuidado);

As unidades iniciais de análise surgem pela sua repetição nas falas, pelo seu reconhecimento de sentido presente nos mais diversos sujeitos. Na leitura previa do material e na exploração do material tendo como pergunta norteadora “Como as mulheres que participam do GECA compreendem suas práticas de cuidado e a relação do grupo como cuidado?”

As entrevistadas foram identificadas com letras do alfabeto de A a I.

#### **5.4.2 Reflexões sobre as entrevistas**

As entrevistadas foram nomeadas com as letras de A a I. A partir das falas dos sujeitos participantes da entrevista identificaram-se dois núcleos centrais de discurso de interpretação. De oitenta e cinco (86) categorias iniciais retiradas das falas dos sujeitos, trinta e oito (38) constroem o entendimento do “grupo como lugar de práticas de promoção de saúde mental” e quarenta e quatro (44) falas que trazem “práticas de autocuidado”. Ainda 01 categoria que expressa o não cuidado, 01 fala que expressa a categoria de não esgotamento do cuidado pela ação do grupo e duas falas que não foram categorizadas por não se relacionarem diretamente foi dois núcleos centrais de discurso, mas serão analisadas a partir de sua relação com as mesmas.

A disposição das perguntas na entrevista tinha como objetivo levar as entrevistas a refletirem sobre o cuidado com elas mesmas e depois analisar se a participação no grupo tinha ou não relação com esse cuidado. Isso porque no cotidiano dos grupos há uma alusão constante a importância de participação nesses espaços como estratégia de enfrentamento das dificuldades da vida, porém quando perguntadas sobre o que fazem para cuidar de si nem todas responderam participar dos grupos. O que leva a uma reflexão de que a percepção nem sempre é direta a percepção de que participar do grupo representa autocuidado.

Inicialmente as entrevistadas foram estimuladas a pensar sobre o cuidado e como se veem em relação ao cuidado de si mesmas que representa a primeira categoria de análise do estudo.

A primeira categoria a ser analisada é a que se refere a “CUIDADO E PRÁTICAS DE CUIDADO”. Aqui serão apresentadas as reflexões das entrevistas sobre o que entendem sobre o cuidado e suas estratégias para realiza lo.

A principio questionou se as entrevistadas sobre o que elas entendem por cuidado. As respostas dão conta de uma diversidade de interpretações sobre o sentir se bem e ser responsável por isso, sobre a busca por qualidade de vida, sobre a responsabilidade de construir deliberadamente alternativas na vida cotidiana para o bem viver. Em algumas falas está presente ações de rotinas de autocuidado recorrentes em varias mulheres:

“Cabelo, quando eu acho que é o único momento que eu penso vou cuidar de mim, vou fazer o cabelo, vou no salão vou arrumar a unha”. (ENTREVISTADA E).

“assisto muito muito minhas series do netflix minha paixão quando eu tenho folga”.(ENTREVISTADA B).

“eu não gosto mas eu gosto de uma higiene bem feita, eu gosto de estar sempre depilada”. (ENTREVISTADA H).

“se tem uma coisa que eu gosto é fazer unha”. (ENTREVISTADA H).

Tais falas mostram que no dia a dia dessas mulheres rotinas de cuidados simples são significativos e compreendidos como autocuidado. Há uma cobrança social sobre as mulheres darem conta de questões de autoimagem como parte do ser mulher aceita socialmente. São questões de gênero porque se observa que tais práticas não são cobradas dos homens ou ao menos não na mesma medida em que são cobradas das mulheres. Nesse caso as participantes expressam como essa imagem do ser feminino é importante para elas e por isso aparece como reflexo e compreensão do autocuidado.

No cuidado construído pelas mulheres é preciso considerar as relações de gênero, uma vez que muitas práticas de saúde se colocam como disciplinadoras e normatizadoras dos comportamentos das mulheres. Nesse sentido, as práticas de cuidado devem produzir entendimento sobre o corpo que encorajem a autogovernança, a busca pelo empoderamento e que fuja do estereótipo de cuidado no espaço doméstico. (RABELO; SILVA, 2016).

Outras falas dão conta da compreensão de cuidado como estar de bem com a vida e se afastar de pensamentos negativos. Ao trazer essas reflexões essas mulheres aproximam o cuidado de compreensão positiva da vida, de um otimismo que ajuda a pensar nas estratégias se bem viver, na afirmação da positividade e da alegria. Um cuidado que (re) significa sua relação com o mundo.

“Então tento me afastar de tudo que for negativo, tudo que for negativo eu me afasto.” (ENTREVISTADA I).

“sempre trabalhar o otimismo, pensar positivo, eu sempre penso o positivo atrai positivo”. (ENTREVISTADA I).

eu gosto de me sentir bem, de tá muito bem com a vida né?. (ENTREVISTADA C).

A relação com o mundo e a necessidade de que esse mundo seja positivo para fortalecer a si mesmo e ao outro, uma preocupação humanista de pensar estratégias de problematização ética, enquanto uma instância que oportuniza a relação e o desenvolvimento do sujeito com ele e com os outros, pelo exercício reflexivo da liberdade e da autonomia. (SANTOS, 2006).

Pode se entender então que o conceito de cuidado a partir das falas das entrevistas apresenta dupla dimensão, cuidado como autocuidado e cuidado como relação com o mundo.

Em relação ao autocuidado as falas se aproximam do cuidado de si, como uma tecnologia do eu, numa perspectiva ética, praticado e reconhecido na busca do autocuidado, significando a ampliação do governo de si, de exercício da liberdade, de decisão e, concomitantemente, implica a redução dos espaços de sujeição e do governo pelos outros. Na perspectiva do cuidado em sua relação com o mundo os sujeitos trazem questões do convívio uns com os outros e o respeito às outras pessoas.

Faleiros (2013) afirma o cuidado entendido como uma perspectiva do direito humano, como direito universal à dignidade. Além disso, o cuidado tem uma responsabilidade ética que vai além de protocolos, rotinas e procedimentos e caminha na direção de respeito a valores.

O que sugere uma ética de cuidado centrada na subjetividade e no campo relacional ideia também reforçada na compreensão de cuidado apresentada por Franco e Merhy (2013).

Ao mesmo tempo sugere também a amplitude de compreensão do cuidado é relacional consigo, com os outros e com mundo. Portanto as entrevistadas

compreendem o que seja cuidado a partir de duas dimensões uma de gerar qualidade de vida, de ações que buscam a satisfação e o prazer e outras que se relacionam com seu lugar no mundo. Tais interpretações sobre o conceito de cuidado influenciará no que as entrevistadas definem sobre práticas de cuidado.

Com relação às práticas de cuidado sinalizadas pelas entrevistadas pode se destacar práticas de cuidado com a imagem pessoal, práticas de cuidado com a produção de materiais e atividades laborais, físicas, práticas de cuidado na relação com o outro e prática de cuidado no acesso a saúde.

Na relação de práticas de cuidado com a imagem pessoal foram relacionados aspectos de identificação com o corpo, e da relação com a casa, os bens pessoais.

É eu gosto de cuidar do meu corpo, não assim tipo cortar cabelo, pintar cabelo. (ENTREVISTADA H)

“Adoro fazer minha unha, amo quando meus pés tão limpos, perfeitos, armaria eu amo fazer meu pé, tá todo limpinho, se tem uma coisa que eu gosto é fazer unha”. (ENTREVISTADA H)

O cuidado individual nesse caso das entrevistas se relaciona diretamente com a autoimagem, de reconhecimento de si, e da busca pela visão de como o mundo, as outras pessoas podem perceber cada uma, como podem se afirmar no mundo.

Já as práticas de cuidado relacionadas à produção de materiais, atividades laborais e físicas percebe se uma noção produção de sentido a partir da materialização de algo, de uma atividade, de uma missão, que compreendem desde limpar a casa, fazer crochê até as atividades de trabalho, a missão social, dentro e fora do trabalho formal. Desenvolvendo ações de produção de bens, insumos artesanais e /ou atividade formal de trabalho.

Faço crochê quando eu abuso do crochê tá lá tudo encostado pego o fuxico, eu aprendi a fazer fuxico quero fazer uma capa pra o meu baby né?(ENTREVISTADA B)

E tem assim de outras coisas tem as minhas coisinhas que eu faço aqui quando eu olho, por exemplo, eu faço meus artesanatos e quando eu olho eu fico feliz, meu deus será que foi que fiz mesmo? Então nesse ponto eu me sinto feliz. (ENTREVISTADA F)

A relação com o trabalho é significativa para o bem estar seja ele formal ou informal muitas das mulheres que participam do grupo dependem do trabalho tanto para as questões financeiras da família e também como estratégia de atividade laboral, de ter o que fazer, de se sentir útil. Cuidar de si é fortalecer as capacidades individuais e

coletivas atuando sobre as múltiplas dimensões do ser. (THUM et al., 2011). O trabalho é parte importante desse reconhecimento social.

Outras falam trazem as práticas de cuidados na relação com outro. Produção de práticas onde o cuidado se constrói em relação, na troca de experiências com outras pessoas.

“As aulas da dança e muita amizade, muita amizade e amizade boa”.  
(ENTREVISTADA E)

“Minha professora de costura dona F., ela me indicou, amizades, muitas amizades”. (ENTREVISTADA B)

“As vezes tem muitas amigas minha que chegam pra mim pedem conselho, ai dizem né? que os conselhos que eu dô são muito válidos para ela então eu me sinto feliz por isso, por eu poder ajudar uma pessoa”. (ENTREVISTADA F)

Os reflexos relacionais do grupo no fortalecimento do cuidado e autocuidado é uma das mais importantes contribuições dos grupos de promoção de saúde. Mostra sua dimensão social e política porque reforça os laços solidários da saída de uma dimensão individualizada para uma dimensão grupal e de uma dimensão grupal para uma dimensão social. (SANTOS et al, 2006).

Ainda sobre o entendimento do que significa cuidado algumas falas remetem a práticas de cuidado como acesso à saúde em diversas acepções fazer atividade física, fazer exame, ir aos medico.

“Eu gosto de fazer minhas consultas regulares”. (ENTREVISTADA H)

Cuidado é que todos os dias praticamente eu tô aqui fazendo atividade pra mim melhorar minha saúde e baixar todo o meu colesterol, minha, todo meu viver, ter uma vida mais saudável.  
(ENTREVISTADA D)

“Hoje em dia eu cuido mais da minha saúde , indo ao médico”.  
(ENTREVISTADA F)

O autocuidado trabalhado pela Enfermagem através das ideias de Dorothea Orem abordam a capacidade dos sujeitos de executarem ações que previnam as doenças de maneira individual, um conjunto de aspectos a serem seguidos prescritos e aprovados pelos profissionais de saúde e que é muito presente na fala e entendimento da população de uma maneira geral sobre o que representa cuidar de si. (SILVA et al., 2009).

Outra ideia ligada ao cuidado que aparece nas falas é a da prática de cuidado ligada a fé e a religiosidade.

“eu participo do grupo da igreja, gosto, vou a missa aos domingos”.  
(ENTREVISTADA G)

“Há uns quatro anos atrás eu também procurei a igreja pra cuidar também um pouco do meu lado mais religioso que eu andava um pouco afastado eu participo da pastoral familiar e do ECC que é um grupo de casais que também é muito bom”. (ENTREVISTADA A)

O modelo Biomédico, centrado na figura do médico, centra o cuidado nas consultas, exames e medicalização, os indivíduos são avaliados pela capacidade de reproduzirem as orientações dos profissionais de saúde. O processo de cuidado nesta perspectiva é verticalizado e não leva em conta o conjunto de vivências dos sujeitos. O modelo Biomédico não converge para o cuidado integral na medida em que não considera o saber popular e as respostas e estratégias já desenvolvidas pela população. (THUM et al., 2011). As crenças, manifestações culturais são expressões dos sujeitos, dizem sobre ele sua visão de mundo e precisam ser reconhecidos e considerados no cuidado, numa construção de conhecimentos compartilhados.

É na construção desse conhecimento compartilhado que vai emergindo um novo modo de entender as relações entre saúde, doença, cuidado e se compreende o sentido ampliado de saúde e percebemos a a necessidade de fazer mais. Na conversa entre esses mundos, o diálogo que se estabelece vai apontando o caminho a seguir, ou seja, a produção intelectual dos laboratórios de pesquisa somente ganha significado na vida das pessoas quando fazem sentido para sua vidas, sejam crianças, adolescentes, adultos ou idosos. (PEDROSA, 2008, pg. 4).

Para Foucault o cuidado de si se refere ao sujeito que constrói a si mesmo, que regra suas condutas, que transforma através de exercícios, práticas e técnicas de si. (SILVA et al, 2009). No entendimento sobre o cuidado algumas falas trazem a percepção do não cuidado. Algumas entrevistadas se perceberam relapsas com o auto cuidado. No dia a dia muitas não se percebem no seu autocuidado ou não reconhecem determinadas ações com esse intuito. O não cuidado também é percepção de si, importante para construir alternativas de se apreciar e gerar qualidade de vida.

“Cuido do povo todo quando eu chego em casa eu fico dizendo assim é o estresse mesmo aí eu fico pensando meu Deus ninguém cuida da gente né? a gente tenta cuidar em si do físico da gente mas nunca é suficiente.”(ENTREVISTADA E)

“Precisa melhorar muito eu sou muito relapsa comigo mesma, sou boa de cuidar dos outros, da família, mas quando se trata de mim eu vou sempre deixando por ultimo”. (ENTREVISTADA A)

Muitas vezes, os sujeitos perdem a dimensão do cuidado se ele não estiver atrelado ao tratamento de doenças, elas veem o cuidado dissociado de sua dimensão social e coletiva. No caso das falas acima o cuidado se refere ao outro ou ao cuidado físico. Segundo Silva et al. (2009) o cuidar do outro precisa ocorrer atrelado ao cuidado de si, sob pena do cuidado não ser autêntico. Nesse sentido o cuidado é constituído de identificação humana vivenciado na coexistência e inter-relação.

A segunda categoria de análise construída a partir das entrevistas na relação com os objetivos da pesquisa é a categoria “o grupo como lugar de práticas de promoção de saúde”, essa categoria descreve de que maneira é percebida pelas entrevistadas sua participação no grupo, que efeitos essa participação produz em suas vidas em relação ao seu cuidado.

Nesta categoria há referência, por exemplo, a possibilidade de lidar melhor com os problemas cotidianos, tanto pela possibilidade de momentaneamente abstrair se desses problemas como pela capacidade de troca e socialização que o grupo proporciona amenizando sofrimentos e angústias trazidas do ambiente familiar e social.

“Eu venho pra cá, primeiramente para limpar minha mente entendeu? Eu estando aqui em nenhum momento eu chego a pensar nos meus problemas”. (ENTREVISTADA B).

O grupo aparece como um espaço possível de abstração, recuperar o fôlego para lidar com os problemas cotidianos, a dureza da vida expressa nas mais variadas questões administrar a casa, os filhos, as contas, a imagem de si mesma. Nesse sentido, a troca de experiências cria uma sinergia de forças e laços buscando alternativas de bem viver. O grupo como produtor contínuo do desenvolvimento de atitudes e comportamentos produtores de saúde. (SANTOS et al., 2006).

Ações de promoção que transcendem as metodologias preventivas na medida em que deslocam o foco sobre a doença para sua erradicação ou minimização centrando – se no contexto criativo de viver, de gerar movimento e lugares de existência(SANTOS et al., 2006)

A construção e fortalecimento de laços de amizade aparece nas entrevistas nas falas de 5 dos 9 entrevistados. Dois relatos dão conta da luta contra a depressão e da importância do grupo como canal de socialização, trocas de energia, trocas de

informações. O grupo é um espaço de fortalecimento de estratégias tanto coletivas quanto individuais de superação de dificuldades.

Hoje em dia não, hoje em dia eu me valorizo mais, eu me cuido mais, é da minha saúde. Hoje eu procuro conversar mais com as pessoas, me abrir, eu era muito trancada, e hoje em dia eu já brinco, eu sorria. (ENTREVISTADA F)

Melhorou tudo, assim a forma como eu me vejo, que eu posso fazer muito mais e também eu agradeço por esse colorido que o GECA trouxe a nossas vidas. (ENTREVISTADA G)

Aí comecei a ficar, fiquei, participando, participando, , aí fui melhorando o humor que eu vivia muito pra baixo, aí voltei para o GECA de novo , é como eu to conseguindo né? me recuperar de novo sem precisar de remédio , sem precisar nada, porque (ENTREVISTA H)

Os ganhos individuais mostram que o grupo auxiliou essas mulheres no seu fortalecimento de autoestima, na construção de estratégias de lidar com suas questões cotidianas. Para cada participante existem ganhos individuais diferentes, mas há uma relação de repetição entre o reforço de autoestima e a visão de si. A participação sinaliza para uma melhor visão de si, uma validação de suas qualidades, sua força de enfrentamento do cotidiano.

Em relação aos ganhos coletivos que o grupo produz o aspecto mais citado é a socialização traduzida em ganho de amizades e trocas de experiências.

Foi o tempo que o GECA chegou também menino isso tem sido maravilhoso aí junta todo mundo que é a semana completa muito bom! (ENTREVSITADA C).

Trouxe muitas amizades, muita harmonia assim com todo mundo, as meninas são muito amigas, a gente tem aqui todo mundo como um irmão mesmo é tudo de bom!(ENTREVISTADA D).

Quando é as aulas da dança e muita amizade, muita amizade e amizade boa é como vc sabe e todo mundo fala não. (ENTREVISTADA E)

O grupo só me trouxe coisas boas, principalmente as amizades né? que lá a gente faz muita amizade , cada uma com sua história, cada uma com suas coisas. (ENTREVISTADA F).

Primeiro, aquela, aquela risadas que a gente dá , aquelas brincadeiras isso me levanta tanto , quer dizer é um, um , uma injeção de animo, quando eu venho de lá eu venho totalmente diferente entendeu? (ENTREVISTADA H).

Auto estima, amizades maravilhosas, troca de opiniões, troca de energia, as vezes vc chega triste né? mas chega aqui, mas o abraço, aquela conversa, o acolhimento é maravilhoso. (ENTREVISTADA I)

A potência do grupo é criar através da convivência um canal de comunicação, uma inter-relação que produz a criação e partilha de soluções para os enfrentamentos do dia a dia. A troca de energia, de ideias e afetos gera uma sinergia que vai sendo mola propulsora para os desafios diários, o grupo tem, portanto um caráter social de valorização de soluções coletivas, de compreensão e valorização das relações grupais como espaço de trocas.

Outro aspecto importante refere-se ao alcance político que proporcionam. Os Grupos de Promoção de Saúde permitem aos homens e mulheres, por meio do resgate da solidariedade, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal, e deste para um outro mais amplo, o social. (SANTOS et al, 2006 pg. 15).

No exercício da convivência cada participante se preocupa com sua identidade de ser e busca melhorar para si e para os outros e nesse processo ajuda e referencia os colegas no mesmo intuito.

A dimensão grupal na atualidade anda na contramão dos processos individualizantes e de construção de solidão. Propor o trabalho em grupos para práticas de cuidado em saúde mental é reafirmar dispositivos coletivos arranjos societários reais e possíveis que fortalecem sua percepção de vida em solidariedade com outros. Solidariedade de pensar problemas e formas de enfrentamento partilhadas.

Enquanto referência para a ação política, pedagógica e de cuidado, a amorosidade aumenta o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações. (BRASIL, 2014, pg. 06)

Na questão do grupo como estratégia de viver melhor consigo mesma e com os outros as respostas mostram a alegria de fazer parte das atividades, uma imagem positiva de si no momento de participação do grupo.

O GECA ajuda demais, capoterapia muito importante... menino GECA sensacional viu? não posso perder. então eu me sinto muito bem. além do que eu era antes. maravilhosa! (ENTREVISTADA B)

Nas terças feiras eu me transbordo, é assim que eu me sinto, muito obrigada e agradeço sempre a deus por esse colorido todo especial que o GECA trouxe para nós. (ENTREVISTADA G)

No GECA devido a ter gente de todo jeito, gente de varias estaturas e todo mundo é feliz, todo mundo vive bem do jeito que é eu, só trouxe coisa boa pra mim. eu não tenho o que falar do GECA senão só de coisas boas porque eu me sinto muito bem lá. (ENTREVISTADA H).

As interações promovem saúde na medida em que estabelecem comunicação e tradução de experiências que são singulares e subjetivas, mas que na troca adquirem sentido para cada para quem vivencia. Nos diversos significados de viver as práticas promoção da saúde, do pensar sobre si positivamente, no compreender os significados das experiências compartilhando com as demais participantes elas vão trabalhando a saúde física, mental, social.

Notadamente a saúde mental aparece como aspecto diferenciado porque se refere ao resgate e valorização de si, nesse caso através das atividades do grupo, da atividade física pela dança, da troca de afetos pelas dinâmicas, na troca de experiências pelos encontros.

A efetiva integração grupal ocorre à medida que as pessoas sentem-se tranqüilas e seguras para transmitirem suas intimidades numa rede de confiança mútua, acolhimento e quiçá desenvolvimento. (SANTOS et al, 2006, pg. 12)

As práticas de cuidado produzidas no GECA agregam a noção do cuidado relacional, articulado aos princípios do SUS na perspectiva de entender que nem todos os problemas podem ser curados, mas todos podem ser cuidados. Os sujeitos que vivenciam o processo encontram novos olhares sobre o mundo, sobre os outros, mas principalmente sobre si mesmos. As participantes do GECA no processo de serem cuidadas e cuidarem na sua participação no grupo descobriram outras visões de si mesmos, relacionadas ao seu papel no mundo inclusive como mulheres, reforçando sua autoestima.

Depois que eu comecei a frequentar o grupo foi que eu vi que certas coisas que eu como mulher eu não dava valor, como por exemplo, a minha própria auto estima, e hoje em dia não, hoje em dia eu me valorizo mais, eu me cuido mais, é da minha saúde, então eu acho que hoje em dia como mulher eu estou me cuidando mais, de primeiro eu não me cuidava mas hoje estou me cuidando mais como mulher. (ENTREVISTADA F)

O GECA é uma proposta de prática de cuidado em saúde mental de mulheres que se coloca no antagonismo de visões individualizadas e fracionadas de cuidado, e ao

contrário demonstra um dever de cuidado coletivo, de me ver no e com os outros. Marca processos de vida porque propõe algo que nas ações da Atenção Básica, no ESF e no próprio NASF está cada vez mais complexo e desafiador realizar, a sinergia do cuidado coletivo.

Importante também ressaltar que mesmo diante aspectos positivos para a vida das participantes o grupo promove saúde, mas não dá conta da vida da pessoa inteira, ou seja, a vida cotidiana continuará a exigir decisões, sobrecargas que geram adoecimento, angústias, sofrimento e que afastam as pessoas do cuidado, da qualidade da saúde mental, do olhar positivo de si.

Agora sem ir por causa desse problema na minha perna ai eu me sinto cansada fatigada, ai eu digo oh meu deus estou precisando ir para minhas aulas(ENTREVISTADA A)

Aqui em casa quando eu começo a dançar os sobrinhos dizem assim tia para com isso, pare com isso, isso não é para sua idade. (ENTREVISTADA G)

Me cuido pouquíssimo, as vezes eu chego aqui né? Cuido do povo todo quando eu chego em casa eu fico dizendo assim é o estresse mesmo aí eu fico pensando meu Deus ninguém cuida da gente né? As vezes tem essas coisas que vcs e a prefeitura fazem mas é o que eu falo para as meninas nunca é o suficiente por mais que a gente relaxe onde a gente tá dança ou alguma terapia quando a gente volta pra casa e pro serviço tudo é a mesma coisa então a gente pelo menos assim a gente tenta (ENTREVISTADA E)

Considerar que os esforços das práticas de promoção de saúde não são suficientes para dar conta da integralidade do sujeito é reforçar o conceito ampliado de saúde. A integração da intersectorialidade como forma, a interdisciplinaridade como princípio, família e comunidade como partícipes é a estratégia de construir o cuidado integral. Ações que deem conta da integralidade não estão prontas, desenhadas em manuais porque precisam ser construídas a partir da especificidade de cada território e seus sujeitos constituintes.

Nesse sentido estarmos aberto ao novo é aceitarmos uma definição de saúde que seja mais que a situação de não estar doente, de não portar incapacidades e deficiências e nos aproximarmos da concepção de qualidade de vida. Uma concepção de saúde que seja resultado da construção do projeto de vida com saúde para cada um e de cada uma, consigo mesmo,

com suas famílias e em suas comunidades. (PEDROSA, 2008, pg. 2)

O desafio da promoção de saúde é desenvolver práticas capazes de cooperar com a realização do potencial da saúde. O GECA atribui significado as interpretações de suas participantes, promove uma interação grupal capaz de gerar práticas de cuidado para promoção da saúde mental delas. Promoção de saúde de forma ampliada, como prática ativa e não apenas reativa à doenças.

O grupo auxilia também nos aspectos preventivos na medida em que ajuda a reconhecer as fragilidades de cada uma e incentiva o acompanhamento permanente dos indicadores necessários à atenção básica como glicemia, pressão arterial, obesidade, dentre outros. A interdisciplinaridade é uma ferramenta essencial para o alcance desse objetivo preventivo de doenças e agravamento de doenças preexistentes e por isso o grupo conta com a participação da equipe do posto de saúde em suas atividades.

A presença dos Agentes Comunitários de Saúde como participantes do grupo também é um fator relevante, reforça os vínculos e estabelece outros canais de comunicação. Potencializa a socialização das informações e cria nas usuárias o papel de disseminadoras das práticas de cuidado para promoção de saúde com seus familiares e na comunidade.

No GECA a ênfase na promoção da saúde mental se refere ao cuidado das tecnologias leves (MERHY, 1999) relações e vínculos para a construção e fortalecimento da autonomia dos sujeitos para o autocuidado. Tornar cada participante um operador do cuidado capaz de produzir vínculo, acolhimento e responsabilização.

Importante considerar que promover saúde significa atuar sobre as pessoas mas a partir de mudança de ambiente e principalmente através de políticas sociais Inter setoriais. Ou seja, não se trata apenas de mudanças de comportamento e sim de direção política, alcance das ações de saúde. (BUSS, 2010).

O GECA como prática de cuidado para promoção de saúde mental dos seus participantes atua para capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, objetivo da promoção de saúde mas deve se alinhar a diversas outras práticas institucionais ou não que dependem do poder público e da mobilização social.

O grupo não esgota o cuidado e as falas das entrevistadas dão conta disso mas ao longo de 08 anos tem sido um espaço importante, potente e possível de produção de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E EXPECTATIVAS

O GECA se constitui como espaço de práticas de promoção de saúde mental das mulheres que participam dele na medida em que promove práticas de socialização, trocas de experiências, trocas de afetos, didáticas de autovalorização e o fortalecimento de práticas de olhar para si como exercício cotidiano.

O NASF como escopo da Estratégia de Saúde da Família tem nos seus grupos de promoção de saúde a possibilidade de fortalecer a comunidade de maneira coletiva, no caso do GECA a constância e a persistência do grupo gerou um fortalecimento da comunidade do Bebedouro que se reflete na participação de profissionais e usuários de forma ativa no grupo.

O entendimento sobre cuidado das mulheres participantes dá conta de uma complexidade de entendimentos como aspectos físicos na perspectiva de dar conta de práticas determinadas pelos profissionais de saúde como alimentação, atividade física, ir ao médico, aspectos psicológicos, valorativos e espirituais, ser alegre, semear positividade, ser sorridente, também é considerado cuidado, o estar de bem com o mundo e com ou outros o que é uma dimensão significativa no que se refere à experiência do grupo.

Em relação às práticas de cuidado observa – se que existem práticas de cuidado no cotidiano dessas mulheres, elas encontram estratégias de produzir cuidado, elas desvendam no cotidiano, jeitos de viver experiências que promovam qualidade de vida, prazer, satisfação tanto de maneira individual, mas principalmente de maneira coletiva.

O GECA apresenta se como uma importante ferramenta de fortalecimento da prática de promoção de saúde mental destas mulheres, no grupo elas encontram o lugar de se conhecerem, trocarem essa experiência de conhecimento e construir juntas outras possibilidades de entendimento de si e do mundo. O grupo promove transformações contínuas nos níveis de saúde tanto subjetivamente quanto objetivamente, no trato com doenças como a hipertensão e a diabetes melhorando seus indicadores, mas também em aspectos como a autoimagem, a valorização do corpo e os afetos e laços de amizade.

Importante reconhecer a potência de constituir o grupo como estratégia de práticas de promoção de saúde mental em meio à cultura individualista, cenário de acirramento das desigualdades que estimula o isolamento, o medo, a falta de trocas como alternativa de vida. Além disso, manter o grupo em funcionamento por 08 anos é

resistência ao cenário de barbárie social, construindo na coletividade uma perspectiva de saúde a partir das diversas histórias de vida das pessoas.

O reconhecimento do cuidado e autocuidado mostra que as entrevistadas pensam sobre sua condição de vida e o grupo ajuda nesse sentido, na convivência experimentam trocam reflexões sobre o cuidado e vão elaborando estratégias de cuidado. A perspectiva do cuidado aparece muito associada ao modelo esperado de representação do ser mulher na sociedade atravessada pelos componentes machistas e patriarcais. Há uma preocupação com uma imagem higiênica, feminina definida como papel da mulher e isso aparece nas entrevistas.

Há também o entendimento da característica relacional do cuidado, e o quanto o aspecto relacional é significativo para as entrevistadas no dia a dia do grupo. A troca de energias, afetos, solidariedade e amizade construída no grupo fortalece gradativamente a autonomia das entrevistadas.

Na possibilidade de se verem diferentes, de realizarem feitos até então fora de suas perspectivas de vida como, por exemplo, apresentar se em publico, vestir roupas de ginástica e ir à festas, a autonomia vai se construindo e fortalecendo pela experiência. A partir da experiência do grupo outras áreas de suas vidas vão sendo afetadas pela visão positiva que vai sendo desenvolvida a partir de sua ação no grupo.

O GECA promove saúde mental é uma ferramenta de cuidado, uma prática de diálogo, que motiva e desafia quem participa dele a pensar sobre seu lugar no mundo, as entrevistadas falam do reconhecer – se como mulheres de incentivarem outras e enfrentarem seus limites e desafios.

Entretanto promover saúde é considerar políticas sociais e econômicas que alterem o estado de vida das pessoas, que interfiram não apenas nos modos e condições de vida, mas também nos estilos de vida. É necessário mudar o ambiente, envolver diversas políticas públicas e sujeitos para alterar determinantes sociais de saúde e doença que empurram a população para determinadas situações de vida.

Há muito mais a ser feito e o GECA não dá conta dessa dimensão mas ele prepara sujeitos para pensarem em si e nos outros, incentiva o olhar sobre si mesmo, suas condições de vida, o questionar, o perguntar sobre suas limitações, dificuldades e entraves. O que Paulo Freire (1996) chama de rebeldia, aguçamento de curiosidade, condição para cidadania e tomar a frente dos seus projetos de vida.

As refrações da questão social exigem dos profissionais que atuam com as comunidades o desenvolvimento e fortalecimento de estratégias que façam da cidadania

uma referência de ação. Incentivar a participação, o sentido da coletividade em tempos de descrença de laços sociais e solidariedade. O Assistente Social atuante no NASF resgata nas ações de promoção de saúde o compromisso com o alcance político e social das práticas, esse viés o GECA procura desenvolver porque tem como profissional de referência um assistente social.

É possível, necessário e urgente que as comunidades sejam canteiros férteis de grupos de promoção de saúde a partir da pluralidade de demandas, potências territoriais e individuais de seus profissionais e sujeitos, o GECA modificou suas participantes mas no mesmo movimento modificou os profissionais envolvidos. As mudanças são lentas, mas firmes e persistentes. É preciso seguir...

“Devagar nas encruzilhadas de caminhos, ao tecer a pele de bordados de amor coloridos e floridos. Devagarinho, que nenhum amor é santo. Todo modo de amar tem amantes de pés de barro e há galhos de flores com espinhos. Devagar com o que pode meu corpo, porque o amor pode quebrar, morrer, ressuscitar nos meus olhos de mar”. (Wladimir Félix, setembro/19)

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Camila Gabriel Meireles et al. A intervenção do Serviço Social em grupos multifamiliares com foco no abuso sexual: desafios e possibilidades. 2017. Disponível em: <https://www.cress-mg.org.br> > 4-simposio-mineiro-de-assistentes-sociais. Acesso em 05/05/19.

BONETTI, Peralta Bonetti. PEDROSA, José Ivo dos Santos, SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. Educação popular em saúde como política do sistema único de saúde. Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 397-407. Disponível em: file:///D:/Downloads/15021-Texto%20do%20artigo-63884-1-10-20120402.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E, Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Promoção de saúde. Brasília, 2010. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed](https://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed). Acesso em 06/06/19.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de apoio à saúde da família. V.01. Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano. 2008. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39](https://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39). Acesso em 20/08/19.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria n.o 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Pnepssus). Disponível em <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis)>. Acesso em 16-10-2018

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

BRAVO, Maria Inês Sousa. Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 4ª ed. São Paulo: Cortez. 2011.

BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15 (Esp), p. 152-7, 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018)> Acesso em: 12 jul. 2018.

BUSS, Paulo. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. 2010. Disponível: <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**. Campinas, 2008. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/7066.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/7066.pdf) > Acesso em: 18 jul. 2018.

CARDOSO, I. M., MURAD, A. L. G., BOF, S. M. S., A Institucionalização da Educação Permanente no Programa de Saúde da Família: Uma Experiência Municipal Inovadora. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3, n. 2, p. 429-439, 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):669-678, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>.

CECCIM, Ricardo Burg; Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100006&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 20/08/2019.

CFESS, **Resolução nº 273, 1993**. Código de Ética Profissional do/a Assistente Social.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Brasília, 1993. in CRESS. Conselho Regional de Serviço Social 10ª Região. Coletânea de Leis: Revista e Ampliada, 2005.

\_\_\_\_\_, Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília. 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf).

CODEVASF. Relatório de gestão 2010. Disponível em: [odevasf.gov.br/aceso-a-informacao/auditorias/processo-de-contas-aneais/arquivos/RelatoriodeGestaode2010\\_Codevasf.pdf](http://odevasf.gov.br/aceso-a-informacao/auditorias/processo-de-contas-aneais/arquivos/RelatoriodeGestaode2010_Codevasf.pdf)

DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2012. Disponível em: <[tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034](http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034)>. Acesso em: 12 jul. 2018. p.385-395.

FERREIRA NETO, João Leite e KIND, Luciana. Promoção de saúde: Práticas grupais na estratégia de saúde da família. São Paulo: HUCITEC. Belo Horizonte. FAPEMIG, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. Disponível em: <[www.professores.uff/tuliofrnco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimnto-produco-subjetiva-cuidado.pdf](http://www.professores.uff/tuliofrnco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimnto-produco-subjetiva-cuidado.pdf)>. Acesso em: 06 jul. 2018.

FREITAS, Jairo Dias de. PORTO, Marcelo Firpo. **POR UMA EPISTEMOLOGIA EMANCIPATÓRIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 179-200, jul./out.2011.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo.: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. São Paulo, Paz e terra, 1985, 20<sup>a</sup> edição.

FROSI, Raquel Vallient. **Promoção e prevenção em saúde mental? Resgatando debates históricos**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.151, 2014.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4800/pdf>. Acesso em 15/09/2019.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michelli Aparecida. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Revista de Serviço Social e renovação**. Londrina, v. 12, n.1, 122 p. 122- 134, jul/dez. 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000. Resultado dos Dados Preliminares do Censo – 2010. [www.ibge.gov.br/cidade@](http://www.ibge.gov.br/cidade@).

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000. Resultado dos Dados Preliminares do Censo – 2016. [www.ibge.gov.br/cidade@](http://www.ibge.gov.br/cidade@).

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LADIN, Fátima Luna Pinheiro; OPALEYE, Mario Geovane Câmara; VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos. Promoção humana para o autocuidado em saúde da família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.2, n.1, p.55-65, jan./jun. 2000. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/refased/article/download/4885/3731>> Acesso em:10 jul. 2018.

MERHY, Emerson. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Campinas, 1999. Disponível em:< [www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato\\_cuidar.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** HUCITEC. São Paulo, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOREIRA, Daniel Augusto. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, Mirella de Lucena Mota. RODRIGUES, Cleide Maria Batista. Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. *SER Social*, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré Oliveira et al. **A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental.** J. res.: fundam. care. online 2017. jan./mar. 9(1): 71-78.

PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária.* Salvador: ISC, 2002.

PARNAÍBA –PI. **Relatório de Gestão 2016.** Parnaíba – PI, 2016.

PASSOS, Rachel Gouveia. Teorias e Filosofias do cuidado: Subsídios para o Serviço Social. Campinas: Papel Social, 2018.

\_\_\_\_\_. Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez. 2018.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Cultura Popular e Identificação Comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. (Org.). **Educação em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 71-100.

\_\_\_\_\_. Educação popular em saúde e gestão democrática. 2008. Disponível em: [https://periodicos.ufjf.br > index.php > aps > article > download](https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download). Acesso em: 12/08/19

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, 2008.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nóbrega de Almeida. O cuidado em saúde e o paradigma

Biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental** (*online*). 2011, v.9, n.17, p. 523-536. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2018.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC: ABRASCO, 2007.

RABELO, Ana Renata Moura; SILVA, Kênia Lara. Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1204-1214, dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000601204&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601204&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: 15 jul. 2018.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO, Tania Maria Ferreira Silva. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. VII\_VIII, n. 7\_8, dez. 2009.

SAMPIERI, Roberto Hernandèz; CALLADO, Carlos Fernandes e LUCIO, Maria Del Pilar Batista. **Metodologia da pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Luciene de Medeiros et al. Grupos de promoção de saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>

SANTOS, Marta Alves e SENNA, Mônica de Castro Maia. Educação em Saúde e Serviço Social: Instrumento político – estratégico na prática profissional. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802017000300439&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802017000300439&script=sci_abstract&tlng=pt) . Acesso em 10/08/19.

SELIGMANN- SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental**. O direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da e RODRIGUES, Maria Lucia. Serviço Social e o cuidado em saúde. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v.14, n.1, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8638901>> Acesso em: 08 jul. 2018. ISSN 16766806.

SILVA, Irene de Jesus et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>>. Acesso em 09 de jul. de 2018.

THUM, Moara Ailane et al. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. (*Online*), Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 576-582, set. 2011. Disponível em:

<[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300020)>.  
Acesso em: 27 de jun. 2018.

VIEIRA, Solange Santana; NEVES, Claudia Abbês Baêta. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 24-33, jan./abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1375>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

ZANELLO, Valesca; COSTA, Humberto. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, set./dez. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1483>>. Acesso em: 05 jul. 2018.