

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

JULIANA ABUJAMRA PETTINATI DE ALMEIDA

**Subjetividade pautada pela Dupla-Consciência: costuras da dialética colonial-decolonial
em Unidades Básicas de Saúde**

SÃO PAULO

2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

JULIANA ABUJAMRA PETTINATI DE ALMEIDA

**Subjetividade pautada pela Dupla-Consciência: costuras da dialética colonial-decolonial
em Unidades Básicas de Saúde**

Trabalho realizado como exigência do curso de
Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e
da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo

Orientadora: Prof^a Dr^a Cris Fernández Andrada

SÃO PAULO

2022

AGRADECIMENTOS

Começo a escrita deste trabalho carregada de afeto e muitos movimentos, elementos que se fortaleceram e se esvaíram nesta caminhada, que foram fundamentais para a costura disso tudo. Quando digo fundamentais, busco a imagem concreta de fundamentação, quase como vigas que sustentam o concreto que formam o lugar confortável, ossos que sustentam o corpo que abraça, as raízes que levantam as árvores mais bonitas, também passo pelo significado menos material, pensando no quão fundamentais foram conversas, recomendações, dicas, afagos e mais conversas durante essa escrita.

Arthur, meu bem querer, tudo fica mais bonito quando você está por perto. Esse nosso caminho por aqui foi tudo e mais um pouco do que eu nem imaginei que poderia ser, graduar ao seu lado tem um gosto mais do que especial. Em cada abraço, cada beijo, cada momento em que você olhou pra mim e disse “vai que dá!”, a gente foi traçando sentidos que seguem se fazendo e se tecendo, da forma que deve ser. Obrigada por tanto, sempre. Você me dá sorte, de cara.

Mam's e Wilbi, me reconheço em vocês. Demorei um tanto pra me ver no jeito de falar de um, no sorriso de outro, no olhar de um, nos gestos do outro. Minhas grandes inspirações, obrigada por mostrarem o rumo até aqui. Agradeço também à Nanat, Sassá, Bruninha e aos meus avós Lela e Arnaldo, pessoas que compõem meus dias, minhas histórias, minha família. Dé, por ser o melhor tímido espalhafatoso que Caetano poderia escrever e Gal poderia cantar, por tanta parceria e cumplicidade, olho no olho e cerveja gelada.

Marcia, obrigada por me mostrar tantos lados bons da vida. Agradeço por tanto afeto, mãos dadas, cafunés, carinhos e outras tantas perspectivas de todos os lugares possíveis, sempre diferentes. Um fortíssimo agradecimento também pelas pessoas as quais você trouxe para minha vida, seus filhos, netos, irmãos, que seguem nos propondo tantas coisas boas. Não poderia deixar de falar de Ciça e Ruth, grandes companheiras que, com você, formam um dos trios mais admiráveis que tenho o prazer de acompanhar.

Cris, um dos encontros mais potentes que pude viver durante a graduação. Mostrou-me, acredito eu, as maneiras mais cuidadosas e eficientes de manter os

brilhos dos olhos cada vez mais incandescentes, segurando firmemente minha mão durante essa caminhada.

Aos lugares que já pertenci durante a graduação, onde aprendi muito sobre tudo o que não é ensinado em sala. À Psicolata Bateria, onde vivi intensamente muito do que uma entidade malemolente pode oferecer, onde conheci muitos amores e cresci imensamente em tanto. Quelzi, Frei, Laza, Vic, Nalu, Tinha, obrigada por musicalizarem por aqui e por onde passam, assim a gente vai longe, e melhor, juntos!

Aos meus amigos, de todo meu coração e vida: Kika, ser contigo é o que me faz seguir. Aninha, te dar as mãos foi uma das boas escolhas dessa vida. Dan, que me mostra o que é companhia e calma. Sawaya, nada mais sincero que nosso encontro. Caião, aqui registro que passou rápido mesmo, mas acrescento que tudo isso ao seu lado foi de tirar o chapéu. Vivi, do sorriso mais doce ao abraço mais carinhoso, obrigada por estar aqui. Fezini, uma das grandes inspirações de vida, obrigada por caminhar junto, por ser força ao meu lado; trazendo Marininha, que tem a habilidade e é capaz de mover o muito por onde passa e seguir com os pés no chão.

É e foi cercada de tantas pessoas especiais que agradeço a oportunidade de realizar essa pesquisa, neste tema que tanto me interessa, que me move, mas por vezes me paralisa, tamanhas são as possibilidades de reconhecer e resistir junto ao Sistema Único de Saúde, ao fazer psi de forma humana e nosso sangue latino americano. “Meu sentimento favorito é o brilho nos olhos”.

Não se pode comprar o vento

Não se pode comprar o sol

Não se pode comprar a chuva

Não se pode comprar o calor

Não se pode comprar as nuvens

Não se pode comprar as cores

Não se pode comprar minha alegria

Não se pode comprar minhas dores

(...)¡Que viva la América!

- *Calle 13, Latinoamérica*

ALMEIDA, Juliana Abujamra Pettinati. Subjetividade pautada pela Dupla-Consciência: costuras da dialética colonial-decolonial em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo. 2022

Área do Conhecimento (CNPq): 7.07.05.00-3 Psicologia Social

RESUMO

A Psicologia Sócio-Histórica propõe-se a estudar o sujeito em seus contextos sociais, baseada na relação tríplice entre materialismo dialético-histórico, compreendendo implicações da realidade na construção da subjetividade e da subjetividade na construção da realidade. O objetivo desta pesquisa é compreender as maneiras pelas quais a subjetividade é afetada pelas políticas públicas em saúde, tomando como principal lente de análise teórica, o movimento descrito pelo conceito da dupla-consciência, na perspectiva do pensamento decolonial. A metodologia é contemplada por uma ampla e sistemática revisão bibliográfica sobre os paralelos entre a perspectiva decolonial e as diretrizes das políticas públicas em saúde do país, especificamente na cidade de São Paulo, a partir do estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde. De forma a cumprir o objetivo, a análise parte de significações atribuídas em um caso de pesquisa publicado, buscando o entendimento situado em tempo, contexto e realidade de forma a apontar contradições e potencialidades nas atividades cotidianas do serviço. As contribuições esperadas são os possíveis desdobramentos da política pública de saúde, em especial na atenção básica, sobre a atual precarização e comunicação com os sujeitos que sofrem influências das ações propostas pelo programa e atuação no território. Concluindo, em linhas gerais, a possibilidade da expressão de processos de resistência à lógica colonial por parte de trabalhadores da equipe, principalmente da recepção, frente à rigidez territorial e hierarquia que perpetuam e são reproduzidos na relação entre trabalhadores e usuários.

Palavras-chave: sócio-histórica, dupla-consciência, políticas públicas em saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Do afeto.....	8
1.2 Da teoria.....	11
2. APRESENTAÇÃO	27
3. MÉTODO	30
3.1 (Re)buscando o Norte.....	30
3.2 Procedimentos de uma revisão bibliográfica.....	31
4. DE ENCONTRO AO CAMPO	33
4.1 À caminho da UBS	33
4.2 Porquê por aqui	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CREPOP Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

ES Educação em Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

1.1 Do afeto

A ideia da realização da presente pesquisa originou-se há mais tempo do que as disciplinas que se estruturam em dois semestres da graduação. Entretanto, o processo de formulação e angariação dos conceitos para a produção foram costurados ao longo dos anos acadêmicos e vividos, unindo a exposição às oportunidades dadas pela graduação à maturidade crescente na profundidade e complexidade dos temas abordados. Produções prévias e leituras descontraídas de produções de colegas foram limpando o caminho que busco percorrer, aulas teóricas, práticas e orientações diversas puderam iluminar o que busco tecer.

Caminhando próximo à cronologia dos contatos estabelecidos com os fios condutores deste trabalho, inicio ao entrar em contato com disciplinas eletivas de pesquisa e teóricas, encontrei formas de compreender e buscar informações a partir da perspectiva sócio-histórica, tendo experiências de entrevistas, categorizações, escritas e momentos em grupo para a elucidação das formas de ouvir, escutar e ler os materiais dados, podendo também iniciar certa compreensão de como se dá a descoberta e organização de informações sob tal lente, como constrói-se e de onde partem estudos e dissertações. Tempos acadêmicos em que também pude inteirar-me de construções textuais preciosas e humanas, que foram essenciais para me motivar a produzir algo da mesma categoria. Posteriormente, já em condições pandêmicas, entrei em contato com a história do Sistema Único de Saúde pelo olhar acadêmico e factual, buscando números e seus comparativos, realçando a participação da psicologia no sistema mas de forma distante, entretanto, produção que abriu portas para a curiosidade e vontade, ampliando o respeito e a noção de importância por tal política pública, iniciando a certeza de tratá-lo no trabalho de conclusão de curso. O agravamento das condições sanitárias do país e a importância da organização do SUS foram entrelaçando-se, tornando o sistema alvo de ataques e, por consequência, um assunto em voga na graduação. A pesquisa e o sistema explicitados de forma crua e rasa neste parágrafo somam-se, em primeiro plano, por serem feitos de pessoas, no plural, junto de revisitações, também múltiplas. Temas que tornaram-se direção por serem compatíveis em níveis de base, ou seja, partem de pressupostos sobre categorizações e críticas ao que é

trazido ou ao que entra em contato com, propõem-se a revisitar o que é posto de forma dialética e contínua, seguem em debate.

Em outro momento, pude me encontrar com a perspectiva decolonial, lente que se encaixou no aparelho acadêmico de visão que se formava e derramou-se sobre diferentes aspectos para além do contato inicial, que desencaixou conceitos antes ajustados à teorias acrílicas e à concepções inquestionáveis da construção dos contextos. Trago um exemplo, citado pelo Profº Bruno Simões no “Grupo de Estudos sobre Psicologia da Descolonização e América Latina: primeiros passos” realizado no 1º semestre de 2021, para ilustrar o encaixe e desencaixe provocado pelo contato com ideais descoloniais: a letra “S”, que colocada ou retirada da palavra que nomeia o conceito, pode ser um divisor nas águas de onde se banham os autores, uma diferença percebida nos escritos e falados. Entretanto é apenas uma letra que, quando foco do assunto, realça o academicismo que se tece como uma espiral, distanciando-se e aproximando-se da práxis decolonial, sem a praticar, passando pelos mesmos pontos de discussão, seguindo em frente e, logo retomando à letra da discussão. Buscar os movimentos decoloniais desencaixaram algumas formas do acadêmico, encaixando o que é visível em práticas, sistemas e histórias. Apreendendo, principalmente, os conceitos presentes em *“A Dupla Consciência Latino-Americana: contribuições para uma psicologia descolonizada”*, sobre as figuras de colonizador e colonizado presentes, reproduzidas nas relações forjadas sob a construção da sociedade brasileira.

Seguindo o fio que se desenrola sobre os interesses percorridos, realço a importância de certa costura que se faça justa, embora não linear, entre a política pública em saúde, a perspectiva teórica e o conceito escolhido. Em um crescente, a compreensão do histórico de implementação da maior política pública de saúde do país e seu resgate à forma do cuidado universal, voltado à promoção de saúde e integralidade dos sujeitos, com visão ampla sobre o território somadas às condições biopsicossociais e coletivas, assemelhou-se com o cuidado e organização sob a ótica decolonial, que preza pela comunidade, pela saúde, pelo resgate do diálogo possível, que não ignora avanços, mas os incorpora; sendo possível observar os atravessamentos da alienação e colonialidade na propagação dos saberes médicos, com o apagamento de fontes e formas de conhecimento, que afunilam, padronizam o correto e o errôneo. A busca que esses escritos contornam é a de compreender quais são os atravessamentos da colonialidade e da decolonialidade no fazer

saúde, as aproximações e distanciamentos da teoria coletiva e acessível. O caminho da Psicologia deve ser perceber os afetos de tais movimentos na subjetividade dos sujeitos presentes no cotidiano observado, na construção de si (do Eu) e no quanto constroem possibilidades de agir sobre a saúde proposta nas políticas públicas e quão protagonistas são sobre a saúde individual.

1.2 Da teoria

A Psicologia Sócio Histórica parte da fundamentação materialista, dialética e histórica, com o objetivo de superar e criticar a construção de objetividade e subjetividade e sua dicotomia, rompendo com a visão unicamente biológica do ser, base de diversos escritos científicos, unindo-a aos fenômenos humanos e sociais. Parte da compreensão do sujeito como composto de “unidades de contrários” que se movimentam incessantemente e, por isso, mantêm-se existindo, renovando-se.

O materialismo traz o caráter sólido da construção da subjetividade do ser, partindo dos pressupostos presentes na sociedade e na percepção deles pelo sujeito, pautando-se na causalidade dos acontecimentos e na naturalidade da vida vivida (GONÇALVES, 2016; AGUIAR e BOCK, 2016). Entretanto, com distância dos determinismos causados pelas afirmações e constatações formadas previamente, focando-se na implicação desses acontecimentos, chamados fenômenos da formação da subjetividade.

Outro princípio fundante deste campo é a dialética presente entre os movimentos do sujeito, da sociedade e da história, entendida como uma lógica estruturante do modo de pensar, é “expressão do movimento da realidade” (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020), justifica o entendimento da esfera da realidade que temos contato. A dialética se opõe à visão instrumentalista e utilitarista da Psicologia, à base da ciência que se apoia em anular a individualidade em prol do encaixe e enquadramento do sujeito na sociedade, pois questiona-se e busca compreender seu objeto de estudo abarcando suas contradições e determinações. Baseada em quatro princípios (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020), a dialética apoia-se sobre a noção de totalidade e a conexão dos âmbitos em que os sujeitos transitam, afinal, não é considerada possível a análise de qualquer faceta de um indivíduo, sociedade ou fenômeno sem sua contextualização; sobre a

movimentação e o processo constante de transformação que é submetida; levando-a noção de superação do atual e aparecimento do novo; intrínseca à contradição, que se mantém em inerente com os outros pilares.

A subjetividade é comumente entendida como individual, altamente influenciada por um processo objetivo; por outro lado, o processo objetivo só é possível com conteúdo histórico, ou seja, a construção a partir da ação humana agrega à objetividade elementos da subjetividade (AGUIAR e BOCK 2016), trazendo à tona a dialética permeada na estrutura dos sujeitos e da sociedade, construindo-se simultaneamente e baseada na presença da totalidade.

Além disso, as contradições presentes são motores para a abordagem sócio-histórica, impulsionando o questionamento sobre a posição hegemônica do Homem na sociedade, compreendendo fatores que contribuem para a composição complexa do ser e levando em consideração a maleabilidade das proposições a partir do contexto (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020).

A compreensão do ser humano como sujeito ativo na produção de historicidade e tem sua ação de acordo com o que absorve dessa historicidade, sendo capaz de construir subjetividade a partir da objetividade, trâmite complexo e vivo, que caminha e é conceituado quase como em um gerúndio por conta de seu caráter dialético (AGUIAR e BOCK, 2016).

Apreendemos o desenvolvimento das relações sociais e históricas quando colocadas em categorias, entendidas sob à luz dos sentidos, significados, em síntese, significações. Categorias são análises para além do imediato, trazem consigo o movimento contraditório dos fenômenos lidos em sua totalidade e historicidade, descortinam diversas camadas de compreensão, nos orientam metodologicamente e se articulam com a concepção de mundo e de ser humano. São construções abstratas para explicação de parte do real, e, embora sejam estruturadas pela palavra, nos moldes do contexto de onde são criadas, não se delimitam, nem limitam o potencial que são capazes de abranger. Tornam-se indicadores, marcações do que é capturado na oralidade, escrita e escuta, via quaisquer dos sentidos biológicos apurados para percepção.

Brevemente, os significados são consolidados a partir das interações humanas e culturais, são dinâmicos, podendo ser entendidos objetivamente e alteram-se a depender do confronto com o sentido; o sentido é o resultado das relações atuais, formado com fluidez e complexidade, podendo sofrer alterações e

variações a depender da linguagem, possuindo zonas de instabilidade, compreendido subjetivamente, a partir das vivências e experiências (AGUIAR e BOCK 2016). As significações, por sua vez são construídas a partir da subjetividade e objetividade, são a síntese da compreensão de sentidos e significados, considerando particularidades e as compreensões das dimensões que os sujeitos e sociedade carregam (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020).

As formas de compreensão de acontecimentos sociais que formam e são formados pelo sujeito são abarcadas pelas *categorias da dialética*, entretanto é preciso maior especificidade para entendimento com propriedade e nomeação das relações do homem com o mundo, chamados de fenômenos psicológicos. Segundo Bock, Kulnig e Santos (2020), a ação do homem frente às experiências e as trocas com o ambiente sociocultural em que está inserido é uma das categorias que endossa necessidade de especificação de categorias, por sua amplitude e diversidade, levando à noção da *dimensão subjetiva da realidade*.

A categoria de *dimensão subjetiva da realidade* pretende ultrapassar a dicotomia entre o indivíduo e a sociedade. Compreende sua busca pela movimentação entre os polos dicotomizados, a gangorra que enxerga o sujeito individual que forja-se a si mesmo e enxerga o sujeito submerso em fatores sociais, que anulam suas ações sobre si, produzindo um reducionismo determinista (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020). Essa categoria é construída na junção de significações sobre subjetividade e objetividade da realidade do indivíduo, é ponte entre as condições materiais, interpretação subjetiva e expressão de experiências (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020), abrangendo a percepção do que é pertencente à realidade e o que é pertencente ao sujeito, incluindo o que é mútuo e especificando a presença do sujeito na realidade e o fenômeno psicológico produzido, com características subjetivas, mas quando expostos e experienciados, com características sociais.

Os fenômenos, por possuírem bases materiais e partirem de elementos simbólicos, como sentimentos, pensamentos, valores, entre outros, consolidam a *dimensão subjetiva* que a categoria busca abordar e atesta, mais uma vez, a totalidade necessária para compreensão do sujeito e da realidade. Assim, deduz-se que a elaboração e permanência do fenômeno ocorre a partir do movimento que retoma contradições e a dialética.

Enfim, a Psicologia Sócio-Histórica baseia-se nas categorias como método para analisar os fenômenos e matérias observáveis em sociedade e quando implicadas em indivíduos, seguindo os princípios de totalidade como a percepção de todas as partes e mediação, noção da necessidade de articulação entre elas. Nos permite dialogar com fenômenos da vida social, considerando objetividade e materialidades presentes nos fenômenos pela sua constituição de elementos simbólicos e psicológicos (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020). A palavra carrega o sentido das construções que a resultaram, para além do sujeito que a forjou, mas que foi por ele apropriada, é a forma da categoria de mediação entre o sujeito e o mundo.

O movimento é parte fundamental para as engrenagens desse pensamento funcionarem, atualizando-se em suas contradições de acordo com o atravessamento histórico (KAHALE e ROSA, 2016). A consciência do processo enaltecido por essa vertente da Psicologia é fundamental para que o sujeito mantenha-se ativo na sua história e, conseqüentemente, deixe sua marca na historicidade (KAHALE e ROSA, 2016).

O sujeito tem sido conceituado a partir das noções vigentes e dialéticas de sociedade, história e ser; sendo necessário recuperar a memória do povo do qual se trata para identificá-lo, diferenciá-lo e reconhecer quais as significações e sentidos produzidos a partir da compreensão do que vem sendo historicizado.

Ademais, a raça é outro recorte somado às conceituações e torna-se essencial para compreensão das relações. Autores comumente utilizam da ideia de raça, nos séculos XV e XVI para justificar a dominação dos povos e extrapolar o capitalismo europeu, atualmente essa ideia é perpetuada pelas relações sociais colonizadas (CARVALHO e ALCÂNTARA, 2018). O ponto da descolonialidade é demonstrar os efeitos da estrutura pautada apenas em um ponto de vista, uma forma de ser e agir, ao mesmo tempo que demonstra outras formas e outras estruturas, até então, invisibilizadas pelo apagamento e desestruturação do diferente do trazido pelo povo colonizador, que tornou-se hegemônico.

Há várias possibilidades de compreensão da subjetividade, baseamo-nos na concepção ocidental, quando é preciso entrarmos em consenso com um dos princípios da dialética e nos movimentarmos para o redescobrimto do novo. A noção de subjetividade parte de pluralidade epistêmica, principalmente, Estados Unidos e Europa (CARVALHO e ALCÂNTARA, 2018). O termo “subjetividade” foi

difundido durante os séculos XVI e XIX, épocas econômica, religiosa, artística, política e, principalmente, cientificamente revolucionárias, o que se compreendia por verdade sofreu diversas influências pelo desenvolvimento da sociedade vigente, a relação entre a Igreja e o Estado impulsionaram o entendimento do “indivíduo consigo mesmo, um voltar-se para si em busca de respostas” (CARVALHO e ALCÂNTARA, 2018, p. 4), pautado nas concepções recém definidas sobre privado e público.

A Psicologia Experimental surge nos laboratórios de W. Wundt ao fim do século XIX, o mundo está encaixando-se plenamente aos moldes liberais e capitalistas voltados para o controle, mensuração, classificação, generalização e, também, comparação (CARVALHO e ALCÂNTARA, 2018). Elementos cruciais trazidos para o Brasil, mesmo quase dois séculos depois, uma vez que a sociedade sul americana é pautada, acadêmica, moral, física e institucionalmente pelas sociedades do Norte Global.

O processo de expansão comercial dos séculos XV e XVI culminou na colonização de grande parte dos territórios mundiais (CARVALHO e ALCÂNTARA, 2018), no século XXI aprofunda-se cada vez mais o desdobramento desses atos. A colonização ultrapassou fortemente as barreiras territoriais, atingindo as matrizes dos povos com os quais entrou em contato, estraçalhando suas raízes e esterilizando seu solo.

[...] internalização de uma hierarquia social que se constitui em significações de superioridade e inferioridade objetivadas nas diversas esferas da vida social, qualificando e desqualificando indivíduos e grupos, distinguindo-os entre si; a transmutação de desigualdades em diferenças, ignorando, nesse sentido, o elemento central que as distingue: a dominação. (BOCK, KULNIG e SANTOS, 2020, p. 4)

Tratando-se do sujeito brasileiro do século XXI, existem especificidades necessárias para sua compreensão, baseando-se na formação de seu país, considerando imposição do modo de produção e sociedade alheios à terra recém invadida. De acordo com Eduardo Galeano, em *As Veias Abertas da América Latina* (2019):

O modo de produção e estrutura de classes de cada lugar têm sido sucessivamente determinados, de fora, por sua incorporação à engrenagem universal do capitalismo (p.18)

Complementado brevemente com o conceito de violência simbólica, trazido por Jessé Souza, um conceito que permite que as violências continuem existindo

por não serem explicitadas, ou seja, permanecem sendo atualizadas. Abrindo precedentes para a colonização, também, economicista, que pressupõe o desconhecimento que a sociedade tem sobre si mesma, que cai num reducionismo dos problemas em um âmbito puramente econômico e não social (SOUZA, 2009).

Ainda sobre a fundação tensa e violenta do Brasil:

A colonização se desenvolveu a partir de um conflito social fundante que estabeleceu duas perspectivas em confronto no interior de uma mesma realidade (GONÇALVES, 2016, p. 400)

Na sociedade cheia de contradições, surge o movimento contrário ao sistema colonial-mercantil-capitalista, que tem como fundamento a instituição de modos de organização que resgatem e afirmem a memória histórica das populações dominadas (GONÇALVES, 2016). Os movimentos são possíveis apenas com o surgimento de suas antíteses, o conjunto de violências geradas pela colonização, que perpassam pelas esferas raciais, de gênero, do trabalho e da natureza, são existentes a partir das resistências geradas nesses âmbitos. A tensão causada pela hegemonia gera a resistência dela.

a afrocentricidade – opostamente a eurocentricidade, que organiza um mundo hierarquicamente, a partir de seu lugar cultural, propondo-o como universal e invisibilizando outras formas de saber – postula o lugar como início e a finalidade do pensamento, politicamente situando os povos africanos e da diáspora a se constituir subjetivamente a partir de seus saberes. (CARVALHO e ALCÂNTARA, 2018, p.7)

O estranhamento de termos autores não-brancos, principalmente, advindos de África, demonstra a colonialidade intrínseca à subjetividade, pois foi efetivamente apagada a viabilidade de outro continente, que não o europeu, ter produzido conhecimentos válidos para o Ocidente. A subjetividade tornou-se um conceito norteador para a ciência por ser um conhecimento orientado pela racionalidade e autonomia, entretanto fundou-se em um recorte, logo, não universal.

Considera-se possível e necessário pensar o humano, como um ser temporal e histórico, onde suas vivências, relações, formas de ver a si mesmo e o mundo sofrem transformações e o conhecimento científico precisa acompanhar esse dinamismo característico da existência humana, considerando outras referências históricas, filosóficas, sociais, para alcançar uma compreensão mais próxima da subjetividade nos dias atuais. (CARVALHO e ALCÂNTARA, 2018, p. 10)

O surgimento brutal e intenso dos povos e daquilo que convencionou chamar América Latina preludia seu crescimento econômico, político e subjetivo. Tensões territoriais e conflitos são datados de um período anterior à colonização, o que não isenta sua devastadora consequência, mas que denuncia um solo que também contém tumultos para além das belezas naturais e que seguiu tendo seus confrontos quando europeus amontoaram povos escravizados e de diversas origens, pautando-os como diferentes, mas não entre si e sim em relação ao seu sujeito universal. Segundo Simões Gonçalves (2016), esse processo de colonização “se desenvolveu a partir de um conflito social fundante que estabeleceu duas perspectivas em confronto no interior de uma mesma realidade” (p. 400), o colonizador mesclou o que era diferente de si e o uniu como colonizado, tornou a pluralidade intensa e fervilhante da América Latina em apenas seu oposto. A generalização, embora massiva, não ignora que há mais de uma matriz europeia, nem que há mais de uma matriz sulamericana, mas ela faz com que tamanha heterogeneidade seja homogeneizada e que exista hierarquia no que será considerado normal, aceito, ampliado e passado hereditariamente, culturas e costumes que não serão os dos povos originários.

A “colonialidade do poder” é a nomeação da forma de agir do colonizador, a estrutura formada em articulação de cinco eixos fundamentais (GONÇALVES, 2016). O primeiro é o racismo, retomando o conceito de raça forjado no contexto e pensamento eurocêntrico, fundamenta-se na “ideia de que traços fenotípicos justificam as diferenças entre povos em conflitos por território” (p. 401) e propõe a hierarquização de acordo com os critérios da branquitude, ou seja, agindo em concordância com os inventores das regras do jogo, a branquitude estruturou-se como a universal e submeteu outros povos aos seus padrões, ditando e nomeando os outros. O segundo eixo é baseado em relações de gênero, fortalecido pela noção primordial e contínua do patriarcado pré colonial e atual que se unem, fomentando a hierarquia de gênero, tendo o homem cisgênero no topo da pirâmide, dentro da hierarquia de raças. O terceiro eixo fundamental à colonialidade do poder a partir das relações com a natureza, uma vez que a fauna e flora entram na lógica hierarquizada e são colocadas abaixo dos seres humanos, tendo como única função servirem à produção de mercadoria, sendo também compreendida como o oposto da racionalidade tão enaltecida pelo colonizador, ou seja, sendo atribuída aos cuidados das raças tidas como não racionalizadas, selvagens, não humanas. A

necessidade de compreensão e cuidado com a natureza é custosa aos colonizadores, pois há noção dos benefícios alimentícios e produtivos da terra ao mesmo tempo que há ausência de conhecimento sobre o manejo, momento em que os povos originários são lidos como úteis, mantendo a floresta para os “civilizados” devastarem utilizando mecanismos que visam o lucro em detrimento da preservação da fauna e flora. O quarto eixo é o controle do trabalho, mesclado com a exploração social, afinal a hierarquização das raças culminou em determinismos sociais, econômicos e geográficos, que leva à manutenção da estratificação produzida pela desigualdade racial e seus desdobramentos. O quinto, e último, eixo estruturante da colonialidade do poder é a implementação da epistemologia eurocêntrica em detrimento de qualquer outra forma de conhecimento, não só invisibilizando ou colocando em subordinação, mas exterminando e cimentando quaisquer outras possibilidades de apreensão do mundo, seus significados e sentidos.

Os meios de produção de conteúdo eurocêntricos invalidaram as formas de produção e expressão latinoamericanas, sendo esmagadas e inibidas em diversas camadas, principalmente a subjetiva, tendo em vista que o apagamento impossibilita a formação de coletividade e memória, as determinações de um povo perdidas pela negação do registro e pela invalidação do existente. A formação da identidade cultural e individual é propositalmente prejudicada pela proposta das ramificações da lógica colonial, que consiste em rebaixar o colonizado ao grau de sub-humano, que para se tornar humano deve ser colonizador. A “representação (branca) é interiorizada pelo indivíduo, de tal forma que seu processo interno de representação é incorporado na sua objetividade social” (CIAMPA, 2001, p. 161 apud LARA e LARA, 2017, p. 4), produzindo e reproduzindo conceitos descontextualizados, que trazem incongruências na compreensão do que é significado e o que é sentido, a objetividade exposta e esperada dialoga com a subjetividade historicamente rejeitada.

A discussão sobre a necessária movimentação e dialética entre as ações se estende ao âmbito colonizador-colonizado. Nas sociedades construídas sob contradições, surgem movimentos contrários ao sistema colonial-mercantil-capitalista vigente, que tem como fundamentação relacionada a instituição de “modos de organização social, estética e política que afirmam a memória histórica das populações dominadas” (GONÇALVES, 2016, p. 405). Movimentos existem quando possuem suas críticas e há relação dialética entre tais

opostos, conceitos são lidos como compostos por pólos, na gesticulação da violência colonial, há a resistência do colonizado, na manutenção do capitalismo há o anticapitalismo, no enraizamento racista há a desconstrução antirracista e assim por diante. Simões (2016) nomeia a movimentação da subjetividade e objetividade como *dupla-consciência*, a realização da colonização e internalização dela em corpos e mentes colonizados que reproduzem a ordem europeia e produzem a resistência latinoamericana.

A noção de desarticulação das relações de poder é fortificada quando ganha espaços pela mistura dos conhecimentos e da historicidade desenterrada com seus povos, com a proposição de outra(s) forma(s) de modernidade(s). O “tensionamento estrutural é responsável pela formação de uma *dupla-consciência*” (SIMÕES, 2016, p. 397) e é preciso recuperar a memória histórica do povo articulando com os conhecimentos e saberes instituídos, a partir de redescobertas e valorização das culturas e conhecimentos, abrem-se antigos novos caminhos para sentidos postos à e pela sociedade. O fenômeno da duplicidade da consciência se expressa de acordo com as condições contextuais, políticas, econômicas e culturais de cada indivíduo (GONÇALVES, 2016), por isso a contribuição da Psicologia torna-se indispensável para a produção novos sentidos históricos, de saberes que tenham coerência com a historicidade tradicional, que a subjetividade tenha relação com a realidade vivida.

A partir da estruturação das lentes teóricas com as quais esta pesquisa foi baseada, aqui será apresentada a construção da ideia e as estratégias de promoção de saúde durante os anos em que a saúde começou a ser pensada de forma ampla, coletiva e como um direito. A historicidade aqui apresentada é datada a partir de conceitos cunhados na década de 40, revisitados ao longo dos anos e por fim, organizados em capítulos da dissertação de mestrado de Danielle Cruz, publicada em 2010, também visitando o documento da Constituição Federal Brasileira, de 1988, entremeando-se com sites informativos sobre os serviços de saúde pública subsidiados pelo Governo.

Seguindo o critério de relevância a partir do processo de elaboração factual da promoção de saúde em um contexto global e, por fim, latino-americano e especificamente brasileiro, passando pela estruturação e criação do SUS.

A medicina é forjada, desde seus primórdios, em ideais de estagnação ou cura da doença, seja ela “da mente ou do corpo”. A construção da atuação médica e

o legado seguido por tal forma de produção levou a cristalização de um cuidado posterior e postulado a partir dos sintomas explícitos, lineares, pensados a partir de fatores quase únicos, como genética ou consequências de fatores externos. Ao longo dos anos 40, cunhou-se o conceito de promoção de saúde a partir do entendimento da doença como multicausal, com interação de fatores causais, pensamento desenvolvido principalmente na parte de prevenção primária e em ações específicas. Ideias que batem de frente com o que acreditavam sobre doença, de forma linear e “contagacionista”, marcando o surgimento da medicina preventiva em contraposição à medicina curativa (WESTPHAL, 2006, p.640 apud CRUZ, 2010, p.11)

O movimento da prevenção de doenças foi estruturando-se por certo caminho baseado nas possibilidades dentro do campo de saúde, que buscavam modernizar-se e ampliar-se. Em 1974, no Canadá, foi publicado o relatório governamental “A new perspective on the healthy Canadians”, conhecido como Informe Lalonde e marco do desenvolvimento do movimento da promoção à saúde no Canadá, formulado a partir do agrupamento ao campo da saúde e noção de multifatorialidade a promoção da saúde como “informar, influenciar e assistir a indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde”, pontuando que o foco da biomedicina presente na assistência médica é equívoco frente às ações de saúde para melhoria da qualidade de vida. Quatro anos depois, em Alma-Ata na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas foi realizada uma conferência nomeada Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, pautando a “saúde como um direito humano fundamental” e o “direito e dever dos povos em participar do planejamento e da execução de seus cuidados em saúde”, unindo a necessidade de tal discussão para a construção do debate econômico e social sobre a qualidade de vida dos sujeitos. É de extrema relevância considerar o contexto e a forma de difusão desses ideais em décadas anteriores, momentos tomados por tentativas de reestruturações sociais e econômicas, ao passo da incompatibilidade de tempos atuais, uma vez que a saúde como um direito é um assunto debatido exaustivamente frente ao que o governo brasileiro insiste em contrapor-se, sendo a garantia de direitos para a população, principalmente periférica.

As conferências têm continuidade na década de 80, dando maior espaço para a estruturação de políticas públicas e a participação social na construção da

saúde e promoção da qualidade de vida. Em 1981, ocorreu a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, introduzindo “a determinação social da saúde, imprimindo ao contexto social o poder de moldar o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social”, é apresentado mais uma vez um tema que costura e traz a saúde para âmbitos amplos, em comparação do que se era conhecido, assemelha-se a um movimento de “tirar” a saúde apenas do âmbito hospitalar, de fato dando nome às causas multifatoriais e amarrando-as a expressividade do impacto econômico e social na promoção de saúde e prevenção de doenças do sujeito. A vertente sócio-ambiental também é fortalecida e tida como forte tema em próxima conferência, chamada Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em 1986, marcando na Carta de Ottawa a movimentação esperada em relação processo de consolidação da cultura de promoção da saúde, sendo:

(...) o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e aponta como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, equidade, entre outros (BRASIL, 2002, p. 19 apud CRUZ, Danielle, 2010, p 14).

A última conferência dos anos 80 priorizou as pautas relacionadas às políticas públicas saudáveis, abrindo precedentes para que na próxima década fossem tratados temas amplos dentro da gama da promoção de saúde, ambientes e desenvolvimento sustentável, procurando consolidar a agenda mundial sobre tais temas e abrindo caminho para a construção da prática. A ampliação das conferências para escalas internacionais concomitou na terceira edição da Conferência Internacional da Promoção de Saúde, que ocorreu na Suécia e tinha como pauta “a importância da criação de ambientes favoráveis à promoção de saúde”, a partir da introdução do tema ambiente na equação da saúde e desenvolvimento, os encontros nacionais e internacionais sobre promoção de saúde foram ganhando estrutura e voltaram-se para a América Latina em 1992. De tal Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, foi redigida a carta de Santafé de Bogotá, pautando a crise econômica enfrentada no continente e intenções de ajustes em políticas que produzem desigualdades sociais, buscando a promoção de saúde como esqueleto para tais mudanças. Ao longo daquela década, os encontros conferências movimentaram-se pelas Américas e

Caribe, de forma a atualizar as antigas cartas e propostas de acordo com as necessidades latinas, reforçando a ação comunitária. É significativo o fato de que a região das Américas tenha sido pensada por esse movimento conferencial após quase vinte anos de construção da saúde no Norte Global, entretanto, apesar de não estar sendo construída com as referências citadas, a saúde latino-americana estava em pauta.

Na virada do século, o discurso guinou em direção à prática a partir das conferências realizadas ao redor do mundo, possuindo maior corpo e amplitude sobre a rede complexa de “desenvolvimento social, econômico e para equidade” na qual a saúde é fundamental e as formas de ação, principalmente governamentais assegurando a participação da população no fortalecimento das redes de saúde. Foi concretizada, entre tais convenções, a noção da promoção de saúde para além das políticas públicas saudáveis, discutidas anteriormente, extrapolando-a a todo setor de saúde, sendo de responsabilidade do governo e da população.

Após a longa trajetória de conclave internacionais, neste ponto será abordada a construção do debate sobre promoção de saúde na América Latina, principalmente no Brasil, local escolhido para realização desta pesquisa. Iniciando a linha temporal na, anteriormente citada, conferência de 92, pioneira em voltar os olhares para nosso continente, plantando sementes e fortalecendo para que mais tarde fosse realizada no Brasil, a Oitava Conferência Nacional de Saúde, importantíssima estruturante do Sistema Único de Saúde e que também foi:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4 apud CRUZ, Danielle, 2010 p. 20).

Teve premissas baseadas no Movimento da Reforma Sanitária, originado na década de 70, que paralelamente desenvolveu-se com o aprofundamento da promoção de saúde. Tal movimento pauta, em linhas corridas, descentralização das decisões e democratização radical do Estado, sociedade, saúde e cultura, por meio da participação popular e políticas públicas gestadas nesse prol. O debate no setor da saúde e da Reforma Sanitária converge também em relação à participação popular, elemento fundante do desenvolvimento de ambos os movimentos, somado ao meio de articulação comum: as instituições.

Doravante 1994, a promoção de saúde começou a institucionalizar-se através do SUS pelo Programa de Saúde da Família, estruturado a partir da inserção e atuação de equipes de saúde em um território. No ano seguinte, novamente como consequência de uma conferência, desta vez a que resultou na Carta de Fortaleza, foi postulado o compromisso do SUS em “promover o deslocamento do foco na doença para integrar a promoção da qualidade de vida com evidente protagonismo do cidadão.”, colocando como norte tal premissa e movimentando diretamente o debate sobre a promoção de saúde nas políticas públicas, preparando um contexto favorável à organização legislativa e a prática do conceito. Diversos órgãos, secretarias, projetos, entre outras formas de organização foram criadas pelo Ministério da Saúde, respaldado pela rede política, para manutenção e estruturação da saúde pública no país, por exemplo o “Projeto BRA 98/006” que tinha como:

objetivos transformar o modelo de atenção vigente, assegurar a saúde individual nas dimensões física e mental, garantir a cidadania da população e promover a inter-relação saudável das pessoas com o seu ambiente, o domicílio, o trabalho, o lazer e o meio ambiente (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1998 apud CRUZ, Danielle, 2010, p.23)

Focado na área de pesquisa para a elaboração de uma Política de Promoção da Saúde, que resultou na produção da Revista Promoção da Saúde, publicada de 1999 a 2002. Após esse projeto, o Ministério da Saúde publicou importante documento sobre a contextualização da promoção da saúde, problematizando o senso de que doenças possuem apenas causas genéticas e são, em sua maior parte, relacionadas ao modo de vida do sujeito, consequenciando a necessidade da reforma no sistema socioeconômico em que os indivíduos estão inseridos, reduzindo as desigualdades e aumentando as qualificações dos cuidados. A partir da publicação do texto, foram objetivadas intervenções amplas, fortalecimento da comunidade e diversas propostas reafirmando projetos estabelecidos desde os primeiros debates envolvendo a promoção de saúde, entretanto a prática não foi estabelecida de pronto, tornando tal documento um registro importante mas com vigência diminuída. Foi proposta uma transversalidade responsável pela criação do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS) e sua composição possui representantes das secretarias nacionais de setores da saúde, trabalho, educação, ciência e tecnologia, pensando prioritariamente:

entre suas atribuições as consolidações da proposta de Política Nacional de Promoção da Saúde e da Agenda Nacional de Promoção da Saúde 2005-2007, em sintonia com as políticas, prioridades e recursos de cada secretaria do Ministério da Saúde e com o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2005, apud CRUZ, Danielle, 2010, p. 27).

Enveredando por caminhos anteriormente traçados, construído paralelamente à elaboração da promoção de saúde, há a idealização do SUS. Consolidado efetivamente perante a Constituição Federal Brasileira, em 1988, e detalhado via promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8080/90, o Sistema Único de Saúde foi forjado mediante conquistas e reformulações necessárias frente ao conceito médico e de tratamento do sujeito, firma-se a partir da vigência da Constituição Brasileira, devendo ser garantido enquanto houver o regulamento que pauta:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, Art. 196)

O sistema é financiado de forma que municípios destinam 15% de impostos às ações de saúde, estados destinam 12% e o Governo Federal possui maior intrincamento, é contabilizado o que foi gasto no ano anterior, somada a variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto) e, por fim, tal variação é somada ao que foi gasto no ano anterior para definição do valor mínimo da aplicação do ano vigente. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, MINAS GERAIS) Tal financiamento não restringe o uso dos equipamentos a qualquer sujeito, inclusive estrangeiros são bem-vindos ao Sistema Único de Saúde. Este parágrafo consta informações que foram discutidas no Brasil durante a escrita deste trabalho, uma vez que o processo de produção perdurou o período pandêmico, foi latente o atravessamento maniqueísta da relação do financiamento a quem poderia acessar direitos (que deveriam ser) garantidos à população. Atacado por diversas instituições, principalmente pelo Governo Federal, o SUS sofre com a falta do repasse de verbas ou com o baixo orçamento, levando ao sucateamento e o avanço da iniciativa privada sobre os equipamentos.

Com base no financiamento, a organização do SUS ocorre a partir de três níveis, comumente vistos como uma imagem de pirâmide, na qual a base é a atenção básica, pelo princípio de atender casos de baixa complexidade, a parte

central mais estreita é a atenção secundária, que acolhe casos de média complexidade, e o topo, a menor parte, é a atenção terciária, voltada à casos de alta complexidade. Caracterizando-as brevemente, de acordo com o documento do Ministério da Saúde intitulado “*Sistema de Planejamento do SUS - uma construção coletiva*”, proposto a partir do Plano Nacional de Saúde (PNS) a atenção terciária é designada ao cuidado e aos procedimentos de elevada especialização e tecnologia, como traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, diálise, otologia; a atenção secundária é voltada aos serviços de nível ambulatorial e hospitalar, categorizando o uso da tecnologia intermediária entre os outros patamares, compreendendo especialização em serviços médicos, apoio diagnóstico, terapêutico, também atendimentos de urgência e emergência; por fim, a atenção primária, sendo entendida e posta em prática alicerçada ao “conjunto de ações em saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, que visa a desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente nas necessidades de saúde das coletividades” (CREPOP, 2019, p. 6)

Fundamentada na atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde são o primeiro contato dos sujeitos com o SUS, o que garante o acesso deles aos outros níveis de atenção e cuidado. As UBSs são caracterizadas pelo gerenciamento municipal, fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, referenciadas por regiões e atendendo por limites territoriais, ofertando atendimentos básicos em Clínica Geral, Enfermagem, Pediatria, Odontologia e Ginecologia, através dos serviços de consultas médicas, tratamento odontológico, inalações, curativos, injeções, vacinas, coletas de exames laboratoriais, encaminhamentos para outros serviços que propõem outras clínicas e medicação básica.

Em suma, a caracterização realizada através das lentes sob as quais será analisada a hipótese das possíveis costuras entre os temas e a conceituação do objeto de estudo tem a finalidade de ressaltar a importância dos temas escolhidos. Considerando o contexto de crise econômica e social da publicação desta pesquisa, faz-se necessário que teorias e práticas conversem, atrelem-se ao cotidiano e às camadas subjetivas da população, com cuidado, atenção e firmeza. A relevância do estudo do SUS é imensa, desde sua construção aos dias atuais é um modelo de eficiência e pluralidade, um avanço inenarrável a sociedade e a saúde, juntando-se à indispensável posição combativa da Psicologia e de suas atuantes, é preciso fazer frente ao iminente desmonte e violência trazidos pelo Governo Federal atual.

2. APRESENTAÇÃO

A partir do enredo teórico exposto, a investigação percorre o questionamento sobre quais maneiras a subjetividade, configurada a partir da dupla-consciência, é afetada por políticas públicas em saúde.

É de grande importância historicizar e contextualizar a trajetória dos conceitos utilizados pela Psicologia, desde sua fundamentação aos dias atuais. Tal ciência forjada com propósitos instrumentalistas, tracejada no e para o Norte Global, que cunhou termos e foi difundida amplamente em países colonizadores e colonizados, é uma ciência que atualmente aborda outros campos e formas de atuação que se diferem de seu início. De acordo com os preceitos da Psicologia Sócio-Histórica, é possível concluir que a Psicologia afetou e foi afetada pelo mundo, o construiu e deixou ser construída por ele, de forma que tornam-se mescladas suas bases, também nota-se a necessidade de que ambos abarquem os sujeitos que compõem as estruturas. A Psicologia e a sociedade devem buscar fontes de conhecimento que contemplem a realidade e a vida vivida (GONÇALVES, 2015; AGUIAR e BOCK, 2016) e para isso é preciso investigar para além do conhecimento validado, trazido para o país e disseminado em detrimento de outras cosmovisões. Além disso, a investigação da implicação na subjetividade dos indivíduos sobre o desenterrar e reconhecimento dos traços originários no cotidiano atual é um dos caminhos para fortalecer a decolonialidade.

Em acordo com práticas atuais em políticas públicas e formas consonantes de ação, a educação em saúde é uma das estratégias de protagonismo do sujeito em relação à construção do próprio cuidado, que proporciona a construção da troca e resgate de saberes populares em comunhão com conhecimentos alopatas e promovendo a emancipação do sujeito e é, principalmente, uma prática intrínseca ao Sistema Único de Saúde. (FERREIRA et al, 2013):

A estratégia da ES visa integrar vários saberes científicos e do senso comum, permitindo aos envolvidos uma visão crítica, participativa e autônoma (Reis, 2006). Com isso, a prática de educação em saúde pode permitir o vínculo com ideias de reflexão crítica sobre realidade, empoderamento comunitário e transformação do status quo, na perspectiva de criação e ampliação das condições de vidas saudáveis (Lopes, 2009). Desta forma, possibilita a construção da cidadania, em razão da relação que é criada entre indivíduo e seu ambiente (Fernandes e Backes, 2010). (FERREIRA et al, 2013, p. 364)

Que na percepção da abordagem psicológica social e histórica reforça a dialética que entremeia as relações, logo, constrói a subjetividade e é construída por ela. A cidadania é uma das proposições da sociedade ao sujeito participante dela, é a nomeação do que é pertencente ao sujeito e dever do Estado sobre o cumprimento de leis e garantia de direitos.

É preciso contextualizar a ES, entendendo para onde as práticas educativas em saúde levam na construção da cidadania, de acordo com as mudanças na sociedade, aproximação do mundo popular, unindo saúde e o fato do indivíduo ser cidadão participativo e consciente de suas condições. Levando em consideração que:

o processo histórico da política de saúde é demarcado por características definidoras do poder hegemônico das pessoas pertencentes às classes sociais privilegiadas, ou é regido pelos interesses econômicos estabelecidos no Brasil. (FERREIRA et al, 2013, p. 369)

As primeiras constatações sobre a educação em saúde são datadas do final do século XIX e início do século XX, segundo os autores de Educação em Saúde e Cidadania: Revisão Integrativa, período execrávelmente higienista da história brasileira no qual pouco era discutido sobre saúde mental. Os impactos da educação em saúde naquela época visavam somente a informação do povo em ações que levassem a hábitos saudáveis como profilaxia, consequências herdadas fortemente até os dias atuais, em que permanecem os ideais mecanicistas do conhecimento voltado para a prevenção e não a conscientização sobre saúde e doença, informações que somadas à historicidade da saúde no Brasil anterior ao SUS, por exemplo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), concretizam a reprodução da lógica assistencialista, precursora da saúde como um bem conquistado, não atrelado ao bem estar geral. Percebe-se então a perpetuação do modelo hegemônico de ensinamento verticalizado que transpassa gerações, é intrínseco à formação do país, seguindo a historicidade colonizadora, aos povos e, conseqüentemente, às suas dimensões subjetivas de realidade. A resistência ao pensamento reducionista existe e se fortalece nos organizações populares e sociais, pontuando os estudos de Bruno Simões Gonçalves (2016) sobre a organicidade dos movimentos e seus contrários inerentes, pois se há o higienismo, haverá resistência a ele, tendo o movimento de Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde como respostas.

Embora enfrentando dificuldades desde o início, a idealização do SUS e sua implementação reordenou as bases e propostas do entendimento de saúde pelas políticas e população, reiterando a necessidade de revisão das propostas de atenção à saúde, principalmente sobre a concepção de saúde como um pensar e fazer pelo e para o cidadão, sendo o sujeito consciente e autônomo em relação às suas ações, considerando:

A implementação do SUS trouxe a democratização da saúde, não mais restrita a alguns grupos, bem como uma mudança no conceito de saúde, uma vez que ela deixou de ser vista como “não-doença”, passou a englobar prevenção e a ser incluída no planejamento de políticas públicas. (CARTÃO SUS DIGITAL, 2020)

Para a consolidação das ações e práticas reflexivas no campo da educação em saúde, é preciso articular “políticas públicas; reorientação dos serviços de saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; e reforço da ação comunitária” (FERREIRA et al, 2013), tal qual é mantido em movimentos sociais, vide Reforma Sanitária que preconiza transformações em prol dos ideais de protagonismo do usuário via mobilizações democráticas, e, indispensavelmente, considerar o contexto no qual os cidadãos provedores e usuários estão inseridos. A prática da educação em saúde:

deve objetivar a conscientização (...), devendo haver uma comunicação bilateral que envolva educador e educando num processo dialógico, no qual ambos contribuam na construção do conhecimento, auxiliando na libertação das pessoas, para que estas possam ser sujeitos sociais capazes de realizar opções construtivas para si e para a sociedade de maneira geral. (FERREIRA et al, 2013, p.371)

A libertação é entendida como uma das outras formas de compreensão da realidade e ação sobre ela, de maneira que assemelha-se fortemente à decolonização e aos princípios anticolonização propostos. Ao conscientizar-se por vias dialógicas, o sujeito garante grande parte de sua percepção sobre os fenômenos presentes ao seu redor, contemplando a historicidade e a mútua troca presente na construção de sua subjetividade e na realidade em que vive, considerando o caminho inverso e presente da realidade construindo sua subjetividade. Chegando à aproximação da noção dos traços presentes em si e nas características ao seu redor, compreendendo a herança da forma com a qual seus antepassados caminharam e como ainda estão presentes os termos coloniais sob

os quais fomos forjados e indo na contramão do movimento neoliberalista socioeconômico de individualização do sujeito.

Observa-se que a educação em saúde, com a reforma sanitária e a formalização do SUS, passou a ser inserida como modelo de atenção à saúde, enfocando a promoção à saúde e sendo considerada estratégia essencial no processo de conscientização individual e coletiva da sociedade. (FERREIRA et al , 2013, p.374).

Concluindo com a costura da educação em seu processo de sensibilização e a construção do debate da promoção de saúde, também no Sistema Único de Saúde, para a noção de resgate dos conhecimentos e saberes que foram apagados e enterrados, visando o processo dialógico que está presente na construção do que é compreendido pela subjetividade, objetividade e suas relações com a realidade e contextos no qual estão presentes os fenômenos e dimensões do ser.

3. MÉTODO

3.1 (Re)buscando o Norte

Revisões tornam-se necessárias em uma trajetória que é trilhada por um ano que se divide entre pandêmico restrito e pandêmico direcionado ao retorno da presencialidade após a distribuição ampla de vacinas contra o vírus SARS-COV-19.

Marcos temporais são necessários em diversos campos, principalmente acadêmicos, por serem compostos e comporem ciências, é preciso que o contexto e o caminho percorrido sejam clarificados a partir dos âmbitos em que a produção foi feita. Diferente de falas e construções colaborativas, textos possuem certo caráter rígido, seja pelas normas nas quais está inscrito, seja pela concretude de serem palavras printadas estaticamente em papéis (ou, atualmente, dispositivos tecnológicos), seja pela finitude da pesquisa ou do pesquisador, entretanto, para amolecer os fios, há necessidade de relatar a revisão pela qual o trabalho escrito nessas páginas foi submetido. Há, também, a importância de relatar certa humanidade na construção da pesquisa, trazer à tona as impossibilidades presentes, em prol do que é fundamental para a academia: difundir informação.

Parte da escrita desta dissertação foi realizada em condições pandêmicas severas, momentos de calamidade mundial, situações e relações mediadas pela tecnologia, distanciamentos e aprofundamentos, influenciando diretamente no contexto inicial de estruturação da pesquisa. O que anteriormente havia sido pensado via presencialidade, foi transcrito visando vídeo-chamadas, o que havia sido planejado, foi remanejado por quarentenas e restrições, entre tantas outras transferências nas maneiras de desenvolvimento do pensamento transposto nessas palavras. A outra parte da escrita, por sua vez, também foi replanejada quando a presencialidade foi possível, contudo, por dificuldades burocráticas estabeleceu-se o caminho realizável, plausível. O foco antes planejado em estudos etnográficos em Unidades Básicas de Saúde, juntamente de entrevistas semi-dirigidas com usuários e trabalhadores da rede, em busca da possibilidade de observação de papéis e relações aptas a reprodução da lógica de colonizador-colonizado, ambiente em que fosse possível testar a hipótese sobre a propagação do estrangeiro e soterramento dos resquícios culturais tradicionais e originários.

Re-planejamentos sobre o campo de estudo, que conferem grande experiência sobre tal, tracejando a linha de pensamento na qual qualquer movimentação sobre ou com o campo de pesquisa revela sobre suas informações e dinâmicas, ou seja, a impossibilidade burocrática de pesquisar no campo escolhido indica sobre o tipo de contato praticável para além do habitual, no caso de Unidades Básicas de Saúde, entre usuários e trabalhadores. Dadas tais informações, este projeto que visava aprofundar-se em UBSs, por meio de etnografias, relatos e presencialidade, foi seguido pelo caminho de uma revisão bibliográfica estruturada no estudo da construção das políticas públicas em saúde e a educação em saúde que parte desta, tendo como questão de estudo a presença da colonialidade e decolonialidade nesses escritos.

3.2 Procedimentos de uma revisão bibliográfica

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de natureza qualitativa e de revisão bibliográfica, baseado na perspectiva teórica-metodológica da Psicologia Sócio-Histórica, em diálogo com a perspectiva dos estudos decoloniais como lentes para analisar o objetivo proposto.

O material documental que subsidiou o estudo foi coletado em sites institucionais, bases de artigos científicos, relatórios técnicos, diretrizes de atenção à saúde, publicações de órgãos oficiais, entre outras fontes publicadas, disponíveis nas bases consultadas (SciELO, Google Acadêmico etc.), juntamente com documentos já impressos que um dia foram leituras recomendadas durante aulas da graduação e o auxílio da orientadora desta pesquisa.

Os fundamentos da pesquisa erguem-se a partir das implementações via legislação de políticas públicas em saúde, da caracterização de atenção básica e unidade básica de saúde, da aproximação do cotidiano do serviço, no estado de São Paulo, em destaque e das possíveis mobilizações subjetivas decorrentes das costuras destes documentos, recortando a busca em documentos localizados neste século, o campo textual em que a pesquisa foi realizada. Corroborando, foram utilizados como temas buscadores: unidades básicas de saúde no território de São Paulo, observações etnográficas no serviço, a saúde como tema em debate e o encontro entre trabalhador e usuário.

Para cumprir os objetivos, propôs-se a seleção de um caso de pesquisa empírica desenvolvida junto a UBSs, no município de São Paulo, selecionado a partir da revisão, com os seguintes critérios: territorialidade de maneira a buscar um serviço utilizado em larga escala, modelo de organização do serviço, compreendendo que há duas formas, sendo “tradicional” ou sob as diretrizes do Ministério da Saúde de Estratégia de Saúde da Família, possibilidade de contemplar o cotidiano do serviço de saúde e prioridade dos documentos realizados durante o século XXI. A maneira descrita de pesquisa busca contemplar uma base teórica dos paralelos entre decolonialidade, colonialidade e a construção e ação do Sistema Único de Saúde, na atuação da promoção de saúde e sua implementação e funcionamento da Unidade Básica de Saúde, a expressão disto no encontro entre trabalhadores e usuários.

Aprofundando na análise das políticas públicas da saúde, a pesquisa propõe-se a destacar a expressão colonial e decolonial, ou seja, paralela à *dupla-consciência* na estrutura e funcionamento relacional do equipamento, visando sua construção, localização, método de trabalho, seleção de profissionais e gama de usuários. O caminho traçado será pelas especificidades, competências e atribuições da política pública de saúde, contemplado via capítulos de livros, artigos, produções escritas sobre o tema.

4. DE ENCONTRO AO CAMPO

4.1 À caminho da UBS

Ao buscar formas de entrar em contato com o campo através de pesquisas e documentos, foi possível encontrar através da indicação da orientadora deste projeto, um artigo publicado em 2017 na plataforma SciELO, no periódico de saúde pública, especificamente explorando o filtro “saúde em debate”. Escrito por Sonia Maria de Melo, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Rosemarie Andreazza, o artigo foi publicado a partir da tese de mestrado de Sonia Maria de Melo, defendida em 2015. Tal artigo encaixou-se aos critérios anteriormente citados e tornou-se relevante pelo foco na descrição e aprofundamento em expressar a relação entre trabalhador e usuário em uma UBS organizada a partir da lógica “tradicional”, ou seja, uma das Unidades Básicas de Saúde que não segue a recomendação de organização do Ministério da Saúde da Estratégia Saúde Família. A unidade básica de saúde encontra-se na área periférica de São Paulo e foi escolhida como campo da pesquisa de Melo por ser considerada “boa unidade” pelos gestores.

O trabalho de campo tinha como objetivo contemplar as passagens entre trabalhadores e usuários, sendo analisado o problema da “invisibilidade do encontro entre trabalhador e usuário para o gestor”, buscando quais maneiras os trabalhadores enfrentavam as demandas trazidas pelos usuários e quais as consequências de tais respostas, identificando a maneira com que eram realizadas e recebidas, buscando traços de acolhimento e efetividade. Também há grande relevância na idealização do estudo ter sido feita na atenção básica, norteadas a partir da premissa de que é a “porta de entrada do SUS” e orientada pelo questionamento de como o acesso à tal serviço é garantido, Melo utilizou a problemática do trabalho em saúde ter “por sua característica de trabalho vivo em ato, mobilizador de tecnologias relacionais” (MERHY; FRANCO, 2005, apud MELO, CECÍLIO e ANDREAZZA, 2017) que resulta na construção de certa micropolítica que torna-se imperceptível aos métodos avaliativos tradicionais, sendo preciso que o encontro entre usuários e trabalhadores seja estudado, observado, documentado e publicado, para que as informações geradas possam ser tidas como dado relevante na produção, enriquecimento e fortalecimento desta faceta fundamental

do acesso ao Sistema Único de Saúde. A produção de cuidado entre as relações que ocorrem a partir dos vínculos nas unidades básicas de saúde deve ser priorizado, levando em consideração o contexto de provável vulnerabilidade em que os sujeitos se encontram, é possível pressupor que o sujeito ou alguma pessoa de sua proximidade, ao encaminhar-se à uma UBS como usuário de um serviço de saúde está enferma ou necessita de cuidados para manter a saúde, com relação a alguma demanda significativa para a circunstância.

Melo dedicou-se ao trabalho de campo por doze meses, de oito a doze horas semanais, mantendo anotações em um caderno e não tendo um foco específico na observação. A pesquisadora organizou seu trabalho a partir da classificação das respostas observadas para demandas, significando “demanda” como “pedido de se consumir algo, de obter algo que o usuário julga precisar em determinado momento (consulta médica, exames, procedimentos, encaminhamentos, curativos, atestados etc.)”. dividindo-as em: “demandas atendidas”, quando o pedido foi atendido tal como apresentado ou caso alguma proposta alternativa tenha respondido da mesma maneira, “demandas não atendidas”, quando havia negativa pura e simples do pedido e “respostas múltiplas para situações complexas”, quando em situações complexas o trabalhador buscou responder algumas e deixou de responder outras, demonstrando flexibilização ou não.

No caminho deste estudo, a autora apontou o protagonismo das trabalhadoras da recepção na organização geral da unidade básica de saúde, com papel fundamental em quais pacientes eram atendidos ou não a partir da possibilidade de avistá-los e de ter contato com eles, entretanto, a última palavra e as decisões eram hierarquizadas a partir dos médicos, que detém o papel central no serviço. A pesquisadora explicou tal potência de vínculo entre as trabalhadoras e os usuários a partir da dinâmica de “encaixes” na agenda de consultas, uma vez que as recepcionistas eram as primeiras mediadoras dessa demanda, definidoras do acesso ou não do usuário ao serviço. O agendamento mudou de forma durante o período de pesquisa, sendo grande questão desorganizadora para os frequentadores do serviço e causa de tensão para trabalhadoras, isto é, a Unidade Básica de Saúde é ativa de segunda à sexta-feira das 7h às 19h, cobrindo extensa área com cerca de 22 mil habitantes e dificuldade no manejo de profissionais em número suficiente para realizar o trabalho intenso, gerando demora de cerca de 90 dias para agendamento de consultas, marcação realizada em apenas um dia da

semana, corroborando para formação de filas imensas na UBS. Ao tornar-se uma dificuldade, a questão do agendamento foi alterada para outros dias da semana, todavia sem definição prévia, causando desgaste aos usuários que haviam de deslocar-se diversas vezes ao serviço para realizar a tentativa de agendamento; por fim, foi estabelecida certa autorregulação a partir de encaixes. Tal maneira paralela de agendamento tornou-se uma das demandas expressivas e de organização das trabalhadoras da recepção, a partir do crivo entre urgências ou exames alterados, sendo encaixados de fato apenas com aval de médicos.

Os resultados da pesquisa encontraram mais da metade das demandas na recepção, em que trabalhadoras atuam como “filtro” entre a demanda da população e sua capacidade de atendimento real”, sendo fonte de sofrimento aos sujeitos e enquadre para a classificação do material produzido. A primeira análise é da “demanda atendida”, lida como resultado de diversas idas e vindas do usuário à unidade básica de saúde, consolidada com o protagonismo de trabalhadores em “(1) a influência do médico no trabalho dos demais membros da equipe ao limitar o número de consultas”, sendo importante analisador da hierarquia entre as posições que ambigualmente possuem locais de protagonismo em relação ao usuário; “(2) o caráter subjetivo na busca de soluções para as demandas trazidas pelos usuários,” observável em casos de flexibilizações ou enrijecimento de regras, causado pela mescla entre os conceitos de organização do modelo tradicional e o AMA (Assistência Médica Ambulatorial), somada à incerteza dos trabalhadores em relação às possibilidades e limites em tornar regras menos rígidas, guiando-se pelo vínculo entre trabalhadores, usuário e médicos, que, por meio do encaixe, mantém consultas e solucionam crises; por fim “(3) a frequente tensão na recepção, provocada pela utilização do mecanismo de encaixe.” agravada pela pressão que a presença do usuário faz aos trabalhadores, acrescido pela frequência que os sujeitos aparecem e permanecem no local. Em conclusão desta classificação, os trabalhadores evitam dizer não às demandas, buscando alternativas entre encaixe e encaminhamento para outros serviços da rede de saúde pública, buscando prioritariamente o cuidado para o usuário.

Sobre a classificação de “demanda não atendida”, também há o dado da incerteza, neste caso sobre a causa da negação do pedido, podendo ser pela insuficiência do corpo médico ou pelo agendamento confuso e de difícil acesso. Melo traz que tal problema se dá “Devido à centralidade do médico nos

procedimentos de saúde, ele torna-se o profissional essencial para o andamento de várias atividades na unidade”, embora a política de encaixe tenha sido forjada com o objetivo de diminuir o sofrimento de usuários causado pela baixa quantidade de profissionais, acaba por gerar insatisfação, sofrimento de ambos os lados, criado por uma tentativa de protagonismo de outros trabalhadores que não médicos, mas que por não deterem o poder “válido” na UBS, ou seja, por não possuírem o saber médico mas estarem em certa posição de avaliar cenas médicas, acabam por seguir na incerteza de terem feito boa escolha, tendo que lidar com raiva e agressividade de usuários, encontrando com limites entre autonomia do lugar ocupado pelos trabalhadores e às possibilidades dentro das normas do serviço. Por fim, existem questões territoriais e de rede que somam-se nas demandas não atendidas, há necessidade de manter o atendimento restrito ao território delimitado, embora tenham usuários com vínculos mais expressivos com a localidade da UBS do que com seu serviço de referência e são encaminhados para outros pontos da rede, que por vezes não realizam o mesmo atendimento. Em suma, demandas não atendidas foram consequência de demanda em maior quantidade em relação à disponibilidade de recursos, desconhecimento do saber médico por parte da equipe que ocupa um lugar de lidar com saber médico, rigidez na noção de território, protagonismo de usuários ao ouvirem a demanda recusada, falta de insumos e sua burocratização na retirada deles, por último, a lógica em que o serviço está inserido que dificulta o acesso de usuários que não estão de acordo com os cuidados pré-estabelecidos da Unidade Básica de Saúde organizada em modelo “tradicional”.

Em relação às “respostas múltiplas para demandas complexas”, foi observável serem situações de maior frequência e que exemplificam as micropolíticas da Unidade Básica de Saúde por serem episódios cotidianos compostos por um conjunto de várias demandas conglomeradas e expostas ao mesmo tempo, levando a duas respostas de maior ocorrência sendo uma o trabalhador realizar um recorte entre os pedidos e buscar a realização do que for possível e a outra é usar dos recursos disponíveis para um primeiro acolhimento de atendimento, propiciando a escuta. Esta categoria obteve poucas respostas relacionadas às recepcionistas, por ser necessário maior possibilidade de atenção e a recepção é descrita como um ambiente de “pressão, alta rotatividade de atendimentos e falta de privacidade”. Finalmente, tal categoria também pode analisar a capacidade de escolha dos usuários, que por serem respondidos com

mais de uma opção, demonstram-se aptos a não aceitar as alternativas dadas pelo trabalhador do serviço.

Em conclusão de sua pesquisa, Melo apontou assertivamente sobre “demanda em saúde não é a mesma coisa que necessidade em saúde” e como o manejo em relação ao atendimento de tais pedidos revelam as maneiras potenciais dos encontros entre trabalhadores e usuários. Uma das deduções da autora é o impedimento do encontro causado pela forma de organização da Unidade Básica de Saúde, sendo “tradicional” e não priorizando o cuidado significativo em relação a promoção de saúde, acabando por seguir na lógica de prevenção da doença, culminando para a centralização no papel do médico e o afunilamento das possibilidades em escuta, acolhimento e cuidado que isso proporciona. Outro ponto relevante é sobre uma das classificações das demandas, a de “respostas múltiplas para demandas complexas”, demonstrando-se um local de “invenção e cuidado”, tendo a perspectiva de ocorrerem e serem reconhecidas ações cuidadoras de trabalhadores para com o compromisso de resolução das demandas trazidas pelos sujeitos, sendo também consideradas como opções a quebra de regras e fuga da norma do serviço para atingir o objetivo principal de resolução de pedidos, função importantíssima em termos de instituição. A autora conclui o artigo questionando as contribuições possíveis do deslocamento do cotidiano de um serviço de saúde para o mundo acadêmico, pensando no acesso à UBS e da visibilidade entre as relações de trabalhadores e usuários, que sejam cuidadas e garantidas, afinal, são situações que ocorrem na porta da “porta de entrada” do SUS. É necessário que o “SUS real” seja trazido para o meio acadêmico e que seja estudado minuciosamente, de forma a ser fortalecido em sua construção teórica a partir do que é vivido diariamente.

4.2 Porquê por aqui

A escolha da dissertação “Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros trabalhadores e usuários em uma Unidade Básica de Saúde” como um material precioso para a construção desta pesquisa foi feita, primeiramente, pelo atrativo artigo de mesmo nome publicado em 2017, por meio da plataforma ScieELO, na subseção “Saúde em Debate”, dois anos depois da exposição de sua tese; artigo amplamente percorrido em tópico anterior neste texto. Em seguida, ao angariar trechos da própria dissertação foi plausível trazer à tona maior aprofundamento nos

pontos principais cativantes que Melo explicitou. Considerando dois dos critérios primordiais como o de localização da UBS no estado de São Paulo e a época de publicação ser referente à este século, tal estudo pôde ser destacado para compreender o funcionamento dito tradicional do serviço e, principalmente, a proveitosa observação e pesquisa etnográfica realizada por longa duração.

A descrição da organização do serviço de saúde como um modelo tradicional e não orientado pela Estratégia de Saúde da Família foi um ponto relevante para discorrer análises, uma vez que, embora minoria numérica, são modos de funcionamento extremamente ativos no Sistema de Saúde. Tal modelo tradicional remete ao assistencialismo antes proposto para Unidades Básicas de Saúde, entretanto perpetua lógicas que divergem do cuidado anterior ao adoecimento para além do âmbito de serviços de saúde. Entendo como grande valia para este estudo o fato de ser possível reconhecer a lógica assistencialista reproduzida dentro e fora da UBS, um dos analisadores da hipótese objetivada ao início dos escritos.

Outro fator relevante é o levantamento sobre as relações encontradas entre trabalhadores e usuários da UBS Vila Soledad, em que, por meio de observação etnográfica de longa duração, foi viável capturar conversas e compreender parte do funcionamento dos sujeitos que ali habitavam por conta de suas demandas e funções. O engendramento dos encaixes e da agenda de encaixes tornou-se uma expressão forte da capacidade subversiva dos trabalhadores perante ao modo de funcionamento sob demanda trazido pelos usuários, culminando em especificidades daquele serviço e trabalhadores.

Em várias situações cotidianas, nas quais o trabalhador se vê diante de casos complexos, caracterizados por um conjunto de várias demandas trazidas simultaneamente pelo usuário, observam-se duas possibilidades mais comuns de desfechos: ou o trabalhador faz um recorte (seleciona) de uma determinada demanda para a qual tem uma resposta factível e, de certa forma, 'despreza' as demais, ou usa sua capacidade criativa para atender, pelo menos parcialmente, ao conjunto de demandas apresentadas. (MELO, CECILIO e ANDREAZZA 2017, p. 204)

O recorte realizado pelas trabalhadoras tornou-se um rompante com a estrutura rígida exigida, mostrando-se uma das formas de expressão da dupla consciência, a manifestação da contradição ativa entre a agenda e a não-agenda, assim como é experienciado a diferenciação dos profissionais da recepção e do recebimento de suas demandas, da forma que lidaram com os pedidos, em comparação com médicos demonstrando menor flexibilidade e tempo de escuta, possível exteriorização da hierarquia reproduzida pela medicina. Em conclusão, a

pesquisa de Melo, Cecílio e Andrezza, traz elementos relevantes que tornam-se estruturantes da costura entre as lentes, o objeto e as relações analisadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando amplamente as linhas teóricas utilizadas na construção desta pesquisa, é possível apertar as costuras esperadas desta pesquisa. É necessário retornar brevemente alguns escritos para que seja elucidativa a união dos conceitos teóricos e o estudo de Sonia Melo, escolhido para tornar compreensível a hipótese lançadora da pesquisa.

Sob a conceituação da Psicologia Social, ao pautar suas bases, retorno ao materialismo e ressalto sua produção junto da premissa de causalidade dos acontecimentos e naturalidade da vivência da vida, como anteriormente citado por Bock, Kulnig e Santos (2020), somada à dialética em seu movimento de oposição à anulação da individualidade e congruência na compreensão da continuidade dos questionamentos, do debate sobre o que compõe e o que cerca o sujeito; sendo essenciais para a compreensão de aspectos de um serviço de saúde que se mostra, a partir da dissertação escolhida, dinâmico, sem pausas e estruturado de pessoas, no plural, sob certa lógica lida como tradicional. As trocas entre trabalhadores e usuários da UBS observadas pela pesquisadora em sua dissertação apontam a potência da ação do sujeito e seus desdobramentos, sendo perceptível observar entre cenas narradas, questões como “a tensão presente nos encontros, as negativas de atendimento que frustravam as expectativas dos usuários, o sofrimento dos trabalhadores, os “jeitinhos” criados (...)” (MELO, 2015, p. 18).

Cenas descritas pela autora convocam sentidos que permeiam o cansaço constante de sustentar as relações, em concomitância com o esforço constante para amparar as mesmas, levando à expressão das antíteses do campo. O fato da criação de uma agenda de encaixes é um dos meios escolhidos pela equipe da UBS como um caminho em resistência a grande demanda e falta de recursos e profissionais. A resposta frente ao incômodo causado por demandas não atendidas ou parcialmente atendidas relatadas por usuários em algum tipo de sofrimento, podendo ser lida como uma subversão apresentada a partir dos movimentos realizados pelos trabalhadores da recepção ao criar, sob aval do grupo de funcionários do serviço; um movimento contrário dentro da estruturação tradicional

do serviço de saúde. A continuidade do funcionamento da UBS também parte dos encaixes, é contrário ao controle exercido e esperado sobre a agenda, principalmente por conta do que os trabalhadores encontram na sala de espera:

Senhora tem intenção de marcar consulta com o clínico geral, já tinha ficado na fila na quarta-feira passada, mas a agenda não abriu. Desta vez dormiu na casa da irmã, que é na rua da unidade, e chegou as 4h40. (cena 8.1) (MELO, 2015, p. 51)

Tem um senhor bem magro aguardando encaixe para o clínico geral e a recepcionista (Fabiana) fica preocupada, pois não sabe se faltará gente o suficiente para conseguir encaixá-lo. Ela vai à sala do médico e ele autoriza o encaixe. Ela dá pulos de alegria! (Cena 02.1) (MELO, 2015, p. 52)

Cenas que revelam o protagonismo dos trabalhadores da recepção, pontuando certa inversão da hierarquização reproduzida nas Unidades Básicas de Saúde, em outros equipamentos de saúde e no exercício da medicina como um todo. A concepção de medicina anteriormente trabalhada nesta pesquisa trata de noções biológicas, distantes da humanização dos corpos, pautada na cura da doença e trazida de outros contextos que não são latinoamericanos, ou seja, baseadas em epistemologias que não se adequam inteiramente às doenças e aos corpos deste continente, produzindo afastamento entre o que é considerado conhecimento para cuidar do outro e o saber cuidar do outro. A desproporção descrita entre “saber” e “conhecimento” também é expressa na atitude de recepcionistas ao considerar encaixes na agenda da UBS, entretanto, perante a lógica tradicional predominante no serviço, é rechaçado como cuidado e entendido apenas como “jeitinho”, termo inclusive que possui caráter depreciativo, uma herança da lógica colonial que coloca o reconhecimento da autoimagem como negativa, mesmo quando o “jeito” é uma ação em proposta de cuidado, como os encaixes.

Melo cita Luiz Carlos de Oliveira Cecílio para ilustrar camadas adicionais a atuação dos recepcionistas e as relações entre os sujeitos que participam do cotidiano da UBS:

Cecílio (2012) já havia apontado para o que seria uma disjunção dos tempos do gestor, do trabalhador e do usuário, ressaltando como o tempo assume dimensões diferentes para os vários atores, em particular, o quanto a vivência da doença resulta numa vivência do tempo, que é da ordem da

urgência, do 'aqui e agora', que quase nunca pode ser contemplada pelos serviços de saúde (MELO, 2017, p. 204)

Ao destacar tal citação, é possível costurá-la a um dos eixos citados por Bruno Simões Gonçalves em “A Dupla Consciência Latino-Americana: contribuições para uma psicologia descolonizada”, o controle do trabalho. Melo, citando Cecílio, traz a tona a compreensão de outra perspectiva sobre um dos organizadores do nosso cotidiano: o tempo, podendo ser significado e ter sentidos diferentes de acordo com o contexto e o papel desempenhado por cada sujeito. Há facetas das quais não fomos apresentados pelo fato de sermos forjados sob aspecto único, com a intenção de não ter entrelace, assim dizendo, a partir da lógica colonial na qual os sujeitos colonizados são construídos, é considerado apenas uma possibilidade de compreensão de sentidos e significados, uma maneira de apreender as postulações ao nosso redor, sem ter contato com qualquer outra viabilidade de vida, entretanto, considerando que outras formas não são rejeitadas, afinal, são barradas antes disso, não são consideradas válidas o suficiente para serem rebatidas. O trabalho e o tempo, geridos de forma normativa, genérica e estática, acabam por realizar a manutenção de uma estratificação de posições desiguais e da produção de sofrimento, como no caso estudado. O tempo dos usuários é contraposto ao trabalho de recepcionistas e vice-versa, o sofrimento de ambos é retroalimentado pela impotência do ambiente extremamente demandante e com pouca capacidade de acolhimento dos pedidos, encontrando como saída a abertura de espaços extra na agenda. Um exemplo desta relação é o relato da autora sobre a outra posição ocupada pelos trabalhadores da recepção e seus desdobramentos:

Na unidade, percebi que a recepção funcionava como um filtro entre a demanda da população e a capacidade de atendimento real da mesma, sendo que as ações dos trabalhadores da recepção acabavam por ter grande peso na definição sobre o acesso ou não à UBS. Contudo, este papel tem gerado muito sofrimento aos trabalhadores. O sofrimento dos usuários também é perceptível em vários relatos, pois ficam “presos” pela política de saúde com base territorial à UBS Vila Soledad, que não possui capacidade de atendimento às demandas de acesso ao serviço de saúde.(MELO, 2015, p.24)

As camadas trazidas pelo caso escolhido são de profunda complexidade, para além dos temas discorridos, faz-se presente um resgate da citação anterior a pontuação sobre a dinâmica entre recepção e usuário ser decisiva no acesso ou não ao serviço de saúde. Unidades Básicas de Saúde são, na maioria das vezes, o primeiro acesso dos sujeitos à saúde pública e universal, atuando no papel de primeiros cuidados e de possível acompanhamento das questões do sujeito. Ou seja, a forma com que há o contato e a resposta das demandas é determinante na probabilidade do sujeito seguir com atendimentos ou não ter mais contato com os serviços de saúde. Melo caracteriza “a existência de uma lógica programática que dificulta o acesso de pacientes que não se encaixam nas prioridades estabelecidas pelo programa” (2015, p. 68), voltando-se ao modelo assistencialista ainda predominante nesta unidade, por não seguir orientações da Estratégia da Família. A recepção acaba por ser “um espaço de escuta e criação, mas devem-se considerar os limites de autonomia dos trabalhadores”, permeado por regras que quando seguidas rigidamente acabam por não acolher e cumprir a função de acolhimento na atenção básica.

Tais movimentos descritos até então são observados pelas lentes teóricas e expressam dialeticamente as dimensões que perpassam as relações analisadas no cotidiano da UBS, ademais, é também mirado o sofrimento consequenciado delas, construindo uma tensão estrutural, elemento fundamental da *dupla-consciência*. Junto da hierarquia onde o médico ocupa o topo da pirâmide, o manejo da inquietação é capaz de gerar desarticulações entre as relações, adentrando o quinto eixo citado por Gonçalves (2016) no levantamento do termo “colonialidade do poder”, a epistemologia eurocêntrica acima de outras formas de conhecimento, minando a possibilidade de existência de quaisquer acolhimentos e atendimentos que não referenciadas por médicos. Uma demonstração é trazida por Melo quando percebe a falta de reuniões de equipe no serviço e a obliquidade dos trabalhadores sobre o assunto, eventualmente obtendo a resposta sobre a ausência de encontros gerais se dar pela “barreira” imposta pelas trabalhadores para que algumas questões não cheguem a gerência. Ou seja, grande desmobilização do grupo no ambiente em que tem entre seus princípios a descentralização e a ideia de participação de todos na gestão do serviço, demonstrando os embates presentes na lógica tradicional e, mais uma vez, reverberando no acesso ao serviço por conta da desorganização causada pela falta de norteamto resolvido em reunião.

Em linhas gerais, o funcionamento dos trabalhadores da recepção é um processo de resistência à lógica colonizadora frente à rigidez do modelo tradicional imposto à organização da UBS, entretanto é geradora de desarticulações importantes que enveredam para dificuldades de permanência e uso contínuo dos serviços oferecidos pela unidade. Em outros termos, os resquícios das violências colonizadoras que fundamentaram e estruturaram a medicina e sua forma de relação com os demais saberes demonstram impacto na formação de coletividade, logo, também na subjetividade dos sujeitos envolvidos. As capilarizações que levam a afastamentos do sujeito para com seu cuidado em saúde são provocados e reproduzidos em serviços de saúde, embora os princípios das políticas em saúde tenham como ideal promover o oposto - a autonomia e a capacidade do sujeito de protagonismo sobre sua saúde. O saber do sujeito sobre si é desconsiderado defronte a hierarquia perpetuada, entretanto, há a contraposição necessária para compor o movimento duplo, bem como também existe o processo de sensibilização a partir da educação em saúde, buscando o que é de direito do cidadão: decidir e conhecer sobre si.

Os resultados deste estudo são pautados em teorias, pesquisas e diversas fontes que estruturam firmemente as considerações aqui colocadas, todavia, é interessante postular que há a proposta de continuidade por próximos acadêmicos, de ser aprofundada, com trabalhos em campo, observações etnográficas e cuidado, com maiores reverberações e possibilidades.

Por fim, em tantos papéis descritos, a costura finaliza com o resgate do desafio ético-político para a atuação da psicóloga neste campo. Segundo o Conselho Federal de Psicologia, a profissional deve trabalhar “visando a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (p.6). Assim dizendo, é função deste profissional estar diante dos movimentos apresentados que geram sofrimento, provocando e reafirmando as práticas a partir de questionamentos sobre o funcionamento (ou não) das estruturas postas e das relações estabelecidas na sociedade, colocando em perspectiva em prol da transformação social, compromissando-se à luta, ao combate das desigualdades, à liberdade e emancipação dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J. e BOCK, A. M. B. (Org.) *A dimensão subjetiva do processo educacional: uma leitura sócio-histórica*. São Paulo: Cortez Editora, 2016.

BOCK, A. M. B.; KULNIG, R. C. M. e SANTOS, L. N. Pesquisando a dimensão subjetiva da realidade: diversificando estratégias e procedimentos. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M.G. M e ROSA, E.Z. (Org.) *Dimensão Subjetiva: Uma proposta para uma Leitura Crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez Editora, v. 1, p. 74-95, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 *Da Saúde*. Cap. II, seção II, Artigo 196, Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [Constituição da República Federativa do Brasil \(normas.leg.br\)](http://normas.leg.br) Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS - uma construção coletiva*. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2009-2011. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento v.9. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf Acesso em: 15 jun. 2022

CARTÃO SUS DIGITAL. *SUS Sistema único de Saúde*. Publicado em 15 out. 2020, atualizado em 23 nov. 2020. Disponível em: <https://cartaosusdigital.com.br/sus-sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 15 jun. 2022

CARVALHO, C. A. e ALCÂNTARA, R. L. S. Psicologia e noções de subjetividade: História e problematizações descoloniais. *Revista Espaço Acadêmico*. Maringá: Paraná. v.18, n. 211, p. 01-10, 6 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na atenção básica à saúde*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP, 2. ed., 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf Acesso em: 13 jun. 2022.

CRUZ, D. K. A. *Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35679>. Acesso em 13 jun. 2022

FERREIRA, V. F. *et al.* Educação em Saúde e Cidadania: Revisão Integrativa. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363-378, maio/ago. 2014

GALEANO, E. *As Veias Abertas da América Latina*. Porto Alegre, RS: Editora LP&M, 2019

GONÇALVES, B. S. A Dupla Consciência Latino-Americana: contribuições para uma psicologia descolonizada. São Paulo: *Revista Psicologia Política* [online]., vol.16, n.37, pp. 397-413. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v16n37/v16n37a11.pdf>. Acesso em 13 jun. 2022

KAHHALE, E. P. e ROSA, E. Z. *A dimensão subjetiva do processo educacional: uma leitura sócio-histórica*. São Paulo: Ed. Cortez, 2016.

LARA Jr., N. e LARA, A. P. S. Identidade: Colonização do Mundo da Vida e Os Desafios Para a Emancipação. *Psicologia & Sociedade* [online], v.29. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29171283>. Acesso em jun. 2022

MELO, S. M. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2015

MELO, S. M.; CECÍLIO, L. C. O. e ANDREAZZA, R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde em Debate* [online]. v. 41, n. 112, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711216>. Acesso em: 13 jun. 2022

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Conheça o SUS - Sistema Único de Saúde*. Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde. [S.l.]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 15 jun. 2022

SOUZA, J. *Ralé Brasileira*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009