

# Serviço Social e Saúde

## **Organizadoras**

Gabriela dos Santos Aranda Laura dos Santos Schutz Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca

### Organizadoras: Gabriela dos Santos Aranda Laura dos Santos Schutz Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca

# Hegemônicas: Serviço Social e Saúde

1a Edição



EDITORA FAITH BAGÉ-RS 2021 Título: Hegemônicas: Serviço Social e Saúde

**Organizadoras:** Gabriela dos Santos Aranda, Laura dos Santos Schutz e Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca

Autoras: Franciele Fracari Beck Tavares, Gabriela dos Santos Aranda, Laura dos Santos Schutz e Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca, Liliam Varaschini Teixeira, Mariana Marques Sebastiany, Rozeane Azevedo e Zaida Castro de Siqueira.

Edição de arte da capa: Editora Faith Diagramação e editoração: Editora Faith

### 1a. Edição ©2021 - ISBN: 978-65-89270-15-7

Todos os direitos reservados às organizadoras e autoras, sob encomenda à Editora Faith.

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H463 Hegemônicas: serviço social e saúde [recurso eletrônico] / Gabriela dos Santos Aranda, Laura dos Santos Schutz, Laura da Silva Regina Câmara Maurício da Fonseca; (organizadores) .-- Bagé,RS:Faith, 2021.
 101p.

ISBN: 978-65-89270-15-7

Disponível em: http://www.editorafaith.com.br

1. Serviço social 2. Saúde

3.Proteção

I.Aranda, Gabriela dos Santos

II. Schutz, Laura dos Santos

III.Fonseca, Laura Regina da Silva Câmara Maurício da

IV. Título

CDU:36

Ficha catalográfica elaborada por Dayse Pestana - CRB10/1100

### Direção Geral

Caroline Powarczuk Haubert

#### Revisão

Organizadoras

### Corpo Editorial

Prof. Dr. Alfredo Alejandro Gugliano - UFRGS Prof. Dr. Cristóvão Domingos de Almeida - UFMT Prof. Dr. Dejalma Cremonese - UFSM Profa. Dra. Elisângela Maia Pessôa - UNIPAMPA Prof. Dr. Fernando da Silva Camargo - UFPEL Prof. Dr. Gabriel Sausen Feil - UNIPAMPA Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi - PUC-RS Prof. Dr. Ronaldo B. Colvero - UNIPAMPA Profa, Dra, Simone Barros Oliveira - UNIPAMPA Profa. Dra. Sheila Kocourek - UFSM Prof. Dr. Edson Paniagua - UNIPAMPA Profa. Dra. Maria de Fátima Bento Ribeiro – UFPEL Profa. Dra. Danusa de Lara Bonoto - UFFS Profa. Dra. Erica do Espírito Santo Hermel – UFFS Prof. Dr. João Carlos Krause – URI Prof. Dr. Márcio Marques Martins - UNIPAMPA Prof. Dr. Marcos Barros - UFPE Profa. Dra. Paula Vanessa Bervian – UFFS Profa. Dra. Sandra Nonenmacher – IFFAR

# Sumário

Prefácio6
Capítulo I - Em Defesa da Vida das Mulheres: relatos da experiência de abordagem das relações patriarcais de gênero articulada à saúde mental (SEBAS-TIANY, Mariana Marques, TAVARES, Franciele Fracari Beck)
Capítulo II - Re(e)sistindo: ser mulher além de conceitos, residência multi- profissional, saúde mental e pé no barro ( <i>SIQUEIRA</i> , <i>Zaida Castro de, FONSECA</i> , <i>Laura Regina. S. C. M. da</i> )
Capítulo III - Serviço Social na Saúde: uma revisão bibliográfica sobre o processo de trabalho do Assistente Social com mulheres mastectomizadas (FONSECA, Laura Regina da Silva Câmara Maurício da, TEIXEIRA, Liliam Varaschini)
Capítulo IV - Atenção Especial com o Cuidador (AZEVEDO, Rozeane de Medeiros, FONSECA, Laura Regina da Silva Câmara Maurício da)
Capítulo V - O Encarceramento de Mulheres e a Responsabilização do Estado Frente à Violação do Direito à Saúde nas Penitenciárias Femininas (SCHUTZ, Laura dos Santos, FONSECA, Laura Regina da Silva Câmara Maurício da)
Capítulo VI - A Invisibilidade das Mulheres Lésbicas nas Políticas Públicas na Área da Saúde (ARANDA, Gabriela dos Santos, FONSECA, Laura Regina da Silva Câmara Mauricia da)

### Prefácio

Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca<sup>1</sup>

Iniciar na condição de prefaciadora da segunda obra publicada pelo **Nú-**cleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gênero, Políticas Sociais e
Movimentos Sociais - Hegemônicas — provoca um misto de sentimentos: o
de gratidão, pela colaboração de todas as mulheres envolvidas nesta construção
do conhecimento militante, crítico e feminista; e o de esperança no sujeito coletivo, que protagoniza a luta em defesa da diversidade humana, enfrentando os
desafios desta tarefa no ambiente universitário.

A proposta desta edição do livro **Hegemônicas: Serviço Social e Saúde** foi pensada na sequência da primeira publicação do Núcleo, a qual se deu no final do ano de 2019. A partir do conjunto das produções de estudos gestados no ambiente universitário e nos campos profissionais, onde assistentes sociais atuam, o objetivo central de reunir algumas pesquisas, ensaios e artigos foi alcançado com a participação de algumas mulheres, que tornaram possível a tarefa abraçada.

O fundamento que dá base ao livro, que chega para a leitura, resulta da convicção que os saberes são construções que têm sentido e significado quando são colocados a favor daquelas e daqueles que demandam estudos e ações do/a profissional de serviço social e das equipes com quem atua nos diversos campos da política de saúde.

O livro está estruturado em seis capítulos, contemplando ensaios e artigos em uma construção coletiva, ancorada na pluralidade do pensamento social crítico e na dialética relação entre teoria e prática, entre sujeito e pesquisa, entre a realidade material e a subjetividade humana. A perspectiva de nutrir o compromisso do Serviço Social e o projeto ético-político da profissão com a crítica à estrutura e suas normas de reprodução e seus mecanismos de produção, acompanham as produções aqui apresentadas.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Docente do Curso de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gênero, Políticas Sociais e Movimentos Sociais da UFSM, laurafonseca22@gmail.com

A obra oferece leitura acessível para diferentes perfis de interesse, preservando a temática central, apresentando um amplo arcabouço de conceitos, teorias, legislações sociais e normativas relacionadas à área da saúde no Brasil. Com efeito, afirma o caráter inspirador de cada capítulo, sem pretensão de esgotar debates e análises, a reflexão crítica sobre a realidade da estrutura social e suas expressões no cerne da questão social, notadamente na múltipla necessidade humana pela garantia do direito à saúde.

O primeiro capítulo, Em Defesa da Vida das Mulheres: relatos da experiência de abordagem das relações patriarcais de gênero articulada à saúde mental, relata a experiência profissional a partir de trabalho interdisciplinar e intersetorial, realizado por meio da inserção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, e aborda a discussão sobre as relações patriarcais de gênero, especialmente no que tange à saúde mental das mulheres. O ensaio representa a materialidade da relação dialética entre a teoria e a prática.

O segundo capítulo, **Re(e)sistindo: Ser Mulher além de conceitos, Residência Multiprofissional, Saúde Mental e Pé no Barro**, é fruto de pesquisa realizada sobre Saúde Mental no território, tratando da rede de cuidado e da contribuição do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria -UFSM. Ressalta a importância da atuação de residentes no território para o processo de ensino-serviço e a visibilidade das questões relativas às violências sofridas por mulheres com o diagnóstico de transtorno mental.

O terceiro capítulo, Serviço Social na Saúde: uma revisão bibliográfica sobre o processo de trabalho do assistente social com mulheres mastectomizadas, é uma pesquisa bibliográfica de revisão na produção científica sobre o tema centrado no acompanhamento na área da saúde às mulheres com câncer de mama. O estudo apresenta, detalhadamente, o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e o trabalho do/a assistente social, ressaltando a escassez da literatura especializada e produzida pelo Serviço Social.

O quarto capítulo, **Atenção Especial com o Cuidador**, apresenta a pesquisa realizada para analisar a assistência ao cuidador de idosos, considerando a carência de atenção especial a este profissional na área da saúde. O resultado apontado no estudo chama à atenção para os indicadores de doenças emocionais que afetam estes trabalhadores. Ainda, traz a reflexão sobre o trabalho voluntário no âmbito hospitalar.

O quinto capítulo, **O Encarceramento de mulheres e a responsabilização do estado frente a violação do direito à saúde nas penitenciárias femininas,** um ensaio que aborda o tema do encarceramento das mulheres no Brasil e o direito à saúde desta população. O estudo objetiva contribuir na discussão sobre os direitos das mulheres encarceradas a partir do olhar do Serviço Social. A análise privilegiou a pesquisa do tipo qualitativa, bibliográfica e de revisão documental. O tema é relevante, atual e pouco estudado no âmbito profissional.

O sexto e último capítulo, A invisibilidade das Mulheres Lésbicas nas Políticas Públicas na Área da Saúde, apresenta o ensaio destinado a refletir sobre a origem nos movimentos feminista, movimento Lésbico e Gay-LG, suas transformações e processo da exclusão das mulheres lésbicas nesses dois movimentos, impactando a saúde das mulheres lésbicas, de modo as políticas públicas não as atender plenamente. O estudo valorizou a pesquisa qualitativa de tipo documental, revisões bibliográficas, de legislações sociais e das normativas da política de saúde brasileira, confirmando a precária atenção à saúde da mulher lésbica.

Cabe destacar, que no percurso do projeto desta publicação, a Pandemia COVID-19 e seus efeitos para o povo brasileiro afetou diretamente o ambiente universitário e sua organização de trabalho. Tal realidade, adiou por doze meses a conclusão desta coletânea. Por vezes, algo parecia superior ao desejo de continuar na missão de esperançar, contendo o movimento de realização da proposta. Porém, a tarefa de enfrentar esta conjuntura foi maior para o grupo das autoras que protagonizam a obra.

Ao fazer parte da organização desta segunda publicação do **Hegemônicas: Serviço Social e Saúde** e de estar na coordenação deste espaço de ensino, pesquisa e extensão, na UFSM, é fundamental reafirmar o compromisso do núcleo, no enfrentamento aos desafios impostos no Brasil, pelo caminho do conhecimento.

Por fim, resta a certeza da boa leitura!

Santa Maria, Agosto de 2021.

### Capítulo I

# Em Defesa da Vida das Mulheres: relatos da experiência de abordagem das relações patriarcais de gênero articulada à saúde mental

Sebastiany, Mariana Marques<sup>1</sup> Tavares, Franciele Fracari Beck<sup>2</sup>

### Resumo

Neste artigo, propomos relatar a experiência profissional a partir de trabalho interdisciplinar e intersetorial, realizado por meio da inserção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, em decorrência do Dia Internacional das Mulheres. Este objetivou abordar junto à população local a discussão sobre as relações patriarcais de gênero, especialmente no que tange à saúde mental das mulheres enquanto um determinante social de saúde. Sua realização aponta para o trato do processo de saúde-doença de forma ampliada e para a continuidade de ações com este cunho.

Palavras-chave: Relações patriarcais de gênero. Saúde mental das mulheres. Determinantes sociais de saúde.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Assistente social graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Trabalhou no CAPS I de São Sepé. Atualmente, é trabalhadora do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), na Vigilância Socioassistencial, em Capão da Canoa-RS. E-mail: marryms@gmail.com.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Licenciada para Educação Profissional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Especialista em Educação Especial: Altas habilidades/superdotação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Atualmente, é trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e coordena a Política de Saúde Mental do Município de São Sepé. E-mail: frannfracari@gmail.com.

### Introdução

A expressão "em defesa da vida das mulheres", inspirada nas lutas do movimento feminista, é uma referência para nós e já antecipa parte da intencionalidade da abordagem que pretendemos discutir. Neste capítulo, apresentamos um relato de experiência profissional a partir de trabalho interdisciplinar e intersetorial, realizado em decorrência do Dia Internacional das Mulheres, em 2020, por meio da inserção no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, em São Sepé³. Para isso, realizamos breve reflexão sobre relações patriarcais de gênero e saúde mental das mulheres, para, posteriormente, relatarmos as ações e reflexões realizadas por meio da participação do CAPS I na Semana da Mulher do município.

De forma geral, a experiência relatada pretendeu abordar junto à população local as relações patriarcais de gênero, especialmente no que tange ao impacto de suas determinações na saúde mental das mulheres. Especificamente, objetivou discutir a questão com a população em sua totalidade e usuários(as) do serviço de saúde mental especializado, bem como divulgar a Rede de Atenção à Saude (RAS) e demais redes de proteção social.

Os CAPS são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, e oferece atendimentos individuais e em grupo (operativos, de família, oficinas terapêuticas). Além de ser um importante dispositivo na articulação de ações intersetoriais visando a integralidade do cuidado em saúde mental e acesso aos demais pontos da rede de cuidado em saúde e assistência social.

O CAPS recebe diariamente mulheres identificadas com sofrimento psíquico devido a situações ligadas as relações com seus companheiros, violência doméstica moral e física, violência patrimonial, violência sexual e psicológica. Muitas dessas mulheres só percebem que são vítimas de algum tipo de violência

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> São Sepé é uma cidade localizada na região central do Rio Grande do Sul, com uma população estimada em 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 23.555 pessoas.

quando chegam ao serviço e são acolhidas e escutadas em seu sofrimento. São comuns na escuta de profissionais da saúde mental relatos relacionados com as situações a seguir: medo do marido, companheiro; humilhações públicas e privadas; cerceamento de relações com amigos e familiares; ameaças de agressão e morte; medo de não conseguir sobreviver sem o amparo financeiro de seus companheiros, apesar do sofrimento de agressões constantes. A exposição à violência pode levar ao desenvolvimento de sintomas depressivos, transtornos ansiosos, fobias, transtorno de estresse pós-traumático, entre outros.

O Dia Internacional das Mulheres possibilita espaços de discussão, em que podemos expor e abrir possibilidades de reflexão sobre, entre outras questões, fatores que influenciam a saúde mental das mulheres. Logo, é uma data importante para abordarmos os diversos determinantes sociais e psíquicos que podem levar ao sofrimento e ao adoecimento mental.

# Articulações entre relações patriarcais de gênero e saúde mental das mulheres: do que estamos falando?

Do nosso ponto de vista, as relações patriarcais de gênero podem ser entendidas como estruturantes das relações sociais e são permeadas por conflitos, hierarquias e antagonismos entre os sexos (CISNE, 2018). Atuam de forma imbricada com as relações de classe e étnico-raciais, formando o que Saffioti (2015) define como o "nó", o novelo patriarcado-racismo-capitalismo, construído historicamente.

Alguns dados da realidade podem dimensionar melhor tais afirmações. Em 2014, no Brasil, conforme Pinheiro et al. (2016), 39,1% das mulheres negras ocupadas estavam inseridas em relações precárias de trabalho, seguido por homens negros (31,6%), mulheres brancas (27,0%) e homens brancos (20,6%). Informações de 2016 sobre o país referem que as mulheres dedicaram, em média, 18 horas semanais a cuidados de pessoas ou afazeres domésticos, 73% a mais do que os homens, que despenderam 10,5 horas (IBGE, 2018). Este cenário é uma pequena expressão das desigualdades produzidas pelas relações patriarcais de gênero, de classe e étnico-raciais e também pode dar-nos pistas sobre a situação de saúde e doença das mulheres.

Logo, entendemos que discutir determinações das relações patriarcais de gênero na saúde é realizar uma abordagem em termos de um conceito de saúde

ampliado e dos determinantes sociais da saúde<sup>4</sup>. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi inaugurada uma nova concepção de saúde:

[...] Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

[...] As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Assim, se saúde é, antes de tudo, resultante das formas de organização social da produção, é resultante das relações patriarcais de gênero, de classe e étnico-raciais, que estruturam a produção e reprodução social da vida<sup>5</sup>, sobretudo na realidade brasileira, em que tal configuração se explicita de forma muito profunda, conforme indicam os dados citados anteriormente.

Com esta breve exposição, sustentamos que as relações que viemos tratando até aqui possuem papel fundamental na criação de desigualdades, assimetrias e que, tal qual afirma a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), as desigualdades sociais, econômicas e culturais se expressam de forma diferenciada no que tange ao adoecimento e à morte de populações e de cada pessoa em particular, tornando,

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> "Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (BUSS; FILHO, 2007, p.78).

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019) lembram que, no capitalismo, há uma separação da produção de pessoas da obtenção de lucro, relegando o primeiro trabalho, da produção de pessoas, às mulheres e subordinado-o ao segundo. Porém, embora subordinado e invisibilizado, "[...] o trabalho de produção de pessoas é, na verdade, vital e complexo. Essa atividade não apenas cria e mantém a vida no sentido biológico, ela também cria e mantém nossa capacidade de trabalhar [...] Em resumo, o trabalho de produção de pessoas supre algumas das precondições - materiais, sociais e culturais - fundamentais para a sociedade humana em geral e para a produção capitalista em particular. Sem ele, nem a vida nem a força de trabalho estariam encarnadas nos seres vivos. Chamamos esse amplo corpo de atividade vital de reprodução social" (ARRUZZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019, p.52, grifo das autoras).

conforme os indicadores de saúde, mais vulneráveis as populações expostas a condições precárias de vida. Neste sentido, levando em conta que as mulheres vivem mais do que os homens, mas adoecem com mais frequência que estes, lembramos que certas doenças e causas de morte a que mulheres estão mais vulneráveis possuem relação muito maior com sua particular inserção social desigual que com fatores biológicos" (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Assim,

[...] As questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.12-13).

Convém salientarmos que, para tal perspectiva ser legitimada e difundida, o movimento feminista e de mulheres possui importante papel, sendo um dos principais segmentos sociais responsáveis por sua defesa historicamente.

No contexto da saúde mental especificamente, podemos pensar em diversas interfaces que influenciam no processo de adoecimento. Dentre estes, determinantes não modificáveis, que são ligados à genética, ao corpo biológico e determinantes modificáveis, que são aqueles relacionados às condições sociais as quais a pessoa é exposta, como nível socioeconômico, escolaridade, desemprego, violência, discriminação, eventos estressantes, entre outros. Os fatores sociais costumam afetar a saúde mental das mulheres de maneira mais severa. Podemos perceber tal situação no cotidiano de atendimentos no CAPS I, de São Sepé, até porque, empiricamente, verificamos que o nosso público predominante são mulheres.

O processo de busca pelos serviços de saúde por parte das mulheres, muitas vezes, se dá como procura por um espaço de escuta, o que nem sempre encontram, e as violências acabam sendo reiteradas. Não é raro no nosso trabalho

profissional cotidiano nos depararmos com mulheres que passaram por diversos serviços de assistência em saúde e não tiveram suas demandas escutadas, sendo encaminhadas aos serviços de saúde mental descritas como poliqueixosas, incapazes de exercer autocuidado ou de se responsabilizar pela própria saúde.

No entanto, uma escuta mais atenta traz à luz questões como violência doméstica, patrimonial, moral, sexual e relações de poder dentro da família, sustentadas pelo padrão das relações patriarcais de gênero. Pontuamos que a cidade de São Sepé possui características típicas de um município do interior, com expressões culturais machistas muito marcadas, fazendo com que a particularidade local possa agudizar ainda mais estes processos.

Neste sentido, no que tange às mulheres que estão em situação de violência, estas tendem a buscar de maneira recorrente os serviços de saúde, pois diversos determinantes sociais fazem com que elas não tenham possibilidades de cuidar de si mesmas, mas muitas vezes suas queixas são banalizadas ou subavaliadas o que reitera a violência e faz com que ciclos se perpetuem. Andrade, Viana e Silveira (2006) expõem que a violência tem sido identificada como um fator de risco para vários agravos à saúde da mulher (física, mental e reprodutiva) e vem sendo associada a maiores taxas de suicídio e tentativas de suicídio.

Resultados de um estudo que visou estimar a associação do desemprego e do trabalho informal com os transtornos mentais comuns (TMC) apontaram que as mulheres desempregadas e as trabalhadoras informais apresentaram um risco aumentado para os TMC (LUDERMIR, 2000). Já outro que buscou investigar a associação da informalidade das relações de trabalho identificou que a maior prevalência (43,7%) destes transtornos acontece com pessoas inativas , o que inclui as donas de casa (LUDERMIR, 2005).

Além de uma maior incidência de transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão, o suicídio também afeta mais mulheres, sendo a quinta causa de óbito mundial em mulheres entre 20 e 44 anos de idade (OMS, 2009). Para a OMS (2009), uma das causas de suicídio em mulheres é justamente a desigualdade de gênero.

[...] As diferenças de gênero nos papéis sociais podem também contribuir ao comportamento suicida. Há evidências em algumas culturas de que a desigualdade social e a vinculação a unidades sociais estruturadas e estreitas, especialmente famílias patriarcais, são fatores de risco para os comportamentos suicidas femininos (OMS, 2009, p.52).

Tal afirmação ratifica o que já sustentamos anteriormente.

Ademais, o cuidado em saúde é atravessado de maneira multifatorial. Para que uma pessoa tenha um desenvolvimento saudável, é fundamental que ela tenha conhecimento e aproximação com um conjunto de serviços e instituições. Assim, acesso à informação e políticas públicas de promoção e assistência à saúde, de educação (o que inclui creche, para compartilhar o cuidado e permitir que as mulheres tenham condições de realizarem as suas atividades próprias, sem sobrecarga, já que são elas ainda as principais responsabilizadas pelo cuidado), de trabalho e renda, de assistência social, bem como a quebra de ciclos de abuso de poder transgeracional e fortalecimento para participarem dos diferentes níveis da organização social são fundamentais quando se pensa em promoção à saúde.

# Ações e reflexões realizadas localmente a partir do dia internacional das mulheres

Fotografia 1 - Mural da sala de espera do CAPS I em alusão ao Dia Internacional das Mulheres



Fonte: autoras, elaborado pela equipe profissional do CAPS I de São Sepé, 2020.

Tal qual explicita o mural da sala de espera do CAPS, elaborado pela equipe, que ficou exposto durante todo o mês de março de 2020, a sociedade em sua totalidade tem responsabilidade com a vida das mulheres. Sendo o Dia Internacional das Mulheres uma data simbólica em que muitos setores se voltam para visibilizar este segmento, a equipe do CAPS I também entendeu que poderia contribuir de forma a dar significado este momento.

Assim, a proposta de construção de ações em decorrência deste dia teve início durante reunião de equipe, em que avaliamos sua pertinência e discutimos algumas ideias. Posteriormente, ao termos ciência de que o município já contaria com atividades, organizadas por meio da Semana da Mulher, evento organizado com a coordenação central da Câmara de Vereadores de São Sepé e que já estava em sua 19ª edição, a equipe optou por buscar se inserir em sua construção para somar à programação. Dessa forma, realizamos diálogos com responsáveis do poder legislativo à frente do evento, apresentamos os objetivos de nossa intervenção específica e nossa participação foi acolhida. Nossas ações foram agregadas ao que estava previsto, bem como também nos inserimos em outras já anteriormente previstas.

Deste modo, as atividades que realizaríamos apenas enquanto um serviço especializado de saúde mental, inicialmente poderiam ser ampliadas e qualificadas ao serem unificadas a outras com objetivos similares, em articulação com outros setores. Além disso, foi oportunizado que o CAPS I divulgasse para a comunidade o trabalho que realiza.

Produzimos um material informativo, que contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para impressão e foi elaborado pelas profissionais do Serviço Social e da Psicologia, tendo sido apresentado e aprovado em reunião de equipe do CAPS. Em parte do seu conteúdo, apresentada abaixo, na Fotografia 2, verificamos a reflexão sobre o Dia Internacional das Mulheres e alguns apontamentos sobre a saúde mental das mulheres. Buscamos reunir alguns determinantes que impactam de forma específica a saúde mental das mulheres, com notada centralidade para os de ordem social, tais quais: desemprego; baixa escolaridade; baixa renda; responsabilização prioritária com os cuidados de pessoas e com o trabalho doméstico, acarretando em sobrecarga, menor tempo para atividades de lazer, etc.; menores salários em relação aos homens, inclusive em mesmas funções; penalizações no emprego devido à maternidade; vivência de violências.

Fotografia 2 - Parte do material informativo sobre o Dia Internacional das Mulheres

#### 8 DE MARÇO - DIA INTERNACIONAL DA MULHER ♠ Ciclo de vida da mulher: ligação direta 2013, verificou que 35% das mulheres no O Dia Internacional das Mulheres tem entre o ciclo reprodutivo feminino (prémundo já foram vítimas de violência física como objetivo lembrar as conquistas sociais, menstrual, pós-parto e perimenopausa) e as políticas e econômicas das mulheres, elou sexual. Em alguns países, esse número doenças mentais. Nessas fases de grande pode chegar a 70%. Com base nessa independente de divisões nacionais, étnicas, oscilação hormonal é mais comum o estatística, concluiu-se que três em cada linguisticas, culturais, políticas e econômicas. aparecimento de transtornos mentais: grupo de cinco mulheres foram ou serão O 8 de março deve ser visto como dia de luta Desemprego (43,7% das pessoas com vitimas de violência. Assim, é importante ter por igualdade de direitos, melhores condições Transtornos mentais comuns são inativos. de trabalho e como oportunidade para discutir em mente que se trata de uma epidemia e incluindo donas de casa) de acordo com que deve ser combatida (OMS, 2005; OMS, as discriminações, violências morais, físicas e Ludemir (2005), baixa escolaridade e baixa 2013). No Brasil, a cada 4 minutos, 1 mulher sexuais ainda sofridas pelas mulheres. renda: é agredida (Ministério da Saúde). Mulheres impedindo que retrocessos ameacem o que iá Aumento no número de mulheres chefes vitimas de violência têm mais chance de foi alcançado em diversos países. de familia: em 2015, 40.5% das familias desenvolver diagnósticos de depressão, Origem da data: Desde meados da brasileiras eram chefiadas por mulheres ansiedade, insônia e fobia social, entre década de 60, convencionou-se celebrar o Dia (IBGE/PNAD, 2015); Internacional da Mulher sempre no dia 8 de Responsabilização prioritária com os Mulheres negras sofrem mais: dados março, pois esta data marca a principal cuidados de pessoas e o trabalho mostram que são as mais violentas, mortas. manifestação pelos direitos trabalhistas das doméstico, o que gera sobrecarga: no Brasil, sobrecarregadas com o trabalho doméstico. mulheres, na Rússia, em 1917, que foi as mulheres dedicam, em média, 18 horas de cuidados e estão nos trabalhos mais brutalmente reprimida, motivando a Revolução semanais a cuidados de pessoas ou precarizados. de 1917. Na década de 70, a Organização das afazeres domésticos, enquanto os homens. Nações Unidas - ONU designou como o Ano apenas 10,5 horas (IBGE, 2018); Internacional da Mulher o ano de 1975 e o día 8 São a maioria entre profissionais que de março foi instituido oficialmente como dia exercem o cuidado do(a) outro(a) (saúde e internacional da mulher. assistência social, por exemplo); Mulheres recebem menos que homens sile in (inclusive realizando os mesmos trabalhos): Saude mental das mulheres mensalmente, a média salarial de mulheres no país é de R\$1.764 para elas e R\$2.306 As mulheres correm o risco até duas para eles (IBGE, 2018); vezes maior de terem depressão. Os São penalizadas no trabalho devido à transtomos de ansiedade atingem três vezes Não se coloque para baixo. maternidade: até 51% das mulheres mais a mulher. As tentativas de suicidio Não se culpe. perdem o emprego após a licença também são maiores em mulheres e o suicídio Priorize sua saúde mental. maternidade (FGV): é a 2a causa de morte de mulheres entre 15 e Mulheres sacrificam atividades de lazer 44 anos conforme Andrade, Viana, & Silveira em razão de filhos, familia, trabalho, etc. (2006). Isso se deve a fatores de risco tanto Violência contra a mulher: A OMS em biológicos quanto sociais, tais como:

Fonte: autoras, elaborado pela equipe do CAPS I, 2020.

No restante do material, também divulgamos a programação da Semana da Mulher e os contatos da rede intersetorial em que as mulheres podem buscar atendimento.

Além de ter sido entregue no CAPS, em acolhimentos, atendimentos e na sala de espera, o material foi distribuído em outros espaços da Saúde e da rede pública intersetorial: Unidades Básicas de Saúde (UBSs), hospital municipal, farmácia municipal, Defensoria Pública Estadual, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Também realizamos enquanto equipe, juntamente com usuá-

rios(as) do CAPS, uma ação na praça central da cidade e seus arredores de distribuição do informativo e de outros materiais produzidos por estes em oficinas terapêuticas, além de realização de diálogos com a população sobre a temática durante a ação.

Destacamos que o informativo não se resumiu em divulgar conteúdos, mas serviu como um mecanismo que mediou nossa abordagem junto à população local para tratarmos sobre as relações patriarcais de gênero, gerando diálogos e reflexões em torno de suas determinações, principalmente no que tange à saúde mental das mulheres.

Além do mais, em decorrência da distribuição do informativo, mais um espaço nos foi disponibilizado para ampliar a discussão. Fomos convidadas por um integrante de uma rádio comunitária local que aguardava ser atendido no momento que realizamos a abordagem com usuários(as) na sala de espera de uma UBS, para participarmos do programa da rádio com a temática do Dia Internacional das Mulheres. Na oportunidade de fala na rádio, as profissionais, a assistente social e a monitora de oficinas aproveitaram também para trazerem elementos sobre os determinantes sociais em saúde, a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento da população, bem como divulgar o fluxo de funcionamento do CAPS e sua proposta.

Como parte da programação, também nos inserimos na realização de palestras já previstas pela organização da Semana da Mulher em comunidades rurais (sendo que em uma delas o espaço foi construído com o protagonismo de um grupo local de mulheres), tendo como público prioritário mulheres e meninas, e na sede do município, com público diverso. Nossa contribuição, denominada "em defesa da vida das mulheres", se centrou na problematização das relações patriarcais de gênero, em suas várias expressões na sociedade, com foco para a sua articulação com a saúde mental das mulheres. Também abordamos o papel de algumas políticas sociais setoriais no atendimento das mulheres, lembrando que o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são fundamentais, pontuando o dever do Estado em garanti-los com qualidade para a população, pois isso também é defender a vida das mulheres. Em um destes momentos, uma das mulheres presentes buscou-nos para dar um retorno a partir da palestra e do material informativo, relatando sua identificação com o conteúdo trazido e expressando o quanto guarda conexão com a realidade, inclusive a dela enquanto mulher negra.

Neste sentido, esta experiência também vislumbrou a promoção de saúde, encontrando consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), quando esta preconiza em seus objetivos específicos o seguinte:

- [...] II contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais;
- [...] IX estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis [...] (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ademais, ainda que o trabalho tenha sido executado pela equipe em conjunto, envolvendo assistente social, auxiliar de serviços gerais, enfermeira, monitoras de oficinas terapêuticas, psicólogas e técnica de enfermagem, destacamos que foi coordenado primordialmente pelos olhares do Serviço Social e da Psicologia a partir de atividades de planejamento, elaboração de materiais, articulação intersetorial e interlocução com a população local.

No que concerne ao Serviço Social, encontra eco nos princípios profissionais éticos fundamentais, especialmente os seguintes:

- [...] V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- [...] VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero (BRA-SIL, 2012, p.23-24).

Assim, o direcionamento socioeducativo estava presente em todas as ações, bem como vai ao encontro dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), quando sugere como demanda profissional a reflexão sobre as condições sócio-históricas sob as quais estão os(as) usuários(as), fomentando sua mobilização para participação nas lutas em defesa da garantia de seus direitos. Além disso, dialoga especialmente com uma das questões apontadas como relevantes para pensar e atuar de forma competente e crítica na área da saúde: conhecer as condições de vida e trabalho de usuários(as), bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença (CFESS, 2010).

Também nos princípios éticos fundamentais do exercício da profissão de Psicólogo encontramos pontos importantes que convergem com a atividade e reflexão desenvolvida:

- [...] II. O psicólogo trabalhará visando 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.
- III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.
- V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.
- VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica (BRASIL, 2005, p.7).

### Considerações finais

Este relato de experiência profissional, evidenciando as ações realizadas em decorrência do Dia Internacional das Mulheres junto à comunidade local, a partir da inserção no CAPS I, em interlocução interdisciplinar e intersetorial,

demonstram o trato do processo saúde-doença de forma ampliada, pois abordou as relações patriarcais de gênero (articuladas às relações de classe e étnico-raciais) como parte dos determinantes sociais em saúde. Neste caso, especificamente discutidas no que tange à saúde mental das mulheres. Além disso, ações como esta são características das que objetivam a promoção da saúde.

Esta experiência aponta para a importância de que essas abordagens se tornem cada vez mais sistemáticas e continuadas, como parte do cotidiano de atendimento, criando espaços de reflexão em que usuários(as) sejam sujeitos(as) ativos(as). Também contribui para o aprofundamento e a ampliação das políticas públicas para as mulheres, incluindo nestas as de saúde.

### Referências

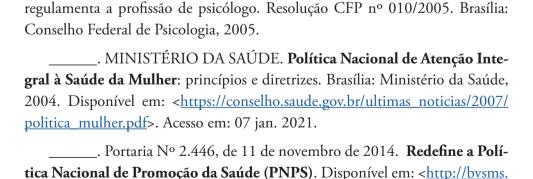
ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen Viana; SIL-VEIRA, Camila Magalhães. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, vol.33, n°.2, 2006. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0101-60832006000200003">https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0101-60832006000200003</a>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. Feminismo para os 99%: um manifesto. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10<sup>a</sup>. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

\_\_\_\_. Código de ética profissional do psicólogo. Lei 5.766/1971 que

Acesso



saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446 11 11 2014.html>. em: 23 out. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986. Disponível em: <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8</a> conferencia nacional saude relatorio final. pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1), p. 77-93, 2007.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <a href="http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saude.pdf">http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saude.pdf</a>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CISNE, Mirla. **Feminismo e marxismo**: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.132, p. 211-230, 2018. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n132/0101-6628-sssoc-132-0211.pdf">https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n132/0101-6628-sssoc-132-0211.pdf</a>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTI-CA. **Estatísticas de gênero**: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, n.38, 2018. Disponível em: <a href="https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551">https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551</a> informativo.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

LUDERMIR, Ana Bernarda. **Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54(3), p.198-204, 2005. Disponível em: <a href="https://www.resear-chgate.net/profile/Ana Ludermir/publication/283249395">https://www.resear-chgate.net/profile/Ana Ludermir/publication/283249395</a> Association between common mental disorders and informality in working relations/links/004635385f05d68eb2000000/Association-between-common-mental-disorders-and-informality-in-working-relations.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.16, n.3, jul./set., 2000. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci">https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci</a> arttext&pid=S0102-311X2000000300013>. Acesso em: 10 jan. 2021.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009. Disponível em: <a href="https://www.

paho.org/bra/index.php?option=com\_docman&view=document&layout=default&alias=1372-mulheres-e-saude-evidencias-hoje-agenda-amanha-2&cate-gory\_slug=saude-da-mulher-267&Itemid=965>. Acesso em 07 de novembro de 2020.

PINHEIRO, Luana Simões et al. **Mulheres e trabalho**: breve análise do período 2004-2014. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, nota técnica n.24, 2016, p.3-28. Disponível em: <a href="http://repositorio.ipea.gov.br/bits-tream/11058/6524/1/Nota n24 Mulheres trabalho.pdf">http://repositorio.ipea.gov.br/bits-tream/11058/6524/1/Nota n24 Mulheres trabalho.pdf</a>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

### Capítulo II

# Re(e)sistindo: ser mulher além de conceitos, residência multiprofissional, saúde mental e pé no barro

SIQUEIRA, Zaida Castro de<sup>1</sup> FONSECA, Laura Regina da S. C. M. da<sup>2</sup>

### Resumo

Artigo oriundo do projeto de pesquisa Saúde Mental no território, rede de cuidado e residência multiprofissional: um estudo do ensino em serviço, constituiu-se parte do processo para obtenção do título de especialista em saúde mental pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Motivada pela inserção no território da zona leste de Santa Maria - RS, como residente do núcleo profissional de Serviço Social, inicialmente por meio de Apoio Institucional prestado como representante da Coordenação de Atenção Psicossocial para a Unidade de Saúde Walter Aita e, posteriormente, fomentando espaço de cuidado para além dos dispositivos já existentes na Rede de Atenção Psicossocial. Com o objetivo de ampliar o cuidado e delinear o perfil das mulheres participantes do grupo de saúde mental. Utilizou-se como metodologia: revisão bibliográfica e documental especializada, elaboração e aplicação de questionário estruturado, observação participante e escuta qualificada no grupo de mulheres, com encontros semanais por, aproximadamente, um ano. A inserção de residentes impulsionando pontos de apoio em saúde mental e de potência de vida, e o debate de como as

¹ Assistente Social Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Assistente Social no CAPS AD III - Secretaria de Saúde do município de Chapecó – SC, srtazaidacastro@gmail.com

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Docente do Curso de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gênero, Políticas Sociais e Movimentos Sociais da UFSM, laurafonseca22@gmail.com

questões de saúde mental e de violência e opressão de gênero são transversais. Concluiu-se a importância da atuação de residentes no território, da manutenção e continuidade do trabalho iniciado, para efetivar o ponto de apoio e espaço de escuta para as mulheres; a importância de debater e dar visibilidade para questões relativas às violências sofridas por mulheres cotidianamente e atreladas ao diagnóstico de transtorno mental e todo estigma que dele provém.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Território. Rede. Residência Multiprofissional. Mulher.

### Introdução

Artigo oriundo do Trabalho do Conclusão de Residência, projeto de pesquisa intitulado SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO, REDE DE CUIDADO E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UM ESTUDO DO ENSINO EM SERVIÇO que teve como objetivos a criação de um grupo de saúde mental para mulheres e delinear o perfil dessas mulheres participantes. É importante frisar que a motivação para esse delineamento foi o expressivo número de acolhimentos em saúde mental no território da Zona Leste de Santa Maria – RS, especificamente acolhimentos para mulheres adscritas a Unidade Básica de Saúde (UBS) Walter Aita. A projeção expressiva de questões relativas à temática de saúde mental, dessa população vinculada à UBS, motivou a pensar um ponto de apoio para as mulheres, um ponto além dos dispositivos já existentes e referenciados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), ou do setor privado e que fosse de fácil acesso ao território de residência delas.

A inserção neste território, anterior a esse pensamento, foi iniciada pelo Apoio Institucional da Coordenação de Atenção Psicossocial de Santa Maria - RS para com a UBS Walter Aita. Tal apoio trouxe o mapeamento de diversas situações de saúde, dentre a de destaque as de saúde mental, denotando a emergência de discussão sobre a temática e de práticas que facilitassem tanto o acesso ao cuidado especializado pela população, quanto à segurança dos profissionais do local para essas práticas e encaminhamentos. Esses encontros de Apoio Institucional tornaram possível implantar um ponto de esteio, com parceria multiprofissional e de outros serviços da RAPS, da educação e da assistência social. Na relação com a equipe da UBS, foi visível a implicação dos(as) trabalhado-

res(as) com sujeitos que apresentam situações de saúde mental e vulnerabilidades des relacionadas ao adoecimento psíquico, bem como outras vulnerabilidades de cunho socioeconômico. Outra característica latente trata-se da compreensão tanto do processo de adoecimento, quanto das estratégias de cuidado em saúde mental, de forma ampliada, para além da medicalização.

Há uma gama de diversidade na população deste território, onde destacam-se situações de vulnerabilidade socioeconômica, saúde mental e situações de violência de gênero. Essa última identificada em falas feitas por mulheres que relatam, de outras formas, como sofrem no cotidiano com as manifestações de transtornos mentais e as vulnerabilidades relativas às expressões da questão social. É de causar alerta o relato carregado de sofrimento e que mascara questões vinculadas a opressão e violência de gênero psicológica e financeira, por vezes até física, e que muitas das mulheres não vislumbram como uma violência de fato.

Acentua-se nesse contexto, também, que a ideia após a criação do espaço de apoio, foi delinear o perfil das mulheres, de forma quantitativa, para pensar estratégias voltadas para o perfil delas, conforme suas demandas, desejos e trajetória pelos serviços da RAPS do SUS, ou não, e que fossem assim elencadas informações que vissem a possibilitar monitoramento e planejamento constantes por análise de dados. No entanto, como será descrito ao decorrer deste artigo, a metodologia foi revista e alterada, respeitando a subjetividade e pensando na singularidade e deferência que devemos ter com todas as pessoas que participam dos espaços criados e/ou mantidos por profissionais-estudantes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Pública (PRMIS) da Universidade Federal de Santa Maria – RS (UFSM), bem como profissionais de outras áreas, que não da saúde, e de outras instituições. Respeitar a subjetividade e a singularidade de vida das pessoas é ser ético e humano

### **Objetivo**

Delinear o perfil das mulheres participantes do grupo de saúde mental, com foco em pensar estratégias de cuidado territorial, como um ponto de apoio, para além dos dispositivos de cuidado pertencentes a RAPS do SUS (ou não). Isso, considerando o cuidado ampliado em saúde e o respeito aos desejos dessas mulheres e suas realidades singulares e, subsequente ao delineamento, ampliar

a rede de cuidado na zona Leste do município de Santa Maria – RS, especificamente do bairro Cohab Fernando Ferrari por meio da inserção do PRMIS/UFSM na UBS Walter Aita fomentando um ponto fixo de apoio e cuidado.

### Metodologia

É pertinente iniciar discorrendo que metodologia não é algo estático, tendo em vista que lidamos com seres humanos e que estes acompanham o movimento dialético da vida. Dessa forma, durante os encontros do grupo de saúde mental foram utilizados instrumentais para o desenvolvimento destes momentos e para aferição das informações. Dentre alguns instrumentais específicos do(a) profissional Assistente Social e de outros núcleos, fez-se útil a observação participante, questionário estruturado, acolhimentos individuais e em grupo, escuta qualificada, tudo isso atrelado e transversal a revisão de literatura.

Com o atravessar dos encontros, foi imprescindível rever o instrumento questionário estruturado, uma vez que houve resistência por parte de algumas mulheres em responder às perguntas. Cabe salientar que as questões componentes desse instrumento já tinham sido debatidas durante a realização do grupo, de maneira informal, e passaram por aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)<sup>3</sup> da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), nada obstante foi fundamental a sensibilidade em mudar essa parte da metodologia em respeito às participantes. O que foi levantado durante as negativas de boa parte das mulheres, foi a resistência em ter esses dados quantificados, extraídos, somados, pensados, compartilhados. Pois para elas nunca foram dados ou números. Para essas mulheres são apenas frações de suas histórias e ocupa um lugar muito violento no ser de cada uma delas, a quantificação da vida em formato de pesquisa. Há uma contradição presente, como em vários aspectos da vida o que não difere nesse pequeno recorte de encontros, que consiste em: por mais que todas as mulheres participantes falem sobre todas as informações, elas desejam, de certa forma, proteção às suas particularidades e dificuldades do cotidiano do ser mulher, vulnerável socioeconomicamente, com diagnóstico de transtorno mental e com toda a carga feminina que o ser mulher carrega na sociedade em que vivemos.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). < https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/>.

O questionário estruturado com perguntas fechadas e respostas de múltipla escolha, foi moldado a partir das falas durante os acolhimentos, individuais e coletivos, e pela emergência de delinear o perfil dessas mulheres, pensando assim em estratégias de cuidado possíveis e voltadas para esse público específico, conforme as singularidades e a realidade de cada uma que busca esse ponto de apoio na rede básica de saúde no seu território de vida. Pensar as formas de cuidado a partir dos intentos que demandam esse cuidado em si, é pensar políticas públicas efetivas, pensar saúde de forma ampliada, e ações que, mesmo que sejam territoriais locais e não em grande escala, tenham visibilidade e adesão por parte do público a que se destinam.

### Discussão

A violência presente nos relatos das mulheres acolhidas na UBS e, posteriormente, no grupo, a naturalização dessas violências nas narrativas, na estrutura da sociedade e na vida dessas e tantas outras mulheres é fato que corrobora a importância da escrita e reflexão da realidade e das possibilidades e desafios do trabalho do(a) Assistente Social no território, e do debate sobre gênero e questões de saúde mental. O reconhecimento da veracidade e da força dessas falas, e de que estas violências são sim violência de gênero, por si só já condicionam a relevância da temática perante questões relativas a saúde mental e denotam a importância de registrar e pensar possibilidades de atuação na contramão da agressão trasvestida de outras formas, quiçá de cuidado, seja no âmbito doméstico, profissional ou até mesmo de cuidado em saúde.

Para ter dados quantitativos e trabalhar mensurando a grandeza dessa violência, problematizando o grande impacto social, cultural e mental que ela traz, este estudo foi pensado iniciando por realizar o abalizamento de perfil das mulheres participantes do grupo e das questões que as levaram à busca de acolhimento no serviço de saúde. Para, sequencialmente, após análise detalhada, pensar possibilidades de estratégias e do que pode ser feito, por meio da atuação de profissionais-estudantes do PRMIS da UFSM, enquanto cuidado longitudinal e pensando o conceito ampliado de saúde efetivado no território de moradia dessas mulheres.

Souza (2014) reflete sobre as questões relativas às desigualdades sociais em um debate teórico e político sobre "relações de gênero", entre homens e mulheres. Discutindo sobre as relações sociais, e como estas se reproduzem no cotidia-

no, faz-se necessária uma reflexão crítica do(a) profissional Assistente Social, e que essa abarque a totalidade das relações. É pontual compreender que as relações sociais são construídas e reproduzidas dentro de um sistema de dominação e exploração, sistema dito patriarcal, e que estas projetam condicionalidades para o "ser mulher" e a manutenção do *status quo* deste ser. Nesse sentido, manutenção e reprodução, com atribuições e comportamentos pré definidos por uma sociedade patriarcal que vê a mulher como ser central do cuidado e reprodução da vida, é algo que violenta não apenas a construção do ser mulher, como também impulsiona espaços de adoecimento mental quando algumas mulheres não se encaixam nesses padrões pré estabelecidos e construídos socialmente e culturalmente, com alternância de maior ou menor espaço das mulheres nos processos de tomada de decisão da sociedade em que estão inseridas.

Integrante das bandeiras de luta da categoria de profissionais assistentes sociais, está toda e qualquer forma de repressão às violências sofridas por mulheres, independente de classe e etnia-raça a que pertençam. É constituinte e previsto no Código de Ética Profissional (CFESS, 2012) que é dever ético e político lutar contra as desigualdades sociais, políticas e históricas e fomentar estas lutas por meio de espaços de discussão, pesquisas e produção de conhecimento, bem como pela democratização desses conhecimentos levando-os até a população em massa, de forma objetiva e em linguagem acessível.

Ainda sobre os acolhimentos realizados no dispositivo de saúde, houve a percepção de que há um expressivo e massivo número de mulheres encaminhadas ao acolhimento de saúde mental, especificamente, que trazem em seus relatos diversas formas de violência de gênero, naturalizadas em suas falas e vivências. Nestas escutas qualificadas, é latente o quanto as violências diárias influenciam na manifestação da crise de transtorno mental de muitas mulheres. Empiricamente é tangível dizer que há uma relação forte entre as violências de gênero e o transtorno mental. Pois aparece uma grande dor quando trazem à voz a severidade da vida e das obrigações cotidianas, e o quanto isso impulsiona a crise aguda, manifestação do transtorno, ou a surtar, como elas falaram.

Dessa forma, para compor o instrumental investigativo, destacando o núcleo de Serviço Social no processo de apreensão do conteúdo mais relevante para esse delineamento de perfil, utilizou-se de questionário estruturado, observação participativa e da escuta qualificada como ferramentas de suporte para aferição das informações. Estes instrumentais, amparados pelo sigilo ético,

foram fundamentais para o Serviço Social, que tomou parte de uma atitude investigativa, onde Fraga (2010), define que é o ato de ter um "olhar crítico, exigente, seletivo, tem a pretensão de colher informações, saber mais". Para tanto, foi necessário olhar e ouvir além do dito com palavras e expressões corporais, e utilizar-se de estratégias diversas para buscar a melhor compreensão da totalidade da realidade das mulheres envolvidas nesse processo e de toda instrumentalidade disponível.

E quando o assunto é instrumentalidade, devemos compreendê-la como parte componente dos processos em si, onde o(a) sujeito transforma a realidade, a si e a outros(a), e a instrumentalidade é alterada progressivamente frente à suas necessidades de intervenção. Sendo assim, cada profissional tem uma dinâmica diferente de trabalho, todavia, todos(as) devem compreender a importância de utilizar-se de habilidades e criatividade no momento de efetivar os instrumentais específicos de núcleo ou transversais na atuação profissional de ambos.

É importante considerar que assim como a vida é um movimento dialético, a pesquisa também o pode ser e dessa forma é impreterível adaptar-se à realidade e saber respeitar as singularidades e as necessárias mudanças no decorrer da pesquisa, que não pode ser engessada. Ao apresentar o instrumento de coleta (questionário) e explicá-lo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Sigilo, quase a totalidade das mulheres presentes no momento expressou, verbal ou fisicamente, a vontade de participar da pesquisa, porém apenas relatando, mas sem que esse relato fosse registrado nos formulários como resposta às perguntas de forma direta. Por isso, é indispensável, enquanto profissionais, termos a sensibilidade de perceber que nem sempre as pessoas que estão em um grupo terão corpo para dizer não ao proposto e que, muitas vezes, esse não aparece como expressão corporal e não verbal. Ou seja, pelo olhar, expressões corporais de reclusão e faciais, de estranhamento, é possível captar quando algo não está aprazível e não vai ao encontro do desejado por quem está sendo questionado. E assim, quando instigadas a falar sobre a vontade de participar da pesquisa, grande parte das mulheres trouxe a resistência em transformas suas histórias em dados, por relatarem descontentamento com outras experiências já vividas no espaço. Outrora, trouxeram a total cumplicidade em contar suas histórias e permitir que assim fosse viável escrever este artigo e levantar uma discussão de suma importância, como é a discussão do ser mulher, do ter diagnóstico de transtorno mental, do sofrer violência de gênero e quase nunca perceber como tal e dos espaços reais que servem de apoio no território de vivência.

Assim, foi repensado o instrumento questionário, e diante da negativa de quantificar as histórias, das falas que trouxeram a revitimização no que cerne serem alvos de pesquisa constantemente, optou-se pela mudança de estratégia e revisão da metodologia, dando ênfase para o respeito à vida das mulheres em detrimento a pesquisa com dados. Por conseguinte, a discussão do artigo foi embasada em dados empíricos, em observação participativa, escuta qualificada, experiência e vivência de meses no grupo que teve encontros semanais, por quase um ano. Grupo esse que transformou uma sala em um ponto de apoio, cuidado e ajuda mútua em saúde mental, tudo isso no território de vivência das mulheres que buscaram atendimento especializado na atenção primária em saúde.

É vultuoso considerar a opressão de gênero como algo inerente à estrutura social e cultural e que ela dá-se pela transversalidade do tema às políticas de saúde, e considerar também que essa opressão pode existir de mulher para mulher, e não somente de homem para mulher, e é fundamental fazer o recorte de classe, etnia, raça nesses espaços. Tampouco, durante a pesquisa, para manter esse grupo como um local horizontal, sem hierarquia, e que continuasse se efetivando como um verdadeiro ponto de apoio e potência de saúde mental, foi pensada a possibilidade de dissertar sem ter os números, mas tendo o conhecimento dos fatos. Com isso, foram refletidas várias questões relevantes acerca da realidade dessas mulheres, das diversas violências que elas sofrem no âmbito doméstico e no âmbito social e de que forma é possível contribuir para trabalhar na contramão dessas violências. E uma das formas possíveis de contribuição, enquanto mulher, profissional da saúde e pesquisadora ética, é não revitimizá-las com mais uma prática acadêmica de coleta de dados e respeitar a opção de relato qualitativo sem quantificação.

Então, aqui compete a discussão do ser mulher "pé no barro", que compreende-se empiricamente por ser uma mulher da comunidade, uma mulher não pertencente ao recorte de classe mais abastada da sociedade, ser uma mulher de resistência, num cenário protagonizado por mulheres que nunca, ou muito pouco, leram um artigo sobre a temática da violação de direitos ou das diversas formas de violência e opressão de gênero. Ser mulher pé no barro aqui compreendido como ser para além de conceitos predefinidos de como deve ser uma

mulher. Aqui também como uma forma de existir e reexistir às turbulências ocasionadas pela manifestação do transtorno mental, e pelo estigma que todo transtorno traz, das cobranças do ser mulher dentro dos moldes esperados pela sociedade como um todo, da vida e seus desejos reprimidos, da necessidade de cuidar do outro em detrimento de si. Imperativo também, é refletir criticamente todas essas questões e trabalhar para desconstruir e desnaturalizar as violências e opressões de gênero, grandes causadoras de sofrimentos físicos e psicológicos de mulheres com transtorno mental ou não.

Cisne (2015) destaca a opressão da ideia social do gênero feminino, submetido ao longo da história ao gênero masculino e que toda essa construção social tem uma pujança contínua e grave, contemporaneamente, tanto no que tange o emocional, cultural e o comercial, localizado dentro de uma sociedade de classes, capitalista e de consumo contumaz. Deslocando esse debate para o âmbito da saúde mental, observou-se que as mulheres acolhidas relatavam, individual ou coletivamente, sobre o cotidiano e seus rebatimentos transversais ao transtorno diagnosticado nelas. A pressão social, destacada no domínio da família para que elas desenvolvam o papel que assim era esperado por serem mulheres, foi colocado como algo a dificultar a efetividade do tratamento ao longo dos anos. Dificuldade tanto para as mulheres submetidas à múltiplas internações em unidades de atenção psicossocial, ou para mulheres com tratamento entendido como ambulatorial, medicalização em casa e cuidados familiares. A necessidade de ter um tempo para si, de solitude, sem tarefas, sem a preocupação do cuidar, do fazer, foi uma constante nas falas. A carga emocional e as obrigações tidas como da mulher, apareceram como gatilhos disparadores de crise aguda de transtorno mental. E a redundância do desejo de ter um tempo para si, só denotou como essa carga influencia negativamente nos tratamentos em saúde mental.

A constituição, assiduidade e constância dos encontros, foram potencializadores e possibilitou transformar as falas iniciais de pensar saúde mental apenas como diagnóstico de transtorno, em pensar saúde mental como algo bom e leve, como produção de autocuidado (físico, mental, social) e como saúde em sentido ampliado. Por meses os encontros trouxeram mulheres diferentes e similares, com recorte etário de 18 a 84 anos de idade, com escolaridade de nível médio, quase a totalidade com constituição familiar composta por marido/ companheiro e filhos(as), e muitas em situação de vulnerabilidade socioeconô-

mica e em situação de dependência financeira de seus companheiros.

Várias das mulheres componentes do grupo demonstraram várias habilidades manuais, seja com artesanato, culinária ou pequenos reparos residenciais. Algumas utilizam dessas habilidades para ter uma fonte de renda extra (quiçá única fonte). Outra característica latente é a ajuda mútua, o cuidar intrínseco entre elas. Independentemente da idade, a necessidade de servir, de fazer algo sempre, de sentir-se útil perante à família e a comunidade também somam fortes traços no grupo em questão. Foi um longo percurso, vindo de vários encontros, até que fosse possível escutar o primeiro relato de que uma delas tirou um tempo para si, para assistir uma novela, sem fazer nada para os outro(s).

São as mulheres trabalhadoras, de baixa renda, as mais atingidas por este modelo econômico e cultural da sociedade pois elas são exploradas, oprimidas e discriminadas pelo sexo e pela classe, vivendo no limite da sobrevivência com relação às suas necessidades básicas, inclusive, de alimentação. (Cisne, 2015)

Cisne (2015) salienta no trecho destacado acima que o perfil de mulheres de baixa renda, característica presente do recorte empírico das mulheres do grupo, é o mais atingido com as opressões de gênero, sem excluir as mulheres de outro recorte de classe, porém destacando-as nesse recorte. Atentar-se para esse perfil, para as vulnerabilidades relatadas durante os encontros e pensar as reais possibilidades que podem ser ofertadas no território, é pensar um ponto de apoio seguro e confiável, onde faz-se real o espaço de proteção e sigilo para que as mulheres tenham algo construído para si e partir de suas demandas mais urgentes para discussão. Trabalhando com concretude e dentro da realidade de cada uma delas, é preciso fixar o ponto de apoio criado, local e dia, e fazer a manutenção deste para que elas tenham acesso e sintam-se amparadas para além do que cerne o tratamento clínico do transtorno de cada uma. É indispensável ter consciência que a sociedade e as vulnerabilidades diversas vividas por essas mulheres são fatores que impulsionam as crises, tanto quanto a falta de medicalização correta. Isso é entender e relacionar as condições de vida, a realidade de cada mulher, considerando as singularidades subjetivas e as coletividades objetivas específicas dos seus territórios, para assim pensar em meios que sejam de fato acessíveis e possíveis dentro do ideário do cuidado.

Rosa (2009) vai ao encontro das construções sociais da obrigação da mu-

lher, pois infere que as famílias cuidadoras, mesmo na condição de famílias, são constituídas por uma mulher como centro das responsabilidades do cuidado, agravando a questão de violência doméstica velada, num contexto em que a mulher é quem necessita do cuidado. O peso social para a família, é duplicado quando pensamos família como uma mulher com diagnóstico de transtorno e provedora de todo esse cuidado familiar, quando não é também provedora do sustento. É emergente ponderar sobre as vulnerabilidades socioeconômicas e seus rebatimentos com o peso do cuidado que está, também, em ter valor de uso e não ter valor de troca ao prover esse cuidado, ou seja, remuneração, reconhecimento social e econômico. E esse peso é acentuado quando acrescido das atividades diversas de cunho doméstico e familiar, aqui somadas ao não reconhecimento de valoração social e remuneração.

Para essas reflexões sobre ser mulher, violência e opressão de gênero, saúde mental, atuação do PRMIS - UFSM com mulheres diagnosticadas com transtorno mental, utilizou-se da metodologia de revisão bibliográfica de autoras(es), leis, decretos e da observação e escuta no espaço do grupo. Equitativamente, discorreu-se um estudo qualitativo, que foi pensado para debater dados empíricos e significativos. Esse estudo, como caracteriza Minayo et al (2004) tem o foco em informações que não podem ser quantificadas, com mensagens e dados que são extraídos da totalidade da realidade social dos sujeitos.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, et al, 2004)

Minayo et al (2004) reafirma que dialeticamente as questões objetivas e subjetivas não podem ser quantificadas como simples dados somatórios. Igualmente, são questões de reflexão crítica e levam ao cunho exploratório das falas, dos relatos das cotidianidades. As mulheres relatam diversas formas de violência, mas não reconhecem como tal. Fator somatório à reflexão teórica tecida, foi a experiência vivida de pôr os "pés no barro", sair do campo referência na Secretaria de Saúde e atuar junto à UBS, ampliando o olhar de estar ocupando

um espaço de gestão e como Assistente Social durante o processo de formação no PRMIS - UFSM.

Aferindo-se sobre observações e ações como profissional Assistente Social frente às violências subjugadas cotidianamente, é necessário e urgente expandir o olhar e o campo de atuação, pensar para além do espaço de atuação profissional, repensar os instrumentais e investigar, antecipadamente, quais práticas já foram utilizadas no território a utilizado como campo de pesquisa. Revisitar a historicidade acadêmica desse local torna possível pensar metodologias ainda não aplicadas ou que não sejam comumente utilizadas no referido local. Trabalhar na prevenção e real promoção de saúde, no sentido mais amplo da palavra, esse é o intuito. Sempre com respeito e ética, promulgando espaços de potência de vida e cuidado em saúde.

### Considerações finais

Considerando o conceito ampliado de saúde, as redações das leis 8080/1990 (BRASIL, 1990) que trata da promoção, proteção e recuperação da saúde; considerando a Lei 8142/1990 (BRASIL, 1990), que trata da participação da comunidade na gestão do SUS; considerando a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental; considerando o Decreto 7508/1990 (BRASIL, 1990), que regulamenta a Lei 8080/1990 e prevê a organização do SUS; considerando a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003a), que trata da humanização no cuidado e atendimento profissional aos usuários do SUS e demais políticas públicas; considerando os direitos previstos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e as instruções do Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013) e o entendimento de território como fonte de cuidado e para além do conceito que define esse termo como mero espaço geográfico; e considerando todas as questões culturais, de vida, de convívio em sociedade, de hábitos e pertencimento; e considerando a ética profissional do (a) Assistente Social, o respeito como sentimento basilar de todas as relações e a imersão de vivência durante o PRMIS - UFSM, conclui-se ao final deste estudo, a pertinente necessidade de não contribuir para a revitimização das mulheres, nesse e em outros espaços.

Em síntese, neste artigo, deixa-se suspensa a tarefa de quantificar a pesquisa,

em respeito à singularidade de cada história conhecida, valorizando o relato das mulheres sobre suas vivências, destacando o estudo com abordagem qualitativa mais indicado para o propósito da análise.

Ao ressaltar a resistência das mulheres e todas as informações contidas em seus relatos, durante os encontros realizados, a subjetividade das sujeitas e a objetividade das necessidades concretas delas, é factual a importância não só da manutenção do ponto de apoio do serviço, acolhimento e grupos de trabalho, também a ampliação desses, com suporte do PRMIS/UFSM, na área da saúde mental, nos territórios.

Em tempo, conclui-se como potência para fortalecimento dos projetos de vida das mulheres, a expansão do cuidado e a importância do PRMIS/UFSM na manutenção e continuidade dos dispositivos de apoio, aqui especificamente em saúde mental e no território de vivência dos sujeitos e sujeitas. Na efetividade do conceito ampliado de saúde, junto às equipes de saúde do município, tecendo novas formas de cuidado, efetivando o cuidado ampliado, o trabalho multiprofissional e o "pé no barro", ou seja, diretamente na comunidade, para além da clínica, é possível e mostrou-se necessário e eficiente um ponto gerido por profissionais-estudantes implicados verdadeiramente no cuidado longitudinal.

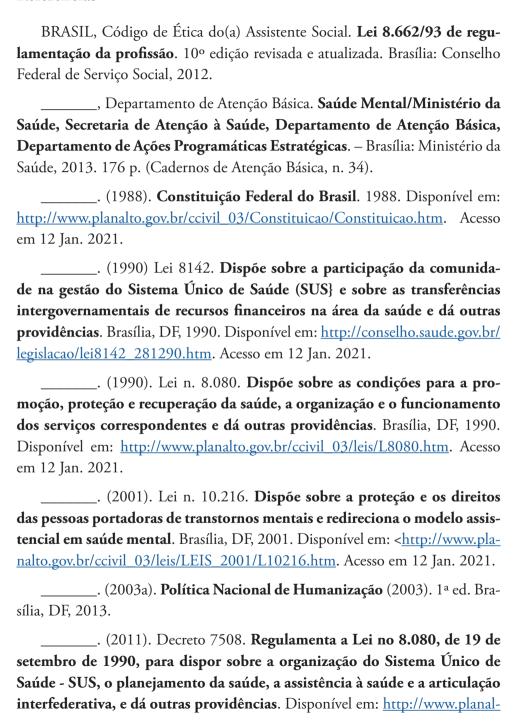
Espera-se com este artigo contribuir para a reflexão e a problematização das possibilidades e dos desafios do processo de construção dos espaços para além da RAPS, pelo SUS, ou pelo sistema privado. Dessa forma, valorizando o território de vida e agindo na totalidade da realidade das mulheres e outros sujeitos, que têm uma força de resistir e reexistir a cada crise, a cada ciclo, a cada novo ponto de apoio.

Que o ser mulher na sociedade represente efetivo sinônimo da igualdade de direitos sociais, por meio do acesso às políticas públicas e garantia de atendimento pleno das suas necessidades.!

Que a dignidade das mulheres, submetidas à diversas formas de violência de gênero, mascaradas nas práticas de "cuidado" e veladas pela sociedade como padrão de ser, não seja mais violada e negligenciada!

Que as mulheres sejam as protagonistas de suas próprias histórias!

### Referências



to.gov.br/ccivil 03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 12 Jan. 2021.

CISNE, M. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. 2ª edição. Ed. Outras Expressões. São Paulo – 2015.

FRAGA, C. K. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010. Disponível em: <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica nacional-humanizacao">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica nacional-humanizacao</a> pnh folheto.pdf>. Acesso em: 12 Jan. de 2021.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. **Pesquisa Social**. 23<sup>a</sup> Edição. Ed. Vozes. Petrópolis, 2004.

ROSA, L.C.S. **Provimento do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência**. In: Abordagens Psicossociais. Volume III. Perspectivas para o Serviço Social. (Orgs.) Vasconcelos, E.M. Ed. Hucitec. São Paulo, 2009.

SOUZA, V. B. de. **Gênero, Marxismo e Serviço Social**. In: Temporalis. Brasília, DF, ano 14, n. 27, p. 13-31, jan./jun. 2014.

# Capítulo III

# Serviço Social na Saúde: uma revisão bibliográfica sobre o processo de trabalho do Assistente Social com mulheres mastectomizadas

FONSECA, Laura Regina da Silva Câmara Maurício da<sup>1</sup> TEIXEIRA, Liliam Varaschini<sup>2</sup>

### Resumo

O assistente social pode atuar em diversas áreas, inclusive na área da saúde. Nesse sentido, é relevante conhecer qual a importância deste profissional na vida dos assistidos enfermos. Dessa maneira, este estudo será focado na trajetória da mulher com câncer de mama sob o olhar do assistente social. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar a trajetória da mulher com câncer de mama e como ela lida com as mudanças que ocorrem em sua vida no decorrer do tratamento, levando em consideração o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e o papel do assistente social voltado para esta área. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica com base em livros, artigos científicos e sites da área da saúde. Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para uma melhor reflexão sobre a atuação do profissional assistente social diante do processo de saúde-doença, facilitando o exercício deste profissional na área da saúde.

**Palavras-chave**: Serviço Social. Processo de trabalho. Assistente social. Saúde da mulher. Câncer de mama.

¹ Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PP-GSS-PUCRS, professora na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. laurafonseca.22@gmail.com

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria − UFSM. liliamvt@gmail.com

## Introdução

O assistente social pode atuar em diversas áreas, inclusive na área da saúde. Nesse sentido, é relevante conhecer qual a importância deste profissional na vida dos usuários. Dessa maneira, este estudo será focado na trajetória da mulher com câncer de mama sob o olhar do assistente social.

O objetivo deste estudo é investigar a trajetória da mulher com câncer de mama e como ela lida com as mudanças que ocorrem em sua vida no decorrer do tratamento. Sendo assim, é levada em consideração o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e o papel do assistente social voltado para esta área. O que despertou a vontade de estudar sobre esta temática e como o assistente social está atuando nesses espaços.

Para tanto, na metodologia de estudo, optou-se por uma revisão bibliográfica com base em livros, artigos científicos e sites da área da saúde conforme listados ao longo do trabalho. Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para um melhor conhecimento e reflexão sobre a atuação do profissional assistente social diante do processo de saúde-doença, facilitando o exercício deste profissional na área da saúde e melhorando o atendimento dos usuários da saúde, da oncologia e em especial, às mulheres mastectomizadas.

#### A saúde no Brasil

## A trajetória da saúde a partir da constituição federal de 1988

A saúde é um valor coletivo pois trata-se de um bem de todos, de um direito que cada cidadão possui estando garantida pelo Estado. Por isso representa mais do que a ausência de doenças, mas um bem-estar social, onde as estruturas físicas e mentais precisam estar em constante equilíbrio de acordo com os padrões de vida e hábitos da população.

Segundo o texto do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2009, p. 16), a 8ª Conferência Nacional de Saúde é um marco na história da saúde pois as transformações foram reconhecidas, ao aumentar os sujeitos envolvidos e esclarecer em seu relatório as diretrizes para a reestruturação do sistema. Através da 8ª Conferência de Saúde iniciou-se o processo de criação do Sistema Único de Saúde, em 1986, onde a Reforma Sanitária se sobressai como um conjunto de políticas articuladas.

A Reforma Sanitária pode ser definida como uma reforma social voltada aos respectivos aspectos: A democratização da saúde envolve a consciência sanitária, a saúde como direito universal e a participação social nas políticas e gestão; a democratização do Estado com garantia da descentralização do processo e controle social, com incentivos à ética e transparência nos governos, e a democratização da sociedade, na organização, produção e distribuição de riqueza e do saber e na aceitação de políticas públicas e exercício da saúde (PAIM, 2008).

A saúde começa a sofrer grandes transformações, através das Conferências Nacionais de Saúde e da Constituição Federal de 1988, documento que define os deveres do governo e dos cidadãos brasileiros, em que reconhece a saúde "como direito de todos e dever do Estado". Em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde e os Conselhos de Saúde que asseguram a participação da população por meio das Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

A Lei 8.080 regulamenta as ações e serviços de saúde: "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências". A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 de acordo com a sua regulamentação determina a participação da comunidade na gestão do SUS: "Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências".

O SUS é uma realização da luta pelos direitos à saúde de toda a população, a qual possibilita a atenção nas ações e serviços para os brasileiros de forma regionalizada e hierarquizada. Entende-se como uma política pública de saúde instituída pela Constituição Federal onde são apresentadas ações e serviços públicos constituindo uma rede e um sistema único.

Esse sistema é regido pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade: Garantia à saúde para todo e qualquer cidadão. Acesso a todos os serviços públicos. Equidade: Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Integralidade: O cidadão como um ser biopsicossocial é um ser integral e deve ser atendido por um sistema também integral (BRA-SIL,1990).

Os princípios e diretrizes do SUS, embora sejam assegurados em lei, enfrentam obstáculos, principalmente na questão de seu financiamento e do acesso aos

serviços que se apresentam sem investimentos financeiros e sucateados. Assim, o Sistema Único de Saúde é resultante de um extenso processo de construção política e institucional que teve origem com a Reforma Sanitária e tem como objetivo a transformação da qualidade de vida dos brasileiros com a atenção à saúde.

Conforme coloca Elias (2006, p. 14):

Saber se uma ação se enquadra ou não no SUS requer o exame de sua abrangência em termos da sua universalidade, ou seja, se ela contempla a universalidade, então contempla o SUS, se ela atende a igualdade, pertence ao SUS. Não importa quem está prestando essa ação, se é uma instituição governamental ou privada.

Dessa forma, o desafio da atual conjuntura está em amenizar as desigualdades sociais existentes em nosso país garantindo à população um sistema de saúde universal e igualitário que contemple toda a população e não somente a camada mais pobre e para isso, a participação social deve estar inserida em defesa do SUS, posicionando-se em oposição ao projeto voltado ao mercado, em que a privatização é imposta e a saúde tratada como mercadoria.

# O atendimento de alta complexidade no sistema único de saúde

A saúde pública no Brasil é dividida em três níveis: primário, secundário e terciário. E é no nível terciário que acontece o atendimento hospitalar de grande porte onde compreende a alta complexidade. Na alta complexidade funcionam tecnologias e profissionais capacitados a realizar um atendimento que nos outros níveis não foram possíveis, seja pela raridade da patologia ou pela complexidade desta.

O atendimento do Sistema Único de Saúde abrange todos os níveis de complexidade, ou seja, vai da atenção básica que é a porta de entrada aos usuários do sistema até a alta complexidade, a qual será analisada neste capítulo. A atenção básica compreende o primeiro nível de atenção à saúde, utiliza tecnologia simples e de baixo custo e tem como exemplo as unidades básicas de saúde (UBS) onde a atuação de uma equipe multiprofissional é visível.

A média complexidade constitui um nível em que atende uma demanda por profissionais especializados, com formação superior ou média e com uma tecnologia para diagnóstico e tratamento. As ações de média complexidade configuram-se em exames de ultrassom, raios-X, terapias especializadas, patologias clínicas, procedimentos ambulatoriais, entre outros.

Já a alta complexidade, conforme Brasil (2007, p. 18) entende-se por um "conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados..." Os procedimentos de alta complexidade possuem um custo financeiro muito elevado como é o caso da quimioterapia e da radioterapia, tratamentos utilizados na assistência ao paciente oncológico. Felizmente, apesar do alto custo, esses procedimentos para o tratamento do câncer são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2439 de 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica apresenta como características a determinação da extensão da neoplasia e a realização do tratamento adequado visando a qualidade da assistência. Esse nível engloba ações ambulatoriais como a quimioterapia, a radioterapia e ações a nível hospitalar como cirurgias, intercorrências clínicas e tratamentos que necessitam de internação hospitalar aos pacientes que precisam de um cuidado mais extenso.

Conforme Brasil (2013, p. 129), a Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 é responsável por instituir a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de atenção à saúde. Conforme a Portaria: "Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)".

A oncologia é uma área que, por um lado, apresenta desafios permanentemente aos gestores e profissionais da saúde, pois eles têm uma parcela de responsabilidade no cuidado assistencial de fundamental importância para a prevenção e controle do câncer, e, por outro lado, incentiva o crescimento econômico das industrias de medicamentos, insumos e da tecnologia favorecendo o desenvolvimento da área. Uma referência para a área oncológica é o Instituto Nacional do Câncer – INCA, o qual é um órgão vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde. Esse órgão é responsável por estabelecer e organizar as ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil.

Os hospitais universitários distribuídos nos estados brasileiros fazem parte da rede de alta complexidade, atuam pela garantia de direitos dos cidadãos

pois o atendimento bem como a assistência prestada aos usuários é garantido pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Um exemplo de hospital universitário que possui atendimento de 100% SUS e possui serviços de alta complexidade é o Hospital Universitário de Santa Maria, localizado na Universidade Federal de Santa Maria.

## A mulher com câncer de mama

#### A mulher mastectomizada

Nesse contexto, em que o sujeito é atendido pelo Sistema Único de Saúde está a mulher com câncer de mama, a qual carrega consigo muitos aspectos que emergem pela situação de doença, ou seja, além dos variados aspectos que envolvem a sua situação de saúde (como as condições do meio ambiente, lazer, moradia e renda), também outros fatores que são acentuados pela discriminação nas relações trabalhistas e pela sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico. Além desses, existem outros fatores significativos que devem ser destacados como raça, etnia e situação de pobreza que refletem na saúde da mulher brasileira.

Segundo Oliveira e Cury (2016, p. 238): "O câncer é considerado uma patologia crônica degenerativa que pode se manifestar como um conjunto de doenças de diferentes tipos e graus de letalidade". Conforme o conceito de câncer estabelecido pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA, "é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo".

As alterações de hábitos juntamente com o estresse causado pelo estilo de vida das mulheres, que trabalham com remuneração menor que os homens, apresentam uma jornada de trabalho em casa sem remuneração, às vezes dupla jornada de trabalho, são responsáveis pelo cuidado com os filhos, etc. São aspectos que contribuem para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, entre elas, o câncer de mama.

O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS<sup>3</sup> desde o ano de 2017 passa a dar visibilidade à campanha Outubro Rosa e volta sua atenção para as

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> http://www.cfess.org.br

mulheres assistentes sociais que assim como podem desenvolver o câncer de mama também atuam como profissionais de saúde prestando atendimento às mulheres acometidas pela doença.

Nesse sentido, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA (2011), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no Brasil depois do câncer de pele não melanoma, abrangendo 28% dos casos novos. Acomete as mulheres em sua maioria, apesar de acometer os homens também, em apenas 1% do total de casos. É mais facilmente encontrado em mulheres acima de 35 anos, aumentando a incidência da doença após os 50 anos, ou seja, na fase de envelhecimento.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do período entre o ano de 1995 e 1999 mostra que o câncer de mama é o que prevaleceu com um total de 15,55% dos óbitos, seguido de câncer de traqueia, brônquios e pulmões (7,91%), estômago (7,38%) e cólon e reto (7,22%) (BRASIL, 2004). Os anos se passaram, a medicina ganhou avanços significativos juntamente com a tecnologia, porém o câncer de mama atualmente ainda é o prevalente entre as mulheres.

Estudos sobre o câncer de mama mostram que é possível reduzir os riscos deste a partir de hábitos de vida saudáveis como, por exemplo, combate ao tabagismo, ao álcool, alimentação saudável e equilibrada, prática de atividades físicas, combate à obesidade. O tratamento realizado com efeito para o câncer de mama pode gerar uma sobrevida de 10 anos em comparação com outros órgãos. Esse fato tem causado preocupação com a qualidade de vida das mulheres seja pela identificação de suas necessidades psicológicas e sociais seja pelos modos de encarar a doença.

Sabe-se que quanto mais cedo a doença for diagnosticada e tratada adequadamente, mais chances se obterá de a pessoa ser curada e consequentemente melhor será o seu prognóstico. Diante dos tipos de tratamentos utilizados para o câncer — quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia - está a mastectomia, como um método especialmente utilizado para o tratamento do câncer de mama.

A mastectomia consiste na retirada de parte do tecido mamário – mastectomia parcial ou da retirada de toda a mama – mastectomia total. O câncer é uma doença que afeta a pessoa acometida em todos os aspectos de sua vida, não somente o corpo físico. Dessa forma entende-se que além do aspecto físico,

os aspectos sociais e psicológicos são inundados de diferentes crenças e emoções diante da doença. Essa doença tem sido muito relevante devido ao elevado número de casos e de ainda hoje ser estigmatizada pela sociedade de cultura ocidental.

Quando este método é associado da quimioterapia, a paciente terá outras perdas secundárias como perda de cabelo, de unhas, bloqueio da menstruação, limitações quanto á alimentação, diminuição da imunidade, etc. Essas alterações implicam na feminilidade da mulher e a tornam ainda mais fragilizada diante de sua condição de saúde-doença. Conforme Scorsolini-Comin et al. (2009, p. 46 apud Arantes & Mamede, 2003), muitos aspectos do universo feminino são colocados em risco "seu amor próprio, o desejo, a vaidade e os cuidados com o corpo quando abordam a perda da mama ou de parte dela, a queda do cabelo e as alterações da libido, entre outros temas".

Segundo a OMS<sup>4</sup>, os casos de câncer irão aumentar 70% até 2038. Felizmente no Brasil, existem políticas públicas de saúde que garantem o acesso e o tratamento da população acometida pelo câncer pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Conforme o ABC do Câncer instituído pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2012) existem fatores de risco modificáveis que foram identificados como: "uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica."

Além disso, existem outros fatores como o uso de hormônios, fatores reprodutivos e a diminuição da resposta imunológica. Tais exposições aos fatores de risco são cumulativas com o passar do tempo e dessa forma, o risco de se obter o câncer aumenta conforme a idade. A situação socioeconômica como um fator de risco modificável interfere intrinsecamente pois a partir dessa condição a mulher acometida apresenta dificuldades até para realizar suas consultas e exames de rotina como prevenção da doença.

Segundo o exposto no site do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA de 2018, foi na década de 1990 nos Estados Unidos que se originou o movimento chamado de "Outubro Rosa". Esse movimento

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Disponível em: <a href="https://nacoesunidas.org/casos-de-cancer-devem-aumentar-70-ate-2038-cal-cula-oms/">https://nacoesunidas.org/casos-de-cancer-devem-aumentar-70-ate-2038-cal-cula-oms/</a>

internacional estimulou a participação da população no combate ao câncer de mama. Todos os anos, o mês de outubro é responsável pela divulgação de campanhas de combate ao câncer de mama com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer, conscientizando as pessoas e tornando maior o acesso destas aos serviços de diagnóstico e tratamento da doença, dessa forma contribuindo para reduzir a mortalidade das mulheres.

No ano de 2013, através da Portaria n° 874 de 16 de maio, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS onde expõe no seu artigo 2° que: Art. 2° que:

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

## Os caminhos para a adequação da mulher mastectomizada

Segundo Ambrósio e Santos (2015, p. 856): "A notícia do câncer é vivenciada como uma experiência altamente dolorosa e impactante, e a mastectomia adquire fundamentalmente o significado de perda e mutilação física". Um aspecto importante que causa um estigma pela doença é o fato de não ter ainda nenhum método que possa prevenir o seu aparecimento e que seja eficaz. Então é essencialmente importante que as mulheres possuam a informação necessária para detectar o surgimento do câncer em fase inicial através do autocuidado das mamas verificando possíveis alterações. Só assim a possibilidade de cura será maior.

Moura et al. (2010, p. 478) ressalta que:

É extremamente importante o autoexame, pois o sinal mais comum do câncer da mama é o aparecimento de um nódulo ou caroço palpável na mama ou na axila, sobretudo quando não desaparece durante o ciclo menstrual e não muda de local quando apalpado, acompanhado ou não de dor.

Nesse sentido, é importante que a mulher tanto na fase reprodutiva como não reprodutiva procure realizar o autocuidado e os demais exames de diagnóstico por imagem para que possa ser detectada precocemente a doença e assim tratada adequadamente. Outras formas de prevenção são através da mamografia, um raio X das mamas e das regiões axilares perto das mamas e da ultrassonografia que consiste em outro método capaz de analisar o órgão. Esses exames são considerados de média complexidade para o SUS, e requer uma burocracia para autorizá-los e a população poder acessar.

A atuação do assistente social se faz necessário para que possa mediar o acesso das pacientes para realizar os exames contatando os órgãos e secretarias de saúde para garantir o acesso da população. Conforme expressa Moura et al. (2010, p. 478): "A consequência mais grave é a realidade do diagnóstico e a mastectomia, pois abrange o aspecto íntimo, feminino e emocional da mulher, aliados ao desconhecimento da doença, o que soa como uma sentença de morte".

Esse fato acontece, porque a mulher desde a sua infância é vista ainda culturalmente pela sua estética e quando descobre que pode ficar sem uma de suas mamas, esta tende a se torturar psicologicamente, porque pensa em como as pessoas irão reagir ao perceberem a sua aparência. Esse fato fica ainda mais intenso com relação ao seu parceiro pois ele pode abandonar a relação em alguns casos ao invés de apoiar sua companheira.

De acordo com Farias (2007, p.81): "A mastectomia desconstrói a imagem feminina de maneira abrupta. No entanto, sua estética e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida". É nesse período de desconstrução que se inicia um novo processo de construção para a mulher, a partir de uma nova imagem e sua aceitação.

Para Ambrósio e Santos (2015, p. 857), as mulheres acometidas pelo câncer de mama "quando se dão conta de que perderam um símbolo crucial de sua feminilidade e sexualidade, sentem tristeza e dor, iniciando um penoso trabalho de luto pela perda". Diante da situação presenciada pela mulher e do desconforto emocional surgem também mudanças de planos e projetos de vida desenvolvendo algumas vezes o isolamento social e a privação.

Dessa forma, Moura et al. (2010, p. 480) explica:

Desta forma, o câncer de mama carrega os tabus de uma doença chamada "maldita", possível causadora de desfiguração de partes do corpo e até do próprio atrativo sexual, e traz sofrimentos por seu tratamento ser prolongado. É visto também como potencialmente estressor que provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto de seus familiares.

Entende-se que a autoestima é um dos maiores problemas pelo qual a mulher encontra após a mastectomia pois ela perde o domínio sobre si por causa da impotência diante da mutilação no corpo além do temor de não ser aceita fisicamente pelas pessoas. A diminuição da autoestima ocasiona dificuldades no estilo de vida da mulher, tornando mais difícil o tratamento e a recuperação da doença. Os sentimentos apresentados pela mulher com baixa autoestima são variados como o medo, a ansiedade, a angústia até a sobrecarga emocional, os quais são expressos desde o diagnóstico da doença.

O suporte social é de fundamental importância para a mulher acometida por câncer de mama, e o efeito desse suporte é ainda maior quando esta passa pela mastectomia. Desta forma, quanto maior o suporte social a portadora de câncer tiver melhor irá passar por situações de estresse ou evitá-las com autoconfiança e coragem. Conforme Ambrósio e Santos (2015, p. 852) a redução ou ausência de apoio social pode atingir o corpo "tornando o indivíduo mais suscetível ao estresse, sendo que, em momentos de extrema exigência adaptativa, o apoio social pode contribuir para manter a saúde psicoemocional dos indivíduos".

É necessário que se estabeleça medidas de prevenção e diagnóstico da doença através da atuação em rede pelos profissionais da saúde para que transmitam aos pacientes as informações necessárias quanto ao autocuidado e que estes possam se conscientizar da importância de fazer os exames periodicamente. Pois, se caso for detectada a doença precocemente, ela terá menos chances de ter que enfrentar uma mastectomia e suas possíveis consequências subjetivas.

A mulher submetida a cirurgia de mama pode sentir-se menos atraente, não gostar de sua aparência em geral, não se sentir inteira e muitas vezes ficar insatisfeita com a cicatriz por isso ela deve buscar sobretudo, o desafio da aceitação de uma nova imagem de mulher, com seu novo modo de dar sentido à vida, de ressignificar o mundo com seus desejos, sua sexualidade e suas formas de administrar a vida.

É o que coloca Chevalier-Martinelli e Chantal (2006) p. 129: a perda total

ou parcial do órgão, às vezes, traz consequências emocionais, sexuais e psicológicas, uma vez que a mulher pode sentir sua feminilidade ou capacidade de sedução reduzidas". Deve-se incentivar a criação de espaços em que pacientes oncológicos possam falar a respeito daquilo que vivenciam na vida diária, suas experiências cotidianas, temores e angústias frente às mudanças e necessidades de ajustamento. Busca-se que a sociedade as aceite como elas são, com suas sequelas físicas e emocionais decorrentes da doença, com a "nova imagem" que adquirem do "ser mulher".

A participação e a cooperação da equipe multiprofissional apresentam-se como um grande suporte para as mulheres portadoras de câncer que passaram pelo tratamento cirúrgico. É através das palavras, gestos e sorrisos que a equipe exerce a sua participação fundamental para fornecer subsídios necessários para a integridade humana. Portanto, a assistência prestada à paciente portadora de câncer de mama submetida à mastectomia deve favorecer o aumento da qualidade de vida desta ao auxiliar em aspectos psicossociais bem como na readaptação do estilo de vida da mulher.

É relevante que os profissionais da saúde estejam conscientes do sofrimento enfrentado pela mulher. Tal sofrimento pode durar mais tempo que o esperado, podendo durar até anos após o diagnóstico e o tratamento da doença. Assim explica Ambrósio e Santos (2015, p. 859): "a equipe de saúde deve atentar não só às características e necessidades físicas das pacientes, mas também às características e demandas psicológicas e sociais, a fim de prover serviços de forma adequada e eficaz, principalmente após a cirurgia".

Estabelecido como um dos direitos oncológicos que a paciente com câncer de mama possui está a cirurgia de reconstrução mamária sendo realizada tanto pelo Sistema Único de Saúde como pelos planos de saúde privados. Quando a paciente apresentar boas condições clínicas, essa cirurgia reparadora deve ocorrer juntamente com a mastectomia. A reconstrução mamária visa reparar a forma e aparência da mama após a mastectomia e é uma alternativa para que a mulher possa ter uma autoestima mais elevada e diminuir os sentimentos negativos em decorrência da doença.

Assim, esse procedimento possibilita à mulher em processo de mastectomia a esperança com a introdução de "conceitos de qualidade de vida, de integridade, com preservação da autoimagem e, consequentemente, um processo de reabilitação menos traumático, trazendo benefícios físicos, psicológicos e sociais" (PAREDES et. al. 2013, p.103).

## Serviço Social na saúde

## O processo de trabalho do assistente social na oncologia

O assistente social visto em uma equipe multidisciplinar é aquele que identifica as demandas dos pacientes e as condições nas quais estão inseridos na realidade, num ponto de vista total e a partir de então pode apreender aspectos de âmbito social a partir do seu saber profissional numa perspectiva teórica e prática junto à equipe. A atuação desse profissional visa a viabilização do acesso dos usuários aos seus direitos sociais. Dessa forma, o profissional precisa ser capacitado a perceber essa realidade social dos sujeitos e ter a sensibilidade para tratar das expressões da questão social com seriedade e postura ética.

Conforme Mello e Fernandes (2010, p. 1379 apud Barros e Suguihiro, 2003):

O profissional que não for capaz de captar essa realidade como uma realidade que expressa a dimensão totalizante da vida social dos sujeitos e permanecer insensível ao seu sofrimento, está fadado a trabalhar com os fatos caóticos da realidade, sem qualquer possibilidade de intervir na reconstrução de vidas destruídas.

Martinelli (2011) afirma em relação ao processo de trabalho que no atendimento aos usuários existem pessoas fragilizadas que necessitam de um tratamento mais humano, traduzido num olhar, numa palavra, numa escuta qualificada, num acolhimento para que possam se tornar mais fortes diante da própria humanidade. Nesse sentido, o assistente social é imprescindível, pois, trabalhando com o cuidado ético e uma prática humanizada utiliza-se além de conhecimentos, sentimentos e valores, sempre no sentido de buscar uma qualidade no atendimento das ações profissionais.

O papel do assistente social na área oncológica acontece por meio da investigação e identificação do perfil biopsicossocial do paciente, busca conhecer a organização social e familiar com vistas a identificar demandas para intervenção. A partir daí realiza orientações sobre o tratamento da doença e a promoção de ações educativas que tem por objetivo provocar a reflexão de pacientes e familiares para assim, estes participarem do processo de saúde-doença com vistas a um prognóstico favorável.

Entende-se que o profissional de Serviço Social deve ter um olhar diferenciado aos usuários em questão — pacientes oncológicos e seus familiares sendo que essa fase da vida é dolorosa para todos eles e assim explica Soares (et. al. 2013, p. 10) que deve "ser compreendida considerando-se a história de vida de cada paciente e seus familiares, bem como os contextos social, econômico e cultural em que vivem [...]".

É de suma importância o conhecimento da realidade a qual está inserida o paciente. Conhecer como se dá a relação deste com a sua família, como se organizam, quais os seus limites, qual o papel do paciente oncológico na família, as condições de moradia, condições de trabalho bem como a renda da família. Esses aspectos são avaliados e analisados pelo assistente social para que este possa intervir de maneira adequada.

Assim, para que o profissional e o paciente atinjam seus objetivos se faz necessário que eles conheçam ambas as partes. Para o profissional e paciente conforme expõe Cabral (1995, p. 20): "é através da comunicação, do diálogo, da troca de informação, que se pode instaurar uma relação verdadeira, adquirindo-se conhecimento, confiança, respeito mútuo, evitando-se distorção no que se deseja comunicar".

O Serviço Social auxilia a paciente mastectomizada e sua família dando suporte a eles, orientando-os quanto às ações e serviços disponíveis e fazendo a mediação com profissionais da equipe multiprofissional e com a família buscando uma estabilidade emocional e proporcionando a diminuição do sofrimento diante da mutilação. Neste sentido, o assistente social realiza atribuições como encaminhamento para tratamento psicológico do paciente e do familiar e orientação quanto aos direitos garantidos legalmente à sua condição.

Dessa forma, o profissional age como um facilitador da comunicação entre paciente e família, entre o meio social e equipe multiprofissional de saúde visando uma melhor interação e união das partes envolvidas auxiliando desde o diagnóstico da paciente até a sua cura ou sua terminalidade. Nesse sentido, o acolhimento ao paciente e sua família torna-se indispensável, pois, mesmo ocorrendo a morte do paciente, a família deve ter amparo diante do sofrimento e do luto. Por isso, a equipe multiprofissional deve se fazer presente em todos os momentos, buscando auxiliar o paciente e sua família em suas dificuldades.

Assim, o profissional assistente social na atuação em cuidados paliativos se designa a viabilizar os direitos dos usuários, sendo que conhecendo a realidade

destes contribui para uma melhor resposta ao tratamento. A relação com a família é fundamental para que no processo de saúde-doença seja enfrentado da melhor forma possível, visto que é esse profissional que presta o suporte necessário para o acesso dos usuários aos serviços.

Os serviços de saúde devem promover espaços de educação em saúde, onde as pacientes e os profissionais de saúde possam compartilhar vivências, conhecimentos em saúde possibilitando uma melhoria na qualidade de vida. O Serviço Social torna-se essencial nesse processo pois busca diminuir ou amenizar os efeitos danosos da mulher mastectomizada através da compreensão dos aspectos que envolvem a sua situação de saúde.

Em se tratando de cuidados paliativos oncológicos, Medeiros (2015, p. 407) diz que o assistente social "precisa de uma visão holística da situação de cada usuário, procurando criar mecanismos e estratégias para atender as suas necessidades", pois necessita conhecer o paciente e a família bem como conhecer a história de vida deles para que junto com a equipe de saúde seja discutido e avaliado o tratamento e o prognóstico do paciente.

A articulação com a rede de serviços de outros setores também é uma demanda que emerge para o assistente social como a assistência social, a previdência social, a educação, etc. O assistente social atua no sentido de organizar e planejar a viabilização desses outros setores para o acesso do paciente e sua família aos serviços necessários.

# Considerações finais

O profissional assistente social deve possuir as competências e habilidades necessárias para a atuação junto ao paciente oncológico e atuar em união com a equipe multiprofissional para melhor atender e assistir o paciente em nível individual ou familiar. O assistente social atua como viabilizador dos direitos sociais para pacientes oncológicos. Por meio dessa revisão bibliográfica verificou-se a importância deste profissional no campo da saúde, em especial, na área oncológica pois dentre suas atribuições está a de viabilizar meios necessários para que o paciente tenha acesso a tais direitos.

O suporte social e familiar tem uma relevante importância e considerável impacto para pacientes com câncer de mama. Esse suporte deve ser incentivado pela equipe de saúde a qual assiste e acompanha essas pacientes. Há de se con-

siderar que a implantação de grupos de apoio são espaços que visam a melhoria da qualidade de vida das pacientes e nesse sentido é importante a estimulação dos profissionais de saúde para a construção desses espaços.

O profissional assistente social é imprescindível na área hospitalar, na condução do paciente oncológico, principalmente no acompanhamento da mulher com câncer de mama e/ou mastectomizada, já que estas pacientes possuem uma sensibilização muito grande, tanto emocionalmente, como fisicamente. Nesse sentido, cabe evidenciar a importância das políticas públicas em defesa de uma saúde pública de qualidade e em defesa do SUS. Para tanto, os profissionais devem estar alicerçados com os fundamentos do Projeto ético político que se volta para o compromisso com a população usuária da atenção oncológica.

Também é válido frisar que para a elaboração dessa monografia encontrouse dificuldades para encontrar referências bibliográficas sobre o Serviço Social tratando da área oncológica assim como foram limitadas as fontes sobre o Serviço Social no âmbito hospitalar. Por fim, reitera-se que este estudo realizado foi de grande valia para que os profissionais de saúde e demais interessados no assunto possam conhecer a realidade da área pesquisada bem como conhecer e refletir sobre os usuários, em especial às mulheres com câncer de mama mastectomizadas e que esse conhecimento e reflexão possibilite um atendimento com mais qualidade para esse público-alvo.

## Referências

AMBRÓSIO, Daniela Cristina Mucinhato; SANTOS, Manoel Antônio dos; Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):851-864, 2015.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - **ABC do SUS**- doutrinas e princípios. Brasília/DF, 1990

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013**. Disponível em: <<u>bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/</u>MatrizesConsolidacao/.../13157.html>.

CABRAL, Rosilda Isabel. **A contribuição do serviço social no atendimento ao paciente oncológico**. Trabalho conclusão de curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, julho de 1995.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo De Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, novembro de 2009.

CHEVALIER-MARTINELLI, C; CHANTAL. Convivendo com o câncer. Larousse do Brasil. São Paulo, 2006.

ELIAS, P. E; NUNES, L. A; AMARAL, J. L. G; MELLO, R.; RAMALHO, J. H. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Associação Paulista de Medicina. Volume 1. Editora Atheneu. São Paulo, 2006.

FARIAS, Tamara Simone Dias de; O cotidiano do assistente social frente as demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama em tratamento no hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN. Rio Grande do Norte – Natal, 2007.

INCA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2011.

INCA. Estimativa 2018. **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Serv. Soc. Soc. São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MEDEIROS, Thaize de Sousa; SILVA, Olinda Rodrigues da; SARDINHA, Ana Lídia Brito; **Acolhimento e Acesso aos Direitos Sociais:** assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 403 - 415, ago. /dez. 2015.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de, FERNANDES, Idília. O Trabalho

**do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre**: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe. V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2010.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa de Pires; SILVA, Michelly Gomes da; OLIVEIRA, Suziane Carvalho de; MOURA, Lara de Jesus Sousa Pires de; **Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas**. Esc Anna Nery (impr.); 14 (3): 477-484. Julho – Setembro de 2010.

OLIVEIRA, A. E. G. & CURY, V. E. **Cuidar em oncologia**: uma experiência para além do sofrimento. Memorandum, 31, 237-258 Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2016. Disponível em: <a href="https://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a31/oliveiracury01">www.fafich.ufmg.br/memorandum/a31/oliveiracury01</a>>.

SCORSOLINI - COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos, SOUZA, Laura Vilela e; **Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas**: negociações e desafios do câncer de mama. Estudos de Psicologia. 14(1), 41-50 Janeiro-Abril/2009.

SOARES, Arlete Cardoso; DONIZETE, Denise Alencar; PRUDÊNCIO, Elisângela Dias. **Determinadas técnicas do serviço social aplicada aos pacientes oncológicos**. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais.CRESS. Bahia, junho de 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira- Contribuição para a compreensão e crítica**. Editora Fiocruz: Salvador, Rio de Janeiro, 2008.

PAREDES, Carolina Garzon; PESSOA, Salustiano Gomes de Pinho; PEIXOTO, Diego Tomaz Teles; AMORIM, Dayanne Nogueira de; ARAÚJO, Jéssica Silveira; BARRETO, Paulo Roberto Araújo. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. Rev Bras Cir Plást. 28(1):100-4. 2013.

# Capítulo IV

# Atenção Especial com o Cuidador

AZEVEDO, Rozeane de Medeiros<sup>1</sup> FONSECA, Laura Regina da Silva Câmara Maurício da<sup>2</sup>

#### Resumo

Este artigo apresenta a pesquisa realizada para analisar a assistência ao cuidador de idosos, considerando a carência de atenção especial a este profissional. O problema é como desenvolver trabalho, troca de saberes, informações e que dê apoio e assistência ao cuidador de idosos. A hipótese do estudo é pautada nas condições emocionais e laborais dos cuidadores de idosos, como manifestações da necessidade da atenção especial ao cuidador. O objetivo geral é estudar, analisar e reconhecer a autocompreensão de cuidadores em relação ao seu trabalho e como ela auxiliaria nos processos formativos. A metodologia abordada é a de Lüdke, sendo aplicada à pesquisa qualitativa, e tendo por técnica de pesquisa adotada a entrevista, com a qual é possível ter coleta de dados imediata. Alguns autores que abordam a temática foram citados no referencial teórico, como Baltar, Brandão, Garrido, Gordilho, Neri, Vera Caldas, além de algumas leis. O resultado obtido foi o de que, no período do estudo, profissionais cuidadores de idosos tiveram índices de doenças emocionais crescentes devido ao trabalho realizado sem a devida atenção.

Palavras-chaves: Cuidador de idosos. Atenção. Saúde. Assistência Social.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Rozeane de Medeiros Azevedo, Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Pós-graduanda em Gestão Estratégica na área Social pela Faculdade Educacional da Lapa (FAEL). E-mail: rozemda@gmail.com.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Professora Dra. Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca, Graduada em Serviço em Serviço Social, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ. Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília – UnB. Doutora em Serviço Social, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PPGSS/PUCRS. Atua como docente na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Ciências Sociais e Humanas – CCSH, Departamento de Serviço Social.

http://lattes.cnpq.br/7382820396112114 Orientadora e avaliadora. E-mail: laurafonseca.22@gmail.com.

## 1. Introdução

A grande maioria dos atendimentos da seção de serviço social do Hospital Geral de Santa Maria (HGeSM), localizado em Santa Maria/RS, está relacionada ao cuidado e atendimento aos idosos. Por meio das visitas domiciliares realizadas, nas quais o interesse pelo tema surgiu, foram realizados atendimentos pelos profissionais da seção de serviço social. Nessas visitas, foi possível notar a carência de cuidado com o cuidador de idoso.

Com isso, este artigo tem por finalidade trazer o resultado do trabalho desenvolvido através da atenção e assistência aos cuidadores de idosos. Uma equipe multiprofissional de diversas áreas do hospital, juntamente com os cuidadores, reuniu-se uma vez por semana em uma sala disponível no HGeSM para discutir e trabalhar as dúvidas e anseios e para motivar os cuidadores no seu dia a dia, no período de doze meses.

Essas reuniões tinham os objetivos de compreender em que medida o cuidador está sendo amparado emocionalmente; desenvolver programas formativos humanizadores e auxiliar na melhoria da qualidade de vida do cuidador. Após dois semestres de trabalho voluntário na seção de Serviço Social do HGeSM, acompanhando as visitas domiciliares com o clínico geral e a assistente social, devido ao grande número de pacientes idosos acamados em suas residências, foi posto em prática a teoria experenciada da atenção voltada aos cuidadores. Para agregar e enriquecer os encontros, somou-se a este trabalho uma equipe multiprofissional, com profissionais do hospital de diversas, áreas como: clínicos gerais, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros. Estes profissionais forneceram assistência e auxílio, com palestras, esclarecimentos, tendo como principal intuito o de cuidar do cuidador e assim auxiliar na sua melhor qualidade de vida.

Visando promover a inclusão do cuidador em atividades em que este receba atenção e a equipe tenha o retorno de seu trabalho, uma vez por mês todos os cuidadores e também familiares participavam de uma roda de conversa no Hospital, onde puderam relatar à equipe suas opiniões e serem entrevistados.

O presente trabalho dispôs o propósito de estudar, analisar e reconhecer a autocompreensão de cuidadores em relação ao seu trabalho e como ela auxiliaria nos processos formativos.

Diante desse contexto, a pesquisa utilizada foi a qualitativa, em que o pes-

quisador possuiu total contato com o sujeito pesquisado, acompanhando seu cotidiano, suas experiências, anseios, possuindo contato com sua opinião de vida e do todo. A técnica de pesquisa adotada foi a entrevista, com coleta de dados imediata, havendo informações de natureza pessoal e íntima devido à proximidade do pesquisador e do pesquisado.

#### 2. Desenvolvimento

A partir da preocupação voltada ao cuidador, que dedica grande parte da sua vida a auxiliar na recuperação da saúde de outra pessoa, fornecendo cuidados, atenção, escuta sensível, paciência e desenvolvendo seu trabalho com dedicação na vida de um idoso é que se obteve o tema deste projeto. De acordo com Gordilho et al. (2000, p. 25)

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem.

Após dois semestres de trabalho voluntário na seção de Serviço Social do HGeSM, acompanhando as visitas domiciliares com o clínico geral e a assistente social, devido ao grande número de pacientes idosos acamados em suas residências, foi posto em prática a teoria experienciada da atenção voltada para os cuidadores

Agregando a este projeto, temos uma equipe multiprofissional, com profissionais do hospital de diversas áreas, como: medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, entre outros. Estes profissionais fornecem assistência e auxílio, com palestras, esclarecimentos e cuidados com o cuidador para que este tenha melhor qualidade de vida, somando à ideia da equipe multiprofissional, citamos uma publicação do Inspirar (2019)<sup>3</sup>:

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Disponível em: <a href="https://www.inspirar.com.br/qual-a-importancia-de-montar-uma-equipe-multidisciplinar-na-saude/">https://www.inspirar.com.br/qual-a-importancia-de-montar-uma-equipe-multidisciplinar-na-saude/</a>. Publicado em: 15/08/19. Acesso em 07 de fev. 2020.

Formada por profissionais de diferentes áreas, a equipe multidisciplinar na saúde trabalha em busca de um único objetivo. Para alcançá-lo, essas pessoas se inter-relacionam e promovem um tratamento diferenciado, enxergando o paciente como um todo e proporcionando um atendimento humanizado. Assim, o quadro clínico é visto de uma forma mais ampla, possibilitando que o cuidado seja verdadeiramente resolutivo. Basicamente, a equipe é composta de fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos e outros especialistas que o estabelecimento médico julgar necessário. Dessa forma, todos eles decidem, em conjunto, o principal objetivo destinado ao paciente que está sendo tratado (que pode ser comer ou andar sozinho, por exemplo).

Grande parte dos idosos que recebem cuidados de um cuidador são portadores de doenças crônico-degenerativas, como: Alzheimer, Parkinson, obesidade mórbida, aneurisma vascular cerebral (AVC), casos traumáticos, entre outros, recebem atendimento domiciliar, e o profissional cuidador é fundamental neste processo. Infelizmente este profissional é pouco reconhecimento, desassistido, cuja experiência é a prática, pois não tem profissionalização, cursos ou conhecimentos teóricos obrigatórios, conforme Giacomin et al. (2005),

Fica a impressão de que estão ambos esquecidos, cuidador e quem precisa de cuidados, vivendo entre quatro paredes e, ao seu modo, vivenciando a dura realidade da incapacidade funcional numa sociedade que não parece acreditar que está envelhecendo, não cria aparelhos para fazer face ao desafio que representa cuidar de idosos que não envelheceram com saúde.

A competência e a atribuição do cuidador são enormes, pois, a partir do seu trabalho, o idoso acamado recebe uma enorme contribuição como:

- Recebimento de atendimento humanizado, em casa e perto da família;
- O bem-estar, carinho e atenção familiar, aliados à adequada assistência em saúde são elementos importantes para a recuperação de doenças;
- Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação, quando atendidos em casa apresentam redução dos riscos de contaminação e infecção.

Conforme mencionado no Caderno de Atenção Domiciliar do SUS, aos pacientes com grandes incapacidades e sequelas de doenças crônicas, entre elas,

as neurodegenerativas, é de suma importância que tenham o cuidado e olhar de um cuidador de confiança.

Um dos eixos centrais da AD é a "desospitalização". Proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital (BRASIL, 2013)

O atendimento domiciliar auxilia mais, onde há fortalecimento de vínculos e de confiança há maiores resultados que o atendimento hospitalar, sendo de fundamental importância para o processo de cuidados compartilhados. A procura por atendimento domiciliar com a intencionalidade de assistência vem ao encontro do Caderno de Atenção Domiciliar do SUS,

A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade, devendo estar conectada aos movimentos de lutas por melhorias na área da saúde. No âmbito de atuação local, a equipe de atenção básica deve identificar parcerias na comunidade (seja com igrejas, associações de bairro, clubes, ONGs, entre outros) que viabilizem e potencializem a assistência prestada no domicílio ao usuário/família (BRASIL, 2013).

O atendimento domiciliar e/ou cuidado em casa, na realidade, trata-se de uma assistência à saúde caracterizada pela prestação de serviço no local da residência da família. É um modelo assistencial extra-hospitalar com um significante papel no sistema de saúde, conforme o Ministério da Saúde<sup>4</sup>:

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Disponível em: <a href="https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-a-tencao-domiciliar/">https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-a-tencao-domiciliar/</a> atencao-domiciliar. Acesso em 07 de fev. 2020.

De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/ Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) - Melhor em Casa. A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. Os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo Melhor em Casa.

Esse atendimento depende totalmente de uma pessoa comprometida e responsável em auxiliar o familiar ou cuidador contratado pela família.

O trabalho desenvolvido em um espaço privativo exige dos profissionais do hospital envolvidos uma laboração em rede, de fundamental importância, onde há trocas de experiência, saberes, informação e diálogo, sendo muito utilizada a organização do processo de trabalho e a divisão de responsabilidades, que demandam outra lógica gerencial, com ênfase na dinâmica de relacionamento da equipe. Uma gestão que envolve profissionais de diferentes áreas necessita de cuidado, incorporação de tecnologia, principalmente para a comunicação e para garantir a integralidade na assistência.

Este trabalho apresenta-se constituído por uma equipe multiprofissional, conforme o Caderno de Atenção Domiciliar do SUS,

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde—doença, é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2013).

Todas as especialidades trabalham de forma integrada, trocando informações e valorizando a aplicação dos conhecimentos, e a coordenação do hospital organiza a grade de atividades do profissional para que este possa desenvolver seu trabalho no hospital e nas atividades do projeto. Por isso, nenhuma disciplina por si só dá conta da relação saúde-doença sendo que, ela envolve concomitantes condições sociais, emocionais, afetivas, históricas e biológicas. Nessa dinamização, tanto o paciente/usuário, quanto o cuidador e o hospital ganham benefícios: o cuidador não se sobrecarrega, pois estará recebendo a atenção e cuidado que merece, já que estará assistido e apto a trabalhar com o paciente/ usuário, como já mencionado, que necessita de cuidados e é atendido no conforto de seu lar e o sistema hospitalar não fica sobrecarregado de internações, assim resultando um bom aproveitamento para todos, conforme Veras et al. (2014, p. 779).

Deve-se desenhar um modelo em que haja várias instâncias de cuidado anteriores ao hospital, que é equivocadamente visto como local privilegiado da cura. Esse é um erro conceitual. A internação de pessoas idosas deve apenas ocorrer no momento agudo da doença crônica, pelo menor tempo possível ou em casos de urgências.

Cuidando do cuidador: a valorização e o respeito a este profissional, que trabalha com humanização na área da saúde do idoso. A saúde é política pública e políticas públicas possuem o objetivo de atender maiores necessidades e focar ações e serviços para tais, a elas se somam atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação e que influenciam a vida dos cidadãos. Compreende responsabilidade do Estado e direito de todos, conforme mencionado na Constituição Federal brasileira de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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 (BRASIL, 1988).

O atendimento domiciliar, onde o cuidador exerce suas atividades está inserido na política de saúde. Observando a história da saúde no Brasil, a questão do direito e do acesso à saúde é um problema enfrentado na sociedade desde a colonização do país. Muito se tem discutido e debatido sobre o assunto, infelizmente não se encontra qualidade nos serviços oferecidos, sendo que o Brasil é um dos poucos países que possui um sistema de saúde conhecido como Sistema Único de Saúde. Essa discussão está longe de acabar até que mudanças ocorram nessa área de total importância para a vida de qualquer ser humano.

Conforme a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, compreende-se que:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado aprovar as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

Desde a colonização até os dias atuais, a garantia do direito de ter acesso à saúde mudou, por lei, o Estado tem o dever de garantir saúde a todos e sem distinção. Ter saúde, além de um direito, é ter qualidade de vida, é fundamental para a sobrevivência, mas ainda há muito para evoluir nesse quesito, conforme Veras et al. (2014, p 786.)

O idoso tem particularidades bem conhecidas – mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de

forma diferente do que é realizado para o adulto, com uma assistência especial. A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida.

Ter saúde é possuir qualidade de vida, para isso, a presença de um cuidador no cotidiano de um idoso que necessita de cuidados é fundamental, conforme a Política Nacional de Saúde do idoso (PNI), Lei nº 8.842/94, o cuidador pode ser definido como pessoa integrante da família ou não e que auxilia no cuidado de idosos que necessitam de acompanhamento para sua alimentação, higiene, atividades e exercícios diários, entre outros. (BRASIL, 1994).

O cuidador é uma pessoa que surge na vida do idoso devido a sua situação de adoecimento. O idoso torna-se depende de outra pessoa na maioria dos casos e, em alguns casos, vive nessa situação por anos, com isso o cuidador é o profissional mais indicado.

Conforme Neri e Carvalho (2002), o cuidador é classificado como: primário, quando o cuidador é o responsável pelas tarefas; secundário, quando o cuidador desenvolve as atividades de modo restrito; formal, quando o cuidador possui remuneração, e informal quando o cuidador não é remunerado.

O índice de taxa de depressão e outras doenças com características psiquiátricas em cuidadores é alta, como problemas de saúde em geral que, comparando a outras pessoas que não sejam cuidadores e que sejam da mesma idade, não possuem. Devido à exigência da profissão, os cuidadores participam menos de atividades sociais, têm mais empecilhos no dia a dia do trabalho e a convivência familiar apresenta mais conflitos. A atividade de cuidar pode reforçar a presença de problemas, dificuldades ou episódios adversos que afetam significativamente a vida das pessoas que são responsáveis pelo paciente (GARRIDO; ALMEIDA, 1999).

O cuidador é a pessoa que,

cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

A atividade desempenhada pelo cuidador é auxiliar e acompanhar o idoso que sozinho não consegue desenvolver atividades rotineiras, por exemplo. Para não haver equivoco, é ressaltado que as atividades de responsabilidade do cuidador não são atribuições de outros profissionais especializados para tal tarefa, como profissionais da área da saúde e que possuem formação acadêmica para isso, mas o cuidador é o profissional que possui grandes responsabilidades como: escuta sensível, atenção, possui solidariedade, auxilia e ampara nos cuidados de: locomoção, alimentação, realiza as trocas de cama e cadeira sempre que solicitado, higiene, atividades físicas, realiza massagem, estimula o idoso a participar de atividades de lazer e ocupacionais, conduz as medicações sempre com orientação e prescrição médica, toda e qualquer mudança e situação este profissional comunica os familiares e a equipe de saúde envolvida e desempenha outras atividades ligadas com a recuperação e qualidade de vida do idoso que está sob sua responsabilidade (BRASIL, 2008).

É necessário salientar que muitos cuidadores não optaram por trabalhar nesse ramo, muitas vezes torna-se uma necessidade, como nos casos em casos que o cuidador é o próprio familiar ou amigo da família.

Em relação à qualidade de vida do cuidador, este projeto possui a intenção de trazer segurança, apoio mútuo, autoajuda, interação com a equipe multiprofissional, passeios, entre outras atividades que pretendem: "aliviar temporariamente a carga do cuidado aos cuidadores e que permite tirar umas férias, visitar a família, receber cuidados médicos, atender necessidades pessoais, realizar uma atividade laboral ou simplesmente descansar" (BALTAR et al., 2006).

Especificadamente este projeto não interfere no contrato do cuidador com o seu contratante, as férias, por exemplo, seguem conforme sua contratação, mas orienta e incentiva o contratante a disponibilizar ao cuidador o período da duração do grupo para que participe e também realize atividades, como passeios, que, conforme o andamento, serão agendados com antecedência.

Para Lüdke e André (1986), a observação nas abordagens de pesquisa ocupa um lugar importante, é utilizada como principal método de investigação, pois o pesquisador tem integral contato com a sua pesquisa. O pesquisador pode re-

correr as suas experiências pessoais e profissionais para interpretar o seu estudo. Outra característica importante é chegar próximo aos ideais da sua pesquisa, e, seguindo a argumentação do antropólogo Brandão, ter a:

Convicção de que nós próprios, pessoas humanas, sujeitos interativos de uma pesquisa, situados de um lado e de outro do gravador na hora de uma entrevista, somos confiáveis. Podemos confiar em nossa pessoalidade na pesquisa. Podemos confiar em nossos saberes e valores, em nosso sentimento e em nosso modo de ser e de sentir e pensar, desde que intencionalmente sinceros e teórico-metodológicos (mas sem muita complicação hermenêutica). E preparados para nos relacionar com o outro "na pesquisa". Para interagir de maneira ao mesmo tempo pessoal e objetiva com pessoas, com famílias e com outros grupos humanos em uma comunidade local de sujeitos sociais, de sentidos, de símbolos, de sentimentos, de significados e de sociabilidades (os "setes esses" da vida cotidiana) (BRANDÃO, 2003, p. 186).

Mediante os esclarecimentos, a pesquisa utilizada será a qualitativa, na qual o pesquisador terá total contato com o sujeito pesquisado, acompanhando seu cotidiano, suas experiências, anseios, possuindo contato com sua opinião de vida e do todo.

Neste sentido, a entrevista torna possível ter coleta de dados imediata, podendo haver informações de natureza pessoal e íntima devido à proximidade do pesquisador e do pesquisado, conforme Lüdke e André (1986, p. 33),

Ao lado da observação, a entrevista representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, dentro da perspectiva de pesquisa que estamos desenvolvendo neste livro. Esta é, aliás, uma das principais técnicas de trabalho em quase todos os tipos de pesquisa utilizados nas ciências sociais. Ela desempenha importante papel não apenas nas atividades científicas como em muitas outras atividades humanas. Estamos habituados e muitas vezes ficamos irritados com o seu uso e abuso pelos meios de comunicação de massa, especialmente pela televisão, que nos atinge de forma tão direta e onde podemos flagrar frequentemente a inabilidade de um entrevistador que antecipa e força a resposta do informante, através da própria pergunta, qua-

se não deixando margem de liberdade de resposta, a não ser a própria confirmação. E que dizer do repórter ansioso, que não hesita em formular as questões mais cruas às vítimas da tragédia recém-acontecida? Pois essa poderosa arma de comunicação, às vezes tão canhestramente empregada, pode ser de enorme utilidade para a pesquisa em educação. É preciso, para tanto, conhecer os seus limites e respeitar as suas exigências.

Com o intuito de promover a inclusão do cuidador em atividades em que este receba atenção e a equipe tenha o retorno de seu trabalho, uma vez por mês todos os familiares e cuidadores serão convidados a participar de uma roda de conversa no Hospital, onde poderão relatar à equipe suas opiniões e serão entrevistados. Em cada encontro, cada especialista terá a liberdade de colocar em prática a sua dinâmica para intervir no grupo, colaborando com palestras, filmes, conselhos, entre outros.

Após adotar essa abordagem, toda a equipe e cuidadores se familiarizarão com o projeto, aprendendo, explorando e modificando o que for necessário conforme cada encontro. Os recursos materiais utilizados serão de material permanente e de consumo necessários e essenciais para o desenvolvimento do serviço, que fazem parte do próprio hospital, como: mesas de escritório, cadeiras, telefone, computador, internet, impressoras, data show, folhas de ofício, cadernos para registros, lápis, canetas, entre outros. O convite para a participação dos cuidadores será fornecido para todos os usuários do serviço social do hospital via correjo.

## 3. Análise e interpretação dos resultados

O trabalho desenvolvido portou a missão de promover a melhoria da qualidade de vida e a satisfação do cuidador que participou das reuniões. O objetivo dos encontros foi promover um atendimento diferenciado, através de uma equipe multiprofissional que fez a diferença na vida de cada pessoa, onde os cuidadores puderam dialogar, expressar seus anseios, enfim, sair da rotina e do envolvimento de suas tarefas relacionados à pessoa idosa, geralmente portadora de doença crônica, não sendo fácil enfrentar sozinho essa realidade e assim também necessitando de cuidados.

Em cada encontro, o especialista convidado possuiu a liberdade de colocar

em prática a sua dinâmica para intervir no grupo, como: palestras, filmes, conselhos, exemplos e até mesmo passeios.

O serviço prestado no projeto reuniu cuidadores que fazem parte das visitas domiciliares realizadas aos idosos que são cuidados por esses cuidadores. A equipe do projeto desenvolveu atendimento e trabalhos baseados nas suas áreas, os encontros aconteceram mensalmente no auditório do HGeSM. Em cada encontro foi disponibilizada uma ata para registrar a presença, também foram computados dados estatísticos mensais.

As demandas mais frequentes dos cuidadores foram computadas a partir dos questionários respondidos pela pesquisa mensal disponibilizada, onde o cuidador podia responder anonimamente perguntas como: idade, sexo, religião, tempo de serviço, se tinha alguma doença, se tinha alguma doença causada após iniciar trabalhar como cuidador de idoso, entre outras questões. Com esta pesquisa, foi possível ter o retorno da parte mais importante deste trabalho, que é identificar se o desenvolvimento e consequentemente o resultado do mesmo está surtindo efeito na vida e no dia a dia do cuidador que também necessita de atenção especial.

O quadro a seguir especifica o cronograma das atividades realizadas:

Revisão Out. Nov. Bibliográfica 2020 2020 2020 2020 2020 2020 2020 2020 2020 2020 2020 2020 Pesquisa do tema X do Projeto Pesquisa Х bibliográfica Elaboração do Χ projeto de trabalho Entrega/Aprovação do Projeto de Х Trabalho Elaboração do X Artigo Científico Coleta de Dados Elaboração do Χ Х X Χ Х questionário X Aplicação do questionário X Tabulação e análise dos dados X Х Discussão Produção do texto final Conclusão X Entrega do texto Χ

Quadro 1 – Cronograma das atividades realizadas.

Fonte: Elaborado pela autora.

A avaliação do trabalho se deu através de observações e anotações, conforme já mencionado, como, por exemplo, em cada encontro foi solicitado que cada cuidador deixasse registrado em um livro próprio do trabalho a sua opinião a respeito das contribuições que esses encontros estão trazendo as suas vidas desde o início ao término. As respostas foram as mais variadas, sobre religião, por exemplo, entre os cuidadores há ateu, católico, ubamdista, e as idades destes variam entre 23 a 55 anos, esta última faixa etária teve o público mais expressivo.

Portanto, o desenvolvimento envolveu todos os fatores que contribuem para a saúde física, social, espiritual e psicológica do paciente e do cuidador, com questionamento, avaliação, planejamento, implementação, acompanhamento e finalização, como já foi visto, por um conjunto de ações diretamente relacionadas com metas bem estabelecidas e por uma equipe multidisciplinar.

## Considerações finais

Foi possível verificar o empenho despendido por toda a equipe e o interesse de cada cuidador em adotar as orientações e os conhecimentos transmitidos no grupo do projeto que resultou neste trabalho. Após adotar essa abordagem, toda a equipe e cuidadores se habituaram ao projeto, aprendendo, explorando e modificando o que consideram necessário, conforme cada encontro. A troca e compartilhamento de saberes foram enriquecedores, a cada encontro o cuidador e o profissional adquiriram vivência e experiência de vida.

A hipótese elencada no início do trabalho traz o resultado de que realmente os cuidadores de idosos necessitavam de algo voltado para eles, necessitam de atenção, cuidados com sua saúde física, mental e espiritual.

O objetivo geral foi alcançado, primeiramente, o cenário foi reconhecido, estudado e analisado para posteriormente o projeto ser colocado em prática. Os cuidadores estavam sempre prontos a responder qualquer questionamento e foram compreendidos em relação a sua vida pessoal e ao seu trabalho e reconheceram que o trabalho em grupo auxiliaria na sua melhora de saúde e nos seus processos formativos.

Os objetivos específicos foram atingidos, a compreensão em relação ao amparo emocional do cuidador foi efetivada, e este trabalho se desenvolveu após esta percepção. Os programas formativos de humanização foram praticados e muito bem desenvolvidos e, por fim, o resultado da pesquisa mostra que o cui-

dador sentiu melhora na qualidade de sua vida, principalmente, mental.

O problema de como programar e desenvolver um grupo que auxilie na melhoria de vida de um cuidador de idosos? Com tempo curto devido às questões do dia a dia e do trabalho desenvolvido, as pessoas não percebem que têm direito em reservar um momento de suas vidas para si, para se cuidar. Com isso, no início questionou-se a viabilidade deste trabalho ser colocado em prática, devido ao cuidador não dispor de tempo para cuidar de si. A questão foi solucionada e a intenção de reservar um tempo para si foi conquistada. Os cuidadores foram ouvidos, tiraram suas dúvidas, relataram casos particulares, sonhos, anseios, medos, vitórias, conquistas e conclui-se que foi um trabalho de grande vivência e enriquecimento para todos os envolvidos.

## Referências

BALTAR, A. L. et al. **Estudo e intervencion sobre el malestar psicologico de los cuidadores con demencia**. El papel del pensamiento disfuncionales. Madrid: IMSERSO 2006.

BRANDÃO, C. R. A pergunta a várias mãos: a experiência da pesquisa no trabalho do educador. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm</a>. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/L8080.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/L8080.htm</a>. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994. Disponível em: <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/Leis/L8842.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/Leis/L8842.htm</a>. Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Melhor em casa, a segurança do hospital no conforto do seu lar. Volume I. Brasília: Ministério da

Saúde, 2013. Disponível em: <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cader-no-atencao-domiciliar melhor casa.pdf">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cader-no-atencao-domiciliar melhor casa.pdf</a>. Acesso em 30 jun. 2018.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. **Distúrbios do comportamento em pacientes com demência**: Impacto sobre a vida do cuidador. Arquivos Neuropsiquiatria, v. 57, n. (2-B), p. 427-434, 1999.

GIACOMIN KC, Uchoa E, Lima-Costa MF. **Projeto Bambuí**: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saúde Pública 101 [Internet] 2005 set./out [Acesso em 2016 fev15];21(5):1509-1518. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf</a>.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro, RJ: UnATI/UERJ, 2000.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. **O bem-estar do Cuidador**: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. Rev. Saúde Pública, 2014.

# Capítulo V

# O Encarceramento de Mulheres e a Responsabilização do Estado Frente à Violação do Direito à Saúde nas Penitenciárias Femininas

Schutz, Laura dos Santos<sup>1</sup> Fonseca, Laura Regina da Silva Câmara Maurício da<sup>2</sup>

#### Resumo

O presente ensaio aborda o tema do encarceramento das mulheres no Brasil, mais especificamente, acerca do direito à saúde que é garantido a essas mulheres. Há conceitos relacionados ao sistema carcerário, saúde e assistência social, analisando a sua construção como um ambiente fechado dentro da sociedade capitalista como parte de um projeto de Estado punitivo. Nesse sentido, o estudo tem o objetivo de contribuir na discussão sobre os direitos das mulheres encarceradas pelo Estado com o viés do serviço social. A pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental foram as fontes para o desenvolvimento metodológico do estudo, constituindo o material para elaboração deste texto. Com efeito, a análise requer aprofundar o tema e problema com pesquisas de fôlego superior, traz a apreensão inicial e parcial da realidade vivida pelas mulheres privadas de liberdade no nosso país.

Palavras-chave: Mulheres. Encarceramento. Saúde. Direitos. Estado.

¹ Discente do curso de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Violência e Serviço Social (NEPEVIS) e voluntária no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gênero, Políticas Sociais e Movimentos Sociais - Hegemônicas. E-mail: laura-schutz@outlook.com

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Docente do curso de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gênero, Políticas Sociais e Movimentos Sociais - Hegemônicas. E-mail: laurafonseca.22@gmail.com

## Introdução

"Quando falamos sobre prisões, estamos quebrando paradigmas sociais que precisam desse silêncio para manter funcionando as engrenagens de manutenção de desigualdades. Este é o primeiro movimento a ser feito: romper o silêncio" (BORGES, 2020)

O ensaio aborda uma questão a ser problematizada a partir da perspectiva do serviço social como um todo, visto que é uma expressão da questão social que está inserida no cotidiano mundial, mas que é pouco comentada. Por isso, este foi desenvolvido sobre a situação atual brasileira perante ao sistema carcerário analisado a partir da realidade do Brasil, onde as construções sociais das penitenciárias são designadas a partir da higienização dos ambientes visíveis pela burguesia e, também, como meio de isolar populações marginalizadas pelo Estado.

Portanto, tem como objetivo demonstrar as nuances do sistema carcerário, a relação de gênero dentro das prisões e suas conexões com os direitos à saúde e assistência social, bem como mostrar os motivos pelos quais esses direitos não estão sendo garantidos a essas mulheres. Para tal, utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica e documental no intuito de demonstrar essa realidade no ambiente prisional, também, permitindo identificar a lógica desumana que acontece há anos sob os olhos do Estado e com o seu aval.

Primeiramente, trata da construção social das prisões no Brasil, com aporte teórico a partir de pesquisas bibliográficas com o intuito de trazer historicidade. Menciona sobre as construções das prisões estar diretamente ligada a higienização dos espaços públicos e também para aprisionamento de populações já marginalizadas pelo Estado. O capitalismo, sendo um dos aliados diretos ao aprisionamento, também é um dos culpados, nunca esteve distante dessa culpabilização, portanto, tem o encarceramento como um dos fatores principais, junto com as suas estruturas racistas e patriarcais, no encarceramento em massa de populações negras periféricas.

Posteriormente, discorre sobre o cárcere e a mulheres no sistema penitenciário e como essa lógica é mantida há tantos anos. Parte da constatação sobre a realidade do encarceramento estar aumentando no país e os direitos não estarem acompanhando os índices de inserção/reinserção nesse complexo populacional.

O diálogo sobre o aprisionamento e o caminho que os presídios femininos estão tomando é de um nível de preocupação imensa, já que as análises feitas a partir do encarceramento da população masculina já são compostos por números exorbitantes e não há nenhuma melhora, apenas aumenta ainda mais o número de presos.

Por último, problematiza sobre o direito violado à saúde para mulheres aprisionadas. Menciona-se sobre o direito à saúde mental e física, pois estão diretamente ligadas. O direito à visita íntima, que constantemente é violado pelo Estado, pensando então em um imaginário extremamente machista e controlador. Também há a menção sobre a higiene íntima, um direito à saúde básico que não é garantido a essas mulheres. O que se tem a imaginar, na lógica do Estado, é que as mulheres, a partir do momento em que entram nesse espaço, passam a ser homens. O Estado não consegue de jeito algum imaginar que essas mulheres possuem necessidades biológicas diferentes que os homens que estão nesse mesmo local. Ou seja, compreender a desumanização do indivíduo.

Em suma, propõe uma reflexão sobre a questão do encarceramento feminino, bem como o acesso à saúde no ambiente prisional. Dialogar sobre gênero nas prisões é urgente, já que a população carcerária feminina a cada dia está a aumentar. Se ela aumenta, os direitos deveriam ser garantidos a todas essas mulheres. Ainda, apresenta um sintético aporte histórico e conceitual, para compreender o ambiente e contexto social em que as prisões estão inseridas, tais como as populações que estão nesse local, questões de gênero e questões étnico-raciais.

# A perspectiva do encarceramento no brasil

O sistema carcerário possui suas mazelas significativas paralelamente com as desigualdades sociais, raciais, sexuais e de gênero. De acordo com o Institute for Criminal Policy Research (ICPR), o Brasil é o terceiro país no *ranking* de maior população carcerária a nível mundial, apenas atrás dos Estados Unidos e China, consecutivamente.

Na perspectiva do encarceramento feminino, a situação acaba por se deteriorar um pouco mais, visto que, além de não possuírem direito a itens básicos de higiene, as mulheres não possuem direito à saúde nas prisões. Pensar alternativas para o sistema penitenciário brasileiro com ênfase nas mulheres privadas

de liberdade, já que estas não possuem voz fora desse sistema por serem mulheres marginalizadas, e, consequentemente, dentro não possuem também.

Em sua gênese, a construção das prisões teve como objetivo a higienização de espaços frequentados pela burguesia, dessa forma, tudo o que era indesejado, mal visto, não deveria ficar exposto para que essa burguesia pudesse circular pelos centros urbanos com tranquilidade e segurança. Acerca do assunto sobre encarceramento em massa e higienização de ambientes, Borges irá discorrer sobre isso:

Cada vez mais atos indesejados são tipificados como crime e, portanto, a tentativa de resolução de conflitos acarreta mecanismos penais em vez da busca por mediações e alternativas. Essa hierarquização e distanciamento favorecem modelos de justiça verticalizados, com padronizações, regramentos gerais e limitações ao que pode ser considerado relevante em um processo, gerando situações próprias ao punitivismo (BORGES, 2020. p. 33)

Com isso, muitas pessoas que sempre foram marginalizadas, durante e após o período escravocrata no Brasil, se mantiveram marginalizadas, sendo nas periferias, nas prisões, com acesso mínimo à educação, alimentação e direitos básicos que deveriam ser garantidos a toda população. É dessa forma que se devem ser pensadas as alternativas cabíveis, e os meios para que se construa um sistema carcerário com o objetivo de ser diferente do que está sendo colocado em prática na atualidade, ou até mesmo, pensar em sua abolição.

A importância de analisar como o indivíduo aprisionado é tratado é urgente. Se essa população possui os mesmos direitos que as pessoas que não passaram pelo sistema penitenciário, não deveria existir uma distinção tão gritante entre o tratamento dessas populações. Se há a lógica de pagamento pelos crimes em um espaço insalubre, deveria estar garantido em lei essas situações para que não haja uma farsa.

Garantir o direito dessa população, é garantir os direitos já presumidos na Constituição Federal (BRASIL, 1998), a qual menciona no art. 5°, inciso XLIX "é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral". Nesse sentido, pensar como essas pessoas podem e devem possuir seus direitos garantidos no sistema penitenciário e, para além disso, mediar os conflitos existentes neste espaço.

Davis (2019, p. 69) menciona que "O capitalismo – especialmente em sua forma global contemporânea – continua a gerar problemas que nem ele nem suas prisões são capazes de solucionar", já que é quase impossível pensar as prisões para além do que ela já é: um local de "rejeitos", considerando assim os indivíduos que habitam lá. No imaginário mais puro, as prisões seriam soluções cabíveis, já que elas possuem o objetivo de ressocializar o indivíduo, porém, não é dessa forma que acontece. A partir do momento em que essas pessoas passam a cometer algum crime, elas não são consideradas mais cidadãs do território nacional, já que infringiram a lei. Porém, nas prisões elas possuem direitos em teoria, mas estudos demonstram que essa teoria não está sendo colocada em prática.

É neste cenário que as assistentes sociais atuam na garantia de direitos. Se esses direitos não estão sendo garantidos pelo Estado, nada mais coerente do que acionar as e os profissionais da assistência social para fazer com que esses direitos sejam assegurados para todas as pessoas privadas de liberdade e que estão passando por situações como essa. É importante destacar essa necessidade das assistentes sociais, pois é afirmar a profissão que faz essa denúncia, bem como desempenha o serviço de acompanhamento dos casos dos familiares e das pessoas privadas de liberdade, bem como, fomenta o serviço prestado. Por isso, é garantido que haja a profissional do serviço social no local.

### Mulheres e o cárcere

As taxas de encarceramento de mulheres estão cada vez mais elevadas³ e isso desperta um nível de preocupação. Atualmente, a preocupação também se dá com a garantia de direitos, pois esse número elevado de aprisionamento não faz com que os direitos sejam proporcionalmente equilibrados com o número de mulheres presas. Isso é um grande problema, visto que a necessidade de acesso aos direitos é urgente. Ambiente insalubre para se viver, condições sanitárias precárias, falta de alimentação digna, direito a visitas não sendo colocados em prática e apenas sendo praticados quando há o comportamento adequado da(o)

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> De acordo com o DEPAN, a quantidade de mulheres que foram encarceradas em 10 anos (entre 2000 e 2010) aumentou em 261%, e a quantidade de homens teve aumento de 106%; ou seja, quase o triplo de mulheres em relação aos homens. (PESTANA et. al, 2019)

presa(o) não são condições humanas e desejáveis para que se haja uma ressocialização que o Estado tanto prega que há.

Um dos pontos importantes a ser ressaltado, são quais os crimes mais cometidos pela população carcerária feminina, que segundo Borges (2020, p. 16) "Entre a população feminina, 50,9% estão presas por crimes relacionados a drogas, 26,5% por crimes contra patrimônio e 13,4% por crimes contra a pessoa". O índice de encarceramento relacionado a drogas não é novidade, sendo um dos principais motivos para encarceramento de homens também. O mercado das drogas tornou-se algo muito vislumbrado, na medida em que se tornou a única alternativa para pessoas marginalizadas, é com isso que mulheres também se tornam alvos desse mercado, que almeja a entrada delas no ramo.

Com a justificativa do patriarcalismo, as mulheres não poderiam estar praticando crimes única e exclusivamente por serem mulheres. Esse é um dos fatores ligados a essa questão do sistema carcerário e o gênero. Para alguns, isso seria uma dicotomia, já que mulheres também possuem suas singularidades, mas mesmo assim não deixam de atuar como uma cidadã que necessita de direitos básicos garantidos dentro de sua casa. Se a alimentação, direito à moradia e outros fatores estão sendo deixados de lado pelo Estado, obviamente, em primeira mão, essas mulheres que necessitam de alimentação, bem como, prover o cuidado para seus filhos, ela irá abdicar de sua liberdade para promover a sobrevivência destes. Isso não é surpresa para ninguém, já que as mulheres são abandonadas por seus companheiros e precisam, necessariamente, cuidar do lar e de suas crianças, senão elas serão abandonadas. Nesta lógica, é matar ou morrer.

Analisar essa situação como justificativa para um meio mais fácil, não é uma das alternativas de se pensar, analisar e compreender essa população. O capitalismo, na sua pior forma, compreende exatamente o que está sendo colocado em jogo, quais vidas estão sendo ceifadas por ele, mas ainda sim se mantém íntegro. Se essa população só possui essa alternativa, é papel do assistente social compreender os motivos pelos quais ela chegou na prisão, os motivos, como ficou a sua família, se necessitam de assistência, se possui filhos ou não e diversos outros fatores emergentes que se atravessam e que o Estado não dá conta de sanar, menos ainda, o capitalismo.

É preciso compreender que essas vidas estão sendo colocadas em jogo por serem marginalizadas, por não possuírem o básico. Assim, necessitam recorrer à alternativa mais viável, e, talvez, a única: o crime. Além disso, é preciso compre-

ender que, com fome, sem teto, sem abrigo, o desespero grita mais alto. Dessa forma, o ecoar do desespero dessas famílias ressoa por todos os lados, sem ser escutado fora ou dentro das penitenciárias, por conta dos estigmas expostos anteriormente. Então considerar isso, é compreender que antes da reclusão os direitos básicos do sujeito já não eram garantidos, podendo ser este um fator marcador da relação com a criminalidade. Dessa forma, cabe a reflexão se: a "solução" (lê-se prisão), não garantindo condições básicas de vida, irá solucionar o problema. Dentro desta lógica, Davis (2019) afirma que:

As estratégias de abolição das prisões refletem uma compreensão das relações entre instituições que normalmente consideramos díspares e desconexas. Elas refletem um entendimento do grau em que o uso excessivo do aprisionamento é consequência das oportunidades desgastadas de educação, que são ainda mais precárias na educação pública. A pobreza persiste no coração do capitalismo global leva a populações carcerárias maiores, que, por sua vez, reforçam as condições que reproduzem pobreza. (DAVIS, 2019. p. 69).

Caminhar em direção ao aprisionamento de pessoas, é caminhar para o fracasso. A cada dia mais pessoas são aprisionadas. O encarceramento em massa ainda está acontecendo, mesmo em época de calamidade pública ocasionada por uma pandemia. Nas prisões isso não é diferente, pois muitos presos estão com suas vidas colocadas em xeque mais uma vez.

A ausência do Estado nesse ambiente<sup>4</sup>, só reforça um lugar que nunca teve importância, apenas serviu como descarte de populações indesejadas. E mais, observar a história do encarceramento masculino é enxergar, no pior sentido, como as prisões femininas ficarão daqui uns anos. Por isso, é importante pensar alternativas reais para que esse cenário não se repita.

## O direito violado à saúde para mulheres privadas de liberdade

Se a saúde da população masculina privada de liberdade é pouco comenta-

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> A questão é que o Estado, na legalidade da lei, está presente, mas não na forma correta e aplicando as políticas públicas necessárias para a ressocialização dessa população. Dessa forma, mesmo na insuficiência das ações das políticas públicas de reinserção, o Estado se mantém ativo vigiando e punindo essas pessoas.

da, quando se discute especificamente sobre as mulheres privadas de liberdade, a situação é ainda mais complicada. Essa é uma parte das populações já marginalizadas que menos possui os seus direitos garantidos, além de que é a que está cada vez aumentando mais o número no quesito da privação de liberdade em tão pouco tempo.

Mulheres possuem suas especificidades biológicas, o que as faz diferentes do sexo masculino, portanto, necessitam de uma atenção a mais no que envolve questões de higiene, o que na maior parte das vezes, é negado na medida em que essas mulheres não possuem direito a higiene, a água, absorventes, portanato, o mínimo para que percorra o período menstrual com tranquilidade e segurança. Há vários relatos de mulheres que precisam utilizar miolo de pão para fazer o estancamento do seu sangue menstrual por conta da falta de absorvente para fazer a coleta do sangue (PESTANA, C. et al, 2017). Fato este que se é bastante levantado pelos movimentos populares de desencarceramento, já que além de estarem em um ambiente totalmente precário para se manter uma sobrevivência digna para qualquer ser humano, ainda não podem ter acesso aos seus direitos básicos. Infelizmente, o que se tem concluído, é que a população carcerária, não parece digna aos olhos do Estado, para acessar os seus direitos. Passando a impressão de que a ressocialização no Brasil, é uma medida que nunca existiu e não irá existir, sendo o sistema carcerário apenas um dispositivo de punição e higienização dos centros urbanos.

Pensar em saúde mental no sistema penitenciário é utópico, já que a população carcerária se mantém em um espaço minúsculo, não possui momentos de lazer, de fato, e as visitas estão cada vez mais escassas.

O sistema carcerário está inserido em uma lógica capitalista que tem base estrutural no patriarcado também, então não poderia se desvincular dessas estruturas em um sistema coercitivo e mantenedor de tudo isso. As mulheres possuem índices baixos de visitas íntimas<sup>5</sup> e isso tem como consequência por conta de um imaginário social em que as mulheres não precisam e não necessitam de carinho, amor, sexo, prazer, assim como homens necessitam disso. Se mulheres existem e sempre existiram para servir aos homens, consequentemente, elas

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> [...] existe desigualdade no tratamento entre os presos do sexo masculino e do sexo feminino. Tendo em vista que, nos presídios masculinos, a visita íntima ocorre normalmente, enquanto nos presídios femininos, encontram-se obstáculos para a execução do direito, que é violado. (SANTOS, V; ANDRADE, T. A. de F.; BELO W. R., 2020)

serviriam aos homens nas prisões e viriam a abdicar de seus desejos pessoais e sexuais nesse espaço também, já que não possuem muitas opções.

Ao pensar por este prisma, a situação das mulheres no sistema carcerário sempre foi pensada e dialogada a partir da lógica masculina. Há um imaginário de senso comum de que as mulheres cometem os crimes a partir dos seus companheiros homens. Isso é uma falácia, já que o abandono dessas mulheres é expressivo. Dessa forma, a mulher, além de não possuir uma autonomia fora do sistema patriarcal, consequentemente, não possuiria no sistema carcerário. Em nenhum espaço habitacional, seja livre ou privado, essas mulheres possuem liberdade. Dessa forma, é importante pensar na saúde mental dessas mulheres. Pensar como essas mulheres pensam, o motivo pelos quais elas chegam até o cárcere, o que fez elas se privarem da liberdade ideologicamente pensada a partir do Estado. É visualizar e entender os motivos do encarceramento dessas mulheres.

A saúde mental dessas mulheres está prejudicada, deveria-se pensar em alternativas para que essa realidade pudesse ser transformada, e, assim, a vida, a saúde e outros fatores relacionados a esse período mudariam, bem como o modo de operação do sistema penitenciário também sofreria mudanças. É dessa maneira que se constrói a ressocialização do indivíduo, garantindo os direitos básicos e mínimos para a sobrevivência nesse espaço.

Pouco tempo se é destinado para um momento de lazer, o qual é muito vinculado ao ideal de manutenção da saúde física, pois esse momento que é importante, ainda mais para quem dorme em um espaço impróprio, sem ventilação, com pouca locomoção, fator que influencia diretamente para um possível sedentarismo. Um problema relacionado à saúde das presas é algo a se preocupar, visto que isso pode desencadear outros problemas, até os que já foram mencionados acima, como a saúde mental dilacerada, podendo gerar surtos de suicídio nas prisões por esses motivos e diversos outros.

A pressão que o Estado exerce por meio dos agentes penitenciários influencia muito na saúde mental, física e comportamental desses indivíduos. Se o Estado está vigiando e punindo, essas pessoas não tem como pensar, agir, viver com "tranquilidade" nesse ambiente coercitivo. Em qualquer metro quadrado essa população está sendo coagida. Esse método de coerção sempre foi utilizado nas penitenciárias, pois é dessa forma que a cumprição da pena é pensada, na base do punitivismo e do medo. Esse punitivismo que transita em diversas

microagressões sofridas nesse ambiente, seja pela precarização do ambiente, alimentação, lazer etc.

Na Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984) fica explicitado o papel da assistência social a pessoas privadas de liberdade, mas em momento algum deixa explicitado sobre os direitos reais as mulheres que estão nesse mesmo sistema, mas que possuem demandas diferentes que a dos homens presos, como podemos analisar nos capítulos da lei. Então, é nítido esse aparelhamento do Estado em não prover mecanismos que façam com que mulheres tenham esses direitos fundamentais garantidos, pois se o Estado não provê, é porque ele não vê diferença nesses dois gêneros nesse espaço. Isso é um problema imenso, já que se há espaços pensados para o recolhimento dessas pessoas em ambientes separados, mas não há a separação das necessidades individuais desses gêneros.

As únicas implicações na questão do gênero feminino que se expressam nas prisões, são no quesito gravidez, mas que ainda assim possui defasagens. As presas possuem direito de passar o período de até seis meses com o seu filho já nascido, como menciona no capítulo I das Disposições Gerais, no art. 83 diz "\$ 20 Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade". O período de amamentação dessas crianças pode ultrapassar essa idade, mas muitas vezes, o Estado não permite que essas mulheres tenham esse direito de amamentar sua(s) criança(s). Isso é um grande problema, já que a base alimentar do recém-nascido é um processo importante e natural para que se tenha uma infância e alimentação saudáveis.

## Considerações finais

Falar sobre o sistema carcerário é falar diretamente sobre a sobrevivência de pessoas em um local insalubre, que não proporciona um ambiente digno de se viver. Em suma, grande parte dessa população não consegue ter a ressocialização e cumprir a sua pena de forma digna. Em consequência, o Estado encarcera ainda mais pessoas com a justificativa de punição, cumprimento de pena e higienização de centros urbanos, de forma implícita. E de que forma essas pessoas conseguem a ressocialização se estão cumprindo seus atos criminais a partir da penalização e castigo em um espaço que não as fornece o mínimo de direitos para se viver? É preciso repensar o sistema carcerário brasileiro, pois um sistema

em que só visa o encarceramento e não a ressocialização para o que serve?

Para que serve o sistema carcerário se não apenas a higienização de centros urbanos, encarceramento em massa de pessoas pretas e pardas, pessoas que não são consideradas indivíduos perante o Estado?<sup>6</sup>

Nesse sentido, é importante estudar e falar sobre o tema no serviço social, já que estão sendo discutidos diretamente os direitos que deveriam ser garantidos para uma população que é marginalizada, bem como, excluída de qualquer debate, ação e/ou reflexão. Atualmente o tema está se engrenando para ser uma potência e ganhar destaque na sociedade, graças aos movimentos populares das famílias de pessoas presas. Que por meio de familiares desesperados para que haja a garantia desses direitos, articulam lutas em defesa de seus parentes aprisionados.

Prestar assistência social a essas famílias, a população privada de liberdade é dever das profissionais assistentes sociais, já que é assegurado por lei que estes possuem direito à assistência social, como pode-se conferir na Lei de Execução Penal, nº 7.210/1984.

O direito à assistência social está previsto em lei, portanto, esses direitos não podem deixar de ser garantidos a essa população que já é marginalizada de diversas formas, sendo dentro ou fora das mazelas prisionais. Quando os direitos dessas pessoas não estão sendo garantidos, alguma coisa está sendo perdida no meio desse percurso. A população carcerária já é pouquíssimo escutada em espaços convencionais, pouco discutida e pouco representada, a não ser por seus familiares, os quais possuem vínculos sanguíneos. Se não houvesse esse grito de socorro, possivelmente, outros direitos não estariam sendo garantidos a essa população também. Sendo assim, as assistentes sociais, sendo um dos agentes transformadores da sociedade, devem se colocar à disposição para, de fato, desempenhar a transformação dessa realidade social tão pouco escutada e assistida, bem como fazer a garantia de todos os direitos para essa população.

E quando se discute sobre mulheres presas, é consequentemente pior. Se a

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> As prisões são as máscaras contemporâneas não apenas porque pouco ou nada falamos sobre elas, mas principalmente porque não questionamos seu papel na sociedade. [...] As prisões são as máscaras contemporâneas porque o sistema continua marginalizando, excluindo, silenciando e mantendo cativos uma maioria de pessoas que, em verdade, tem suas vidas marcadas por negação de direitos. Estamos fazendo das prisões uma política pública. Esse é o problema. (BORGES, 2020, p. 17).

população carcerária masculina é maior e pouco escutada, quando falamos de mulheres presas em um sistema capitalista e patriarcal, tem-se outras barreiras a serem enfrentadas ao longo do caminho. Mulheres não foram criadas para estarem no crime organizado, eram para estar em casa, cuidando do lar e seus filhos, de acordo com esse sistema. Pensar dessa forma, diminuir as possibilidades e colocar a mulher sempre como um ser ingênuo, puro e sensível, também é um problema. Mulheres negras, maioria nas penitenciárias, são mulheres que sempre foram lidas como mulheres fortes, que aguentam e que não precisam de cuidado. O sistema carcerário foi pensado para essas mulheres também. Um sistema que não provê o mínimo, não garante os direitos dessas mulheres e que pouco liga se possuem familiares, filhos que dependem delas, que precisam trilhar um caminho longo após a "ressocialização" e que, possivelmente, não terão ambiente de trabalho não subalternizado, como sempre tiveram.

Em suma, pensar no sistema carcerário e direito à saúde para essas mulheres presas é pensar na falta. É pensar que o Estado sempre deixará de prover para que essas mulheres tenham o direito à ressocialização nesse espaço que já é precarizado, insalubre e que não tem condições mínimas para prover saúde. A lógica do capitalismo, com bases históricas asseguradas pelo racismo e pelo patriarcalismo, não permite que essas mulheres tenham uma vida após esse período sofrido no ambiente prisional. Os ideais de ressocialização são importantes para a problematização do sistema carcerário que pune, vigia e não ressocializa no seu atual modelo. Problematizar o sistema carcerário é extremamente urgente, visto que uma grande parcela da população negra e periférica está sendo afetada todos os dias por esse sistema que anula todas as possibilidades de sobrevivência digna na sociedade brasileira. É ressocializar, de fato, ou abolir um sistema já falido.

#### Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984**. Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BORGES, J. **Prisões: espelhos de nós**. 1 ed. São Paulo: Todavia, 2020. 63 p.

DAVIS, A. A **Democracia da Abolição: para além do império das prisões e da tortura**. 3 ed. Rio de Janeiro: Difel, 2019. 128 p.

INSTITUTE FOR CRIMINAL POLICY RESEARCH. **World Prison Brief Data**: highest to lowest - prison population total. Disponível em: <a href="https://www.prisonstudies.org/">https://www.prisonstudies.org/</a>>. Acesso em: 28 de jun. 2021.

PESTANA, C. et. al. A realidade das mulheres no Sistema Penitenciário Brasileiro: o tratamento do sexo feminino por trás das grades. Disponível em: <a href="https://carolpestana.jusbrasil.com.br/artigos/520995218/a-realidade-das-mulheres-no-sistema-penitenciario-brasileiro">https://carolpestana.jusbrasil.com.br/artigos/520995218/a-realidade-das-mulheres-no-sistema-penitenciario-brasileiro</a>. Acesso em: 28 de mar. 2021.

SANTOS, V; ANDRADE, T. A. de F.; BELO W. R. **Visitas Íntimas em Presídios Femininos**. Disponível em: <a href="https://santosvictorias268.jusbrasil.com.br/artigos/781111902/visitas-intimas-em-presidios-femininos">https://santosvictorias268.jusbrasil.com.br/artigos/781111902/visitas-intimas-em-presidios-femininos</a>>. Acesso em: 14 de mai. 2021.

# Capítulo VI

# A Invisibilidade das Mulheres Lésbicas nas Políticas Públicas na Área da Saúde

ARANDA, Gabriela dos Santos<sup>1</sup> FONSECA, Laura Regina da Silva Câmara Mauricio da<sup>2</sup>

#### Resumo

Este ensaio tem por objetivo estudar na origem do movimento feminista e no movimento Lésbico e Gay -LG, suas transformações e como sucedeu a exclusão das mulheres lésbicas nesses dois movimentos. Desse modo, a invisibilidade das mulheres lésbicas no movimento feminista contribuiu para o surgimento do movimento lesbiano e, consequentemente, de políticas públicas na área da saúde da mulher lésbica. A pesquisa de modalidade qualitativa, do tipo bibliográfico e documental, se desenvolveu mediante o estudo de documentos oficiais do governo federal e outras esferas, tais como: legislações, artigos e bibliografias do campo da saúde da mulher, dos movimentos sociais feministas e lésbicos. Com o estudo concluiu-se que, apesar de existir políticas públicas na área da saúde da mulher, é preciso problematizar a ausência e/ou incipiência das políticas relacionadas às mulheres lésbicas reforçam a invisibilidade do movimento.

Palavras-Chaves: Saúde. Mulheres Lésbicas. Feminismo. Movimento Lésbico.

## Introdução

A história das mulheres lésbicas se inicia dentro do movimento feminista e, posteriormente, no movimento LG, na década de 1980 no Brasil. Desde então, as mulheres lésbicas lutam pelo seu espaço e visibilidade por compreender que

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Graduanda em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Docente do Departamento de Serviço Social UFSM

suas pautas e necessidades não são acatadas pelos demais movimentos.

Apesar da participação das lesbianas no movimento feminista em diversos momentos da história, foi apenas em 1980 que as lésbicas começaram a se organizar em um movimento somente de mulheres lésbicas. Desta maneira, constituem suas pautas, debates e reuniões, baseando-se no movimento que já existia nos Estados Unidos - no qual mulheres lésbicas tinha centralidade - fazendo a análise para o contexto em que o Brasil se encontrava.<sup>3</sup>

Na maioria dos casos, o embate interno entre as mulheres do movimento feminista se concebia através da diferença nas vivências e opressões de cada uma, concluindo em um desafio para o movimento. Sendo assim, a esquerda da época ficava receosa em estreitar alianças com o movimento feminista, tendo em vista a questão da auto-organização e a relação da luta pelo socialismo e os embates específicos das mulheres.

Para analisar destaca-se o início dos movimentos políticos feministas e LG e sua reflexão nas políticas de saúde, e a não inclusão das pautas lésbicas em seus estudos e enfrentamentos, como também o apagamento de nomes importantes na história lesbiana, como por exemplo, Cassandra Rios <sup>3</sup> sendo uma das escritoras mais censuradas no período da ditadura por escrever abertamente sobre lesbianidade.

Tendo em vista o avanço do movimento feminista, as mulheres começaram a conquistar através de muitas divergências, planos na área da saúde e proteção da mulher. Sendo um dos únicos planos nacionais lançados no governo do Partido dos Trabalhadores (PT). O primeiro plano a ser analisado: Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: Princípios e Diretrizes (2003), Plano Nacional de Promoção da cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009), Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher e plano nacional de políticas para as mulheres (2015).

Compreendendo essa problemática quanto aos cenários internacionais e, sucessivamente, nacionais e sua conjuntura política, neste artigo, refletimos as questões quanto o movimento feminista e LG, suas especificidades e de que forma esses movimentos fomentaram a construção das políticas públicas em relação a saúde da mulher.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Cassandra Rios, pseudônimo utilizado por Odette Pérez Ríos foi a primeira escritora brasileira a tratar da temática lésbica, nascida em São Paulo, em 3 de outubro de 1932 e falecendo 8 de março de 2002.

Mediante a análise acerca do movimento feminista e LG como movimentos sociais, com base em publicações referentes ao assunto, concebe-se o entendimento as contradições existentes em meio aos movimentos e a conjuntura política.

Deste modo, iniciamos o artigo com uma análise histórica sobre o movimento feminista como elemento primordial na organização dos movimentos posteriores e para a criação das políticas públicas para as mulheres. Em seguida, abordamos o tópico no que diz respeito ao movimento Lésbico e Gay e a subdivisão do movimento lésbico, destacando as principais demandas e diferenças dos movimentos. Finalizando a contextualização histórica, abrangemos o caráter das políticas públicas para a saúde da mulher e a invisibilidade das mulheres homossexuais nessas políticas.

## O movimento feminista no Brasil: breve trajetória

O movimento feminista no Brasil da década de 80 e 90 era composto por mulheres brancas, heterossexuais e da classe média, o mesmo encontrava-se no auge mobilizando-as para o encontro nacional de mulheres em que se constituiriam propostas para a agenda política e formulação epistemológica. Observa-se que o movimento Feminista no Brasil foi norteado principalmente pelo feminismo francês, assim como aponta Sardenberg (2002) "Os feminismos franceses foram a principal fonte de aproximação das brasileiras no exílio, sendo este tributário das filosofias iluministas originárias da Revolução Francesa, que norteou a ideia de mulher universal".

Ademais, nesse congresso estavam presentes feministas lésbicas e negras, colocando em evidência a violência sofrida por elas, solicitando que suas pautas fossem incluídas na agenda política. Entretanto, as feministas heterossexuais e brancas resistiram em aderir às pautas aos seus projetos por receio de que essa conduta se refletiria no apoio da esquerda. Como aborda Soares e Costa (2014) "Boa parte dos movimentos se deixou intimidar pela pressão social da conjuntura da época que exigiu aos feminismos o silêncio sobre a lesbianidade pensando ser, minimamente, respeitado pela esquerda brasileira, pela intelectualidade acadêmica, Teologia da Libertação, mídia, pela sociedade, em geral, no momento pós-ditadura no Brasil".

O auxílio dos demais grupos - esquerda, intelectuais, igreja - era essencial

para o movimento feminista, já que necessitavam do apoio para não ser excluído/marginalizado, contudo, percebe-se na agenda política que questões como lesbianidade não iriam adquirir seu espaço e apoio dos homens. Ainda que as mulheres lésbicas e negras estivessem de acordo com as lutas das mulheres brancas heterossexuais o receio da maioria era ser confundida com uma lésbica e não ter o reconhecimento da sociedade no geral, como discorre Oliveira (2007):

"Havia o evidente receio de que, ao tratar do tema, pudessem ser "confundidas" com lésbicas, cedendo entrevistas apenas quando esclarecidas de que a pesquisa visava a discussão sobre lésbicas e não com lésbicas. Isso não quer dizer que vários momentos o grupo não tenha contado com consultorias, apoios, oficinas e capacitações em que mulheres lésbicas estivessem diretamente envolvidas. O que acontece é que nesses momentos de interação, essa "diferença" era silenciada" (OLIVEIRA, 2007; p. 395/396).

Embora, o movimento feminista brasileiro não abordasse a temática da lesbianidade, nos Estados Unidos essa questão era discutida e conhecida desde os anos de 1970 na segunda onda do movimento feminista. A segunda onda do feminismo denominado feminismo radical, se introduz nos Estados Unidos com o Movimento de Libertação das Mulheres (MLM), sucessivamente desenvolvendo-se pela Europa. O feminismo radical caracterizado por seus estudos e entraves, abordou "a raiz do problema" que seria o gênero, para além disso em suas pautas referem-se a heterossexualidade e maternidade compulsória, direito ao aborto, abolição de gênero, planejamento familiar, abordando também as pautas sobre lesbianidade.

Cabe destacar que o movimento feminista radical luta pela emancipação das mulheres, utilizando o método materialismo histórico e dialético para analisar a raiz das opressões. Bem como discorre Robin:

Eu me intitulo Feminista Radical, e isso significa coisas específicas para mim. A etimologia da palavra "radical" se refere a "algo que vai à raiz". Eu acredito que o sexismo é a raiz da opressão, aquela que, até e a não ser que extirpemos, continuará a se estender nos ramos do racismo, do ódio de classe, etarismo, competição, desastre ecológico e exploração econômica. Isso significa, para mim, que as assim chamadas revoluções até a data foram golpes de estado

entre homens, em uma tépida tentativa de podar os galhos, mas deixando a raiz cravada no propósito de preservar seu próprio privilégio masculino. (ROBIN, 1978, p. 9).

Nesse mesmo período no Brasil, em São Paulo, surge um grupo de gays e lésbicas denominado SOMOS, para debater o movimento LG da época e ações políticas. Deste modo, a conjuntura política incentivou a formação de vários grupos para discussão e, principalmente, resistência, no início o grupo dialogava com a questão da luta de classes e ignorava a homossexualidade, pois não compreendiam a importância desse debate, enquanto o Brasil estava em meio a uma ditadura. Sendo assim, demorou um tempo para que o grupo se estabelecesse frente às suas questões e lutar por igualdade.

No III Congresso de mulheres paulistas, no qual, integrantes lésbicas levaram um manifesto expondo a violência sexual vivida na prostituição, bem como as mulheres lésbicas integrante do SOMOS relataram o machismo e lesbofobia dos homens gays integrantes da organização, o que acarretou a saída das mulheres lésbicas do grupo SOMOS em 1980.

"Começava a ficar evidente para elas que, mesmo entre os militantes homossexuais apesar da ideologia de igualdade, eram os homens que dominavam as discussões e as tomadas de decisão. Além disso, elas reclamavam da misoginia pouco disfarçada nas brincadeiras e nas formas de tratamento usadas pelos homens. Especialmente irritante para elas era o uso frequente do termo "racha" para designar qualquer mulher e a mania dos homens de se tratarem uns aos outros como se fossem eles próprios mulheres". (Peter Fry e Edward MacRae, O que é homossexualidade, pg. 16)

Consequentemente, em 1981, surge o Grupo Lésbico-Feminista (GLF), para centralizar o debate nas violências das mulheres lésbicas. Posteriormente, ao início das atividades do grupo lésbico-feminista houve aproximação do movimento de mulheres. O movimento de mulheres teve início, em 1976, com o famoso caso do assassinato de Ângela Diniz - no qual o marido assassinou a vítima, e em seguida foi absolvido - em virtude disso, no final dos anos 80, se inicia no Brasil o projeto SOS mulheres em que ocorria o devido acolhimento para as mulheres que sofriam violência doméstica, assim como aborda, Céli Pinto (2003, p.81) "Um espaço de atendimento de mulheres vítimas de violên-

cia e também um espaço de reflexão e de mudança das condições de vida dessas mulheres".

Como resultado, as feministas organizadoras do projeto começaram a evidenciar a não continuidade das usuárias, logo após o acolhimento às mulheres retornavam às suas casas com os seus agressores, sendo o projeto apenas uma forma de represália que elas utilizavam perante seus maridos. Por consequência, não se intitulavam movimento feminista já que, essas mulheres não procuravam o projeto para se tornar feminista, mas para acolhimento. Apesar de todas as problemáticas em torno do SOS mulheres, foi o primeiro projeto a ter um contato direto com as mulheres.

Em 1981, resultado da proximidade dos SOS mulheres e do Grupo Lésbico-Feminista surge o Grupo Ação Lésbica Feminista (GALF). Logo após, a união do grupo percebe-se que o acesso às discussões que permeavam os encontros deveria alcançar mais mulheres, posto isso deram início a um painel de fotos - mostrando que o grupo existia – o qual, foi exposto em um saguão, em SP, de tal forma que na primeira hora de exposição foi completamente rasgado. Desta maneira, encontraram na confecção de um boletim a maneira mais eficiente da informação circular pelas mulheres, o jornal foi designado "chanacomchana" com o propósito, de informar sobre a discriminação e violência sofrida por lésbicas e também a redemocratização do Brasil.

O ponto de encontro das mulheres lésbicas ocorria no bar intitulado Ferro's Bar, localizado na cidade de São Paulo, o qual a esquerda também frequentava em meio a ditadura. Como o bar era conhecido e frequentado pelas lésbicas, estas começaram a vender seu boletim no Ferro's Bar, porém o proprietário do bar proibiu o GALF de vender o seu jornal e ter debates sobre o assunto da existência lésbica, no local. Frente ao autoritarismo e lesbofobia no dia 19 de agosto de 1983, o grupo de lésbicas ocupou o Ferro's Bar, com o propósito de resistência e manifestação lésbica. Esse evento tomou grandes proporções reunindo jornalistas para noticiar a manifestação, sendo conhecido como o pequeno Stonewall brasileiro, um evento de suma relevância para o movimento lésbico brasileiro. Assim como ocorreu em Nova Iorque, se tornou um marco para o movimento LGBT em 1969. Haja vista, o GALF foi o primeiro grupo de mulheres lésbicas brasileiras, suas ações duraram 10 anos, e deixaram sua história de lutas e ações.

Consoante, as conquistas do GALF o movimento lésbico na década de 90 recebe uma maior visibilidade proporcionando a construção do I SENALE (Se-

minário Nacional de Lésbicas), no Rio de janeiro, em 1996, contando com a participação de 100 lésbicas, a partir desse evento, o dia 29 de agosto tornou-se o dia da visibilidade Lésbica. Ademais, foram construídos sete SENALE sendo o último em 2014, em Porto Alegre. É válido ressaltar a importância do evento como espaço de conhecimento e centralização da lesbianidade no Brasil, a qual, sempre teve/tem suas questões inviabilizadas e excluídas, como também, fomentar as políticas públicas, organizar ações para visibilidade das pautas dos grupos envolvidos, sendo eles: Liga Brasileira de Lésbicas – LBL, Articulação Brasileira de Lésbicas – ABL, Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transexuais – ABGLT, Rede Afro LGBT, SAPATÁ, CANDACE e Marcha Mundial das Mulheres – MMM, com a participação do Coletivo Bill (MG) e Matizes (PI).

Apesar dos dois eventos marcantes na história lésbica - dia 19 de agosto de 1983 e dia 29 de agosto de 1996 —, existe alguns desentendimentos quanto ao dia do orgulho e visibilidade lésbica. Sendo o dia 19 de agosto de 1983 o dia do orgulho lésbico, onde Rosely Roth<sup>4</sup> integrante do GALF, foi de suma relevância para esse movimento acontecer, como também é uma referência para o movimento lésbico. Entretanto, o reconhecimento do dia 29 de agosto, dia da visibilidade lésbica é uma data simbólica, não constando a luta da Rosely em momento algum em sites governamentais, mesmo ela sendo uma figura imprescindível na luta lésbica. Outrossim, nota-se a invisibilidade desses nomes centrais da luta lésbica apagando a história do movimento, suas ativistas e seus nomes.

### O movimento lésbico: marcadores históricos

Embora as mulheres lésbicas estivessem presente no movimento feminista e LG, como explicitado no item anterior, a centralidade dos debates voltados para a necessidade e a importância da lesbianidade dificilmente se realizava. Em torno desses dois grupos as mulheres lésbicas começam a se organizar enquanto movimento, frente a algumas posições que os demais movimentos tinham em relação a não exposição de pautas lésbicas. Assim como afirma Rich:

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Rosely Roth, considerada uma das pioneiras do movimento lésbico brasileiro, pertenceu ao GALF e SOS mulheres, nasceu em São Paulo, 21 de agosto de 1959 e faleceu em 27 de agosto de 1990.

É fundamental que entendamos o feminismo lésbico em seu sentido mais profundo e radical, como sendo o amor por nós mesmas e por outras mulheres, o compromisso com a liberdade de todas nós, que transcende a categoria de 'preferência sexual' e a de direitos civis, para tornar-se em uma política de formular perguntas de mulheres, que lutam por um mundo no qual a integridade de todas — e não de umas poucas eleitas — seja reconhecida e considerada em cada aspecto da cultura. (Rich, 1980).

Da mesma forma que o movimento feminista, o movimento lésbico também se subdivide em algumas categorias, sendo elas: lesbianismo radical, separatista e político. No contexto em que, as teorias e reflexões estavam sendo estudadas em países diversos, sendo assim, até mesmo a tradução finalizava em distintas teorias, onde o termo "radical" teria mais carga em um local do que em outro. Diante disso, destaca-se o lesbianismo feminista o qual teve maior influência para o movimento lésbico.

Frente ao movimento feminista surge o lesbianismo feminista também conhecido como lesbianismo político, o qual pressupõe a preferência por voltar a própria vida para/com mulheres. Esse grupo de mulheres lesbofeministas vão em contrapartida ao essencialismo biológico, que determina lésbicas apenas por uma distinção inata ao seu nascimento, mesmo que possa se ter uma predisposição isso não define a sexualidade lésbica por completo.

Bem como, a construção da sexualidade se dá a partir da socialização, em conjunto a heterossexualidade compulsória, sendo toda forma de se chegar a lesbianidade uma forma correta, como aborda Cheryl Clarke (1990),

"E um aspecto mais importante disso foi a criação do lesbianismo político, a ideia de que as mulheres poderiam fazer uma escolha política de serem lésbicas". Fazendo parte dessa análise a compreensão de que a heterossexualidade se refere a um regime político que confina a livre sexualidade das mulheres, no qual encontramos a vivência lésbica intrinsicamente como um ato político revolucionário, mesmo que, construída de forma involuntária e apolitizada" (1990).

Consequentemente, a inserção de mulheres lésbicas nos movimentos sociais se torna de suma importância, já que a lesbianidade não é apenas uma sexualidade, mas sim a negação desse regime político que consolida a sociedade

patriarcal. Em conjunto as análises do lesbianismo político encontramos a proposta para que essas mulheres saiam da sua zona de conforto e se questionem quanto a sexualidade – assimilando a complexidade da heterossexualidade como um modo de vida – ainda que o lesbianismo feminista incentive essas mulheres a questionar-se, não é provado que se afirmem como lésbicas no final, mas que centralizem sua vida para mulheres, negando a heterossexualidade compulsória. Como expõe Cheryl Clarke (1990),

É uma de minhas esperanças como lesbiana-feminista que mais mulheres agora e no futuro, devido a nossa visibilidade, trabalho e energia, ponham mais valor nas suas relações com mulheres e elejam abertamente ao lesbianismo — como uma política, como um modo de vida, como uma filosofia e como um plano vital. (1990).

Ao falar sobre mulheridade coloca-se em pauta o conceito liberal de "sororidade" entre todas as mulheres, o apoio de uma para com as outras, esse "apoio" abarca somente as mulheres brancas, heterossexuais e da classe média/ alta, deixando uma lacuna em torno desse conceito, recorrentemente utilizado nas mídias sociais e, principalmente, pelas empresas que comercializam essa "sororidade esvaziada". Em concordância com Rich:

O termo continuum lésbico possa incluir um conjunto – ao longo da vida de cada mulher e através da história – de experiências de identificação da mulher, não simplesmente o fato de que uma mulher tivesse alguma vez tido ou conscientemente tivesse desejado uma experiência sexual genital com outra mulher. (Adrianne Rich 1980).

Além disso, conclui-se a importância de uma rede de apoio entre mulheres, não apenas uma sororidade - termo que foi apropriado pelo liberalismo - conforme, Hooks (2018) "A ligação entre mulheres não era possível dentro do patriarcado, era um ato de traição", ou seja, exercendo contra a emancipação feminina, da mesma forma que a imposição da heterossexualidade às mulheres.

A heterossexualidade compulsória advém do acesso livre dos homens sobre o sexo feminino, compreendendo a mulher como uma espécie biológica reprodutiva e inferior, nota-se a heterossexualidade compulsória como um regime político patriarcal no qual, molda-se desde o nascimento do bebê - após a des-

coberta do sexo assim construindo sua socialização como homem ou mulher -, perpassando até o núcleo familiar, monogamia e submissão da mulher ao sexo masculino.

A compreensão para as mulheres "do que é ser mulher?", desde seu nascimento manifesta-se na submissão e insegurança aos homens. Consoante a este fato, para as mulheres lésbicas resta a subsistência, já que suas vidas são direcionadas ao sexo feminino.

"Uma lésbica "no armário", devido ao preconceito heterossexista no trabalho, não é simplesmente forçada a negar a verdade sobre suas relações no mundo exterior ou na sua vida privada. Seu emprego depende de que ela finja ser não apenas heterossexual, mas também uma mulher heterossexual em termos de seu vestuário, ao desempenhar um papel feminino, atencioso, de uma mulher "de verdade". (Adrianne Rich, 1980, p. 28)

## As políticas públicas para as mulheres e a invisibilidade lésbica

Após apresentar a trajetória breve do movimento feminista e do movimento lésbico, continuamos a reflexão sobre as conquistas do movimento feminista, a conjuntura política em que ocorre a consolidação das políticas públicas na área da saúde da mulher, também na área dos direitos humanos para LGBT, embasados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado mediante seus princípios sendo eles: equidade, universalidade e integralidade.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (BRASIL, 2004).

Por conseguinte, pretendemos desenvolver uma análise conforme os respectivos planos: Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: Princípios e Diretrizes, Plano Nacional de Promoção da cidadania e Direitos Hu-

manos de LGBT e Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, constata-se a lacuna nas propostas para mulheres lésbicas. Os quais compreende-se que as principais preocupações do governo são o acesso à informação voltados principalmente para ISTs e AIDS, câncer de mama, câncer de colo de útero, violência intrafamiliar e sexual.

O Plano Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: Princípios e Diretrizes, de 2004, com o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, traz em suas páginas a importância de abranger todas as mulheres, "Atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania". Dessa forma, o plano aborda as problemáticas em que as/os profissionais de saúde considerem a mulher que tem vida sexual ativa apenas como heterossexual e conduzam a diagnósticos tardios de câncer de mama e colo de útero, problematizam também a falta de profissionais capacitados para o atendimento de mulheres que se relacionam com mulheres, como também a violência sexual sofrida por mulheres lésbicas no âmbito familiar. Apesar de o Plano de 2004, referir-se a distintas formas de opressão das lesbianas em suas propostas de ação não comporta propostas no âmbito da saúde da mulher lésbica.

Resultado da 1º Conferência Nacional LGBT de 2008, deu-se o Plano Nacional de Promoção da cidadania e Direitos Humanos de LGBT, lançado em 2009 tendo como presidente da república Luiz Inácio da Silva, Lula, ressaltando que "A atuação do estado, especialmente por meio da formulação e implementação de políticas, interfere na vida das pessoas, ao determinar, reproduzir ou alterar as relações de gênero, raça e etnia e o exercício da sexualidade' (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009, p. 11).

Com o objetivo de nortear a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas. O plano se divide em dois eixos estratégicos: O Eixo I, promoção e socialização do conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilização e mobilização; E Eixo II sendo, formulação e promoção da cooperação federativa; Articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes; cooperação internacional; gestão da implantação sistêmica da política para LGBT.

No Eixo I, encontram-se as propostas do número 1.1.1 ao 1.4.31, dentre elas as propostas válidas, incluindo mulheres lésbicas, são encontradas somente

nos números:

- 1.1.13 Sensibilizar e capacitar as equipes profissionais do Programa de Saúde da Mulher para a atenção às especificidades no atendimento às lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais, nos estados e municípios.
- 1.2.27 Qualificar a atenção à saúde mental em todas as fases de vida de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais com o objetivo de prevenir os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e reduzir os danos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.
- 1.3.14 informar e sensibilizar profissionais de saúde acerca das especificidades de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais a fim de promover a prevenção de DST/AIDS, câncer de colo uterino e de mama no caso das lésbicas e mulheres bissexuais, assim como a prevenção entre travestis e transexuais de câncer de mama a decorrentes do uso de silicone industrial.
- 1.3.15 Assegurar que o Programa Nacional DST/AIDS promova uma campanha nacional de testagem de HIV para mulheres lésbicas e bissexuais, concomitante a uma campanha de conscientização de sexo seguro para mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres.

Já no campo do Eixo II, encontram-se propostas desde o número 2.1.1 ao 2.6.6, sendo este o eixo de gestão e implementação da política LGBT não há propostas para implementação de políticas que abordam problemáticas da mulher lésbica, que não abordem ISTs e AIDS e coloquem mulheres lésbicas como vítimas de violência, sem questionar o quesito práticas sexuais e prevenção.

O Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção à saúde da mulher e do plano nacional de políticas para as mulheres de 2015, sendo a presidente da república Dilma Rousseff, torna-se um instrumento que compete os resultados das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, como também identificar se as propostas iniciais do plano permanecem ou são modificadas. Os princípios e objetivos do monitoramento, como também a proposta da SPM (Secretaria de Políticas para as Mulheres).

"O principal objetivo da SPM é promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente. Além disso, cabe à SPM, assegurar direitos, por meio da formulação, implantação, implementação, consolidação e ampliação das políticas públicas, de forma transversal com todos os ministérios, estados e municípios, para que incluam a perspectiva de gênero nas suas políticas. As ações propostas nos dois planos sendo o ano base para o monitoramento 2014". (BRASIL, 2015, p. 12)

A divisão do Monitoramento se articula em 16 objetivos, sendo assim contendo 16 quadros, referindo-se ao Objetivo 11: Promover a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais. O quadro 11 exemplifica, como os Descritores sendo as ações de saúde da mulher com recorte de orientação sexual, seguido dos Indicadores, por raça/cor/etnia e idade sendo eles subdivididos em: Existência de ações de atenção à saúde das mulheres lésbicas; Número de estados/ municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres lésbicas; Postergação no atendimento por motivo de orientação sexual; Sistemas de informação com dados desagregados por orientação sexual; Acesso à informação e insumos para ISTs e AIDS; Acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, colo de útero e de pulmão; Existência de coordenação ou área programática específica para mulheres lésbicas e bissexuais. Posteriormente, o quadro apresenta a fonte de dados assim sendo: Banco de dados do SUS. Entrevista com usuárias dos serviços de saúde, Entrevista com profissionais de saúde, Entrevistas com mulheres de organizações de mulheres lésbicas. E para finalizar a tabela, comporta um espaço para o Controle Social onde tange a existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada.

## Considerações finais

Com este ensaio, tivemos o objetivo de aprofundar os estudos sobre o movimento feminista e LG, analisando artigos, livros e documentos governamentais os quais dispunham da temática movimentos sociais e saúde das mulheres. Nas pesquisas podemos fazer uma análise histórica do movimento feminista e LG, percebendo a invisibilidade das mulheres lésbicas nos movimentos, constatando assim o início do movimento lésbico e sua resistência.

Constata-se nos documentos governamentais a "preocupação" com a infecção de doenças sexualmente transmissíveis em relações lésbicas, bem como o enfoque dos profissionais da área da saúde na questão do câncer de mama e colo de útero. Embora nesses documentos não se encontra ações para produção de preservativos femininos que possam ser utilizados em relações sexuais lésbicas, como também nenhum tópico em que analise o prazer feminino, a questão seria tornar possível a prevenção das ISTs e não somente o tratamento posterior a infecção.

A maneira com que os documentos tratam as mulheres lésbicas sendo apenas um receptor e transmissor de infecção, ignora um dos princípios do SUS da integralidade, não abrangendo a saúde mental e o fato de mulheres lésbicas não possuírem um tipo de camisinha ou algo relacionado a proteção sexual.

Em torno dos documentos governamentais pode-se perceber que mesmo os planos publicados e ações sistematizadas não abrangessem todas as mulheres, estes tiveram propostas de ações que foram concluídas. E essas propostas e análises ocorreram somente no governo de Lula e Dilma, com planos Estados e Municipais, garantindo uma gestão preocupada com a saúde das mulheres, assim como houve Conferências Nacionais para discussão da saúde LGBT. Com o início dos governos neoliberais as políticas públicas para as mulheres foram sendo cortadas e sucateadas, bem como o SUS.

Dessa forma, se tem de extrema relevância possuir movimentos sociais articulados e um governo disposto a revisar/propor novas políticas públicas para as mulheres e disposto a trazer as experiências vivenciadas por essas mulheres para pensar políticas públicas, o que certamente tornaria esse avanço mais eficaz.

#### Referências

ALMEIDA, Glácia, **Da invisibilidade à vulnerabilidade**: percursos do "corpo lésbico" na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Medicina Social. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2005.

ARIAS, Santiane. **Os desafios do feminismo marxista na atualidade**: a luta feminista frente ao avanço do conservadorismo. Marxismo21, 2020. 179 - 186 P.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: Plano de ação 2004-2007. Brasília, MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). **Chegou a hora de cuidar da saúde**. Acessado em: 01 de abril de 2021, de: <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publica-coes/chegou hora cuidar saude.pdf">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publica-coes/chegou hora cuidar saude.pdf</a>.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2007). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, MS.

BRASIL. Presidência da República. (2009). **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

CISNE, Mirla. Feminismo, luta de classes e consciência militante feminista no Brasil. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CLARKE, Cheryl. **Lesbianism**: An Act of Resistance. The Columbia Reader on Lesbians and Gay Men in Media, Society, and Politics. Columbia University Press, 1990. Tradução livre disponível em: Acesso em fevereiro, 2021.

CARVALHO, Cintia; CALDERARO, Fernanda; SOUZA, Solange. **O Dispositivo "Saúde de Mulheres Lésbicas**": (in)visibilidade e direitos. Psicologia Política. Vol.13, n° 26. PP. 111-127. 2013.

COSTA, Ana Alice e SARDENBERG, Cecília M. B. **Feminismo, Ciência e Tecnologia**, Salvador: NEIM/UFBA: REDOR, p. 89-120.

FALQUET, Jules. **Breve resenha de ALGUMAS TEORIAS LÉSBICAS.** México,: Fem-e-Libros, 2013. 40 p.

FRY, Peter; MACRAE, Edward. **O que é homossexualidade**. Brasil: Brasiliense, 1991. 128 p.

GROSSI, Miriam.; UZIEL, Ana P.; MELLO, Luiz. (orgs,) **Conjugalida-des, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis**. Rio de Janeiro: Garamond.

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo**: Políticas arrebatadoras. São Paulo: Rosa dos Tempos, 2018. 186 p

OLIVEIRA, Vanilda M. 2007. Identidades interseccionais e militância políticas. In:

RICH, Adrienne. 1980. "Compulsory heterosexuality and lesbian existence". Signs: Journal of Women in Culture and Society,. (Publicado en francés bajo el título: " La contrainte à l'hétérosexualité et l'existence lesbienne ". Nouvelles Questions féministes, n°1, mars 1981. Pp 15-43.)

ROWLAND, Robyn; KLEIN, Renate. Radical Feminism: History, Politics, Action. In: Radically Speaking: Feminism Reclaimed. North Melbourne, Victoria: Spinifex Press, 1997. p. 9-17.

RIOS, Cassandra. **Eu sou uma lésbica**. São Paulo: Beco do Azougue, 2006. 144 p.

RIOS, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Perseu Abramo, 2003. 119 p.

SOARES, Gilberta; COSTA, Jussara. **Movimento lésbico e Movimento feminista no Brasil**: recuperando encontros e desencontros. Paraíba. 2011. Acessado em: 01 de abril de 2021, de: <a href="https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-populacao-lgbt/artigos\_teses\_dissertacoes/movimento\_lesbico\_e\_movimento\_feminista\_no\_brasil\_recuperando\_encontros\_e\_desencontros\_1.pdf">https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-populacao-lgbt/artigos\_teses\_dissertacoes/movimento\_lesbico\_e\_movimento\_feminista\_no\_brasil\_recuperando\_encontros\_e\_desencontros\_1.pdf</a>