

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

FABIANA TURINO

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

THIAGO DIAS SARTI

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

DESIGUALDADE SOCIAL E VIOLÊNCIAS EM SAÚDE

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

FABIANA TURINO

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

THIAGO DIAS SARTI

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

VITÓRIA – ES

2024

DESIGUALDADE SOCIAL E VIOLÊNCIAS EM SAÚDE

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A Série tem como objetivo disseminar experiências, iniciativas no âmbito do trabalho e pesquisas em saúde, com ênfase na dimensão das práticas que as compõem. Pretende um diálogo intenso dos saberes produzidos e postos em circulação com o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde no cotidiano das instituições e dos territórios. Trata-se de conhecimento produzido em ato por diferentes pessoas, que pede diálogos interdisciplinares e com campos epistêmicos diversos para desenvolver o trabalho em saúde, seja na atenção e na gestão, no ensino e na participação em saúde. O desenvolvimento das práticas e dos saberes aqui é proposto como deslocamento, como movimento, para qualificar a atuação em redes e serviços, no trabalho e na gestão, no ensino e na educação na saúde, assim como em diferentes movimentos sociais. A série pretende compor metaforicamente rodas de conversa sobre temas relevantes para a produção da saúde em práticas, experiências e pesquisas, convidando novas interloquções. A Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Gabriel Calazans Baptista (Brasil), Lisiane Bôer Possa (Brasil) e Vincenza Pellegrino (Itália).

G393m

Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: desigualdade social e violências em saúde / Maria Angélica Carvalho Andrade; Rita de Cássia Duarte Lima; Fabiana Turino; Jeanine Pacheco Moreira Barbosa; Thiago Dias Sarti; Ana Claudia Pinheiro Garcia; Eliane de Fátima Almeida Lima (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Rio de Janeiro: AREA27, 2024.

514 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 54).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-181-6

DOI 10.18310/9786554621816

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Política de Saúde.
4. Violências em Saúde. 5. Fatores Socioeconômicos. I. Título. II. Assunto. III.
Organizadores.

NLM WA 546

CDU 614

...na história dos homens cada ato de
destruição encontra sua resposta, cedo
ou tarde, num ato de criação.

GALEANO, 2010.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. DA BANALIDADE À BANALIZAÇÃO DO MAL: POSSIBILIDADES PARA A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER Jeremias Campos Simões, Silvanir Destefani Sartori, Stephania Mendes Demarchi e Maria Angélica Carvalho Andrade	18
2. COLETIVOS DE MULHERES NAS UNIVERSIDADES FEDERAIS BRASILEIRAS: PARA ALÉM DAS QUESTÕES DE GÊNERO Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Bárbara Sthephany de Paula Lacerda, Fabiana Turino e Maria Angélica Carvalho Andrade	40
3. MULHERES TRABALHADORAS NA ENFERMAGEM: UM ESTUDO TEÓRICO SOBRE O TRABALHO FEMININO E A RELAÇÃO HISTÓRICA COM O CUIDADO EM SAÚDE Stephania Mendes Demarchi, Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Jeremias Campos Simões, Patricia Paulino Bianchini, Rita de Cássia Duarte Lima e Maria Angélica Carvalho Andrade	82

4. (COR)POSSIBILIDADES DE VIDA E SAÚDE NO TRABALHO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ESCRIVÊNCIAS E NARRATIVAS DA ATIVIDADE COMO APOSTA POLÍTICO-DISCURSIVA DE RESISTÊNCIA **104**

Gabriela de Brito Martins
e Rita de Cássia Duarte Lima

5. ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA: OLHARES, ESCUTAS E ACOLHIMENTO PELAS TRABALHADORAS DE SAÚDE **138**

Bruna Heintze Ferreira, Maria Angélica Carvalho
Andrade e Rita de Cássia Duarte Lima

6. O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DAS MULHERES NEGRAS QUILOMBOLAS **162**

Ariane Silva Carvalho, Rita de Cássia Duarte Lima
e Heloisa Ivone da Silva de Carvalho

7. MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: EXPRESSÕES DA INVISIBILIDADE, PRECARIDADE E VIOLÊNCIAS **176**

Josiany Martins Ferreira Fernandes, Luziane de Assis Ruela Siqueira, Janaina da Silva Costa, Fabiana Turino, Jeanine Pacheco Moreira Barbosa e Maria Angélica Carvalho Andrade

8. CARTA DE UMA GESTANTE NA PANDEMIA COVID-19 PARA SUAS AMIGAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ATRAVESSAMENTOS E VIOLAÇÃO DE DIREITOS **218**

Maria Cristina Silva Medeiros Corrêa e Maria Angélica Carvalho Andrade

9. GESTAÇÃO E PANDEMIA NA COVID-19: A IMPORTÂNCIA DO OLHAR PSICOSSOCIAL **234**

Mariany Bezerra Neves, Sibelle Maria Martins de Barros, Kathleen Elane Leal Vasconcelos e Maria Angélica Carvalho Andrade

10. A MULHER NEGRA E OS DISCURSOS DA AMAMENTAÇÃO: INTERSECÇÕES, DESIGUALDADES E DESAFIOS **250**

Camila Lampier Lutzke, Maria Angélica Carvalho Andrade, Rita de Cássia Duarte Lima e Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

11. INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA (ES) **266**

Fabiana Turino, Pollyanna Pazito Pereira,
Jeanine Pacheco Moreira Barbosa
e Maria Angélica Carvalho Andrade

12. A CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA: OS SABERES DOS FAMILIARES **288**

Suzana Antonio, Tatiany Sena Mendes, Heletícia Scabelo Galavote, Glauber Soares de Almeida,
Luciana de Cassia Nunes Nascimento e Maria Angelica Carvalho Andrade

13. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: LIÇÕES APRENDIDAS CONFORME TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE **312**

Débora Nunes Fernandes, Rita de Cássia Duarte Lima e Carolina Dutra Degli Esposti

14. INSUBMISSAS CONFRONTAÇÕES DA ATIVIDADE: NARRATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA **332**

Gabriela de Brito Martins
e Rita de Cássia Duarte Lima

15. PERCEÇÃO DE PESSOAS LGBTQIA+ SOBRE O ATENDIMENTO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS **362**

Margareth Nunes Neves Conceicao, Dherik Fraga Santos, Maria Angélica Carvalho Andrade e Rita de Cássia Duarte Lima

16. NOS BASTIDORES DA CRISE DO CUIDADO E DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS **392**

Mateus Nague de Souza, Fabiana Turino e Maria Angélica Carvalho Andrade

17. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO NARRATIVA **426**

Maria Aparecida Moreira Raposo, Sandra Maria Bissoli e Rita de Cássia Duarte Lima

18. CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: O DESAFIO DE SUPERAR O CAPACITISMO **452**

Aline Caus Zuqui e Thiago Dias Sarti

19. IMPACTO DA MIGRAÇÃO FORÇADA NA SAÚDE DE CRIANÇAS REFUGIADAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **468**

Suzana Antonio, Luciana de Cassia Nunes Nascimento, Rafael Cláudio Simões, Patrícia Duarte Deps, Cléo Soares Souza e Maria Angélica Carvalho Andrade

**20. SOBRE CAMINHOS DE CUIDADO:
PSICOLOGIA, SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA
EM TEMPOS DE ÓDIO**

488

Luizane Guedes Mateus

APRESENTAÇÃO

...na história dos homens cada ato de destruição encontra sua resposta, cedo ou tarde, num ato de criação.

GALEANO, 2010.

O Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC) se viu mais uma vez mobilizado a reacender o debate das desigualdades, que produzem iniquidades e violências em saúde, por meio de suas produções e pesquisas, resultando na criação do terceiro volume dessa produção.

Assumindo um compromisso ético-político, nos colocamos, enquanto pesquisadoras e pesquisadores, a pensar sobre as iniquidades que assolam o país, fazendo da escrita um território de luta e resistência. Desse modo, este livro nasce da aposta em uma produção que não se restringe a meros relatos de resultados de pesquisa. Assumimos uma escrita implicada que nos permite questionar e ampliar nossa compreensão do mundo, buscando múltiplas narrativas.

Assim como o escritor uruguaio Eduardo Galeano, em sua obra *As Veias Abertas da América Latina*¹, abandonamos o discurso frio, endurcido, e o academicismo para produzir uma escrita contracolonial²,

-
1. GALEANO, E. *As veias abertas da América Latina*. Tradução de Galeno de Freitas. 39. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010. 307p. (título original: *Las venas abiertas de América Latina*).
 2. O termo foi cunhado pelo quilombola, poeta e escritor Antonio Bispo dos Santos, autor do livro *Colonização, quilombos: modos e significações*. Segundo o autor,

buscando um saber que não se desconecta da vida das/os brasileiras/os nem das/os pesquisadoras/es, evitando a mercantilização do conhecimento para promover a transformação.

Sabemos que o pensamento político, por sua natureza intrínseca, encontra-se na esfera coletiva, na medida em que busca compreender e influenciar as dinâmicas sociais e as relações de poder que afetam a coletividade como um todo. Assim, este livro é um convite, cara leitora e estimado leitor, para criarmos em conjunto novas redes/conexões de pensamento sobre as desigualdades e as violências no âmbito da saúde.

O Brasil continua sendo um dos países mais desiguais do mundo. As pesquisas confirmam que a desigualdade tem apresentado um crescimento significativo devido à pandemia de covid-19. Considerando as múltiplas manifestações de marcadores sociais de forma interseccional (raça/cor, gênero, classe social, etnia etc), constata-se que a desigualdade foi ampliada tendo impactos díspares na vida das/os brasileiras/os e gerando processos de exclusão social, que reproduz iniquidades, estereótipos e preconceitos, muitas vezes naturalizados. A exclusão gera agitação social e insegurança, resultando em diversas formas de violência.

Todavia não é por acaso que o Brasil e os demais países latino-americanos se debatem nesse oceano de iniquidades. Podemos novamente pegar emprestado o olhar de Galeano para identificar “um porto de partida e não de chegada”, a fim de narrar a violenta história de exploração da América Latina por seus colonizadores. Como escreveu o uruguaio, “a história não quer se repetir – o amanhã não quer ser outro nome do hoje”. Para este escritor, os “múltiplos tentáculos da violência” se atualizam, clamando por respostas renovadas para fenômenos já conhecidos.

A colonialidade pode ser entendida como os meios utilizados pelo mercado capitalista para dominar e controlar o trabalho, o capital e o conhecimento mesmo após o fim do colonialismo. Surge então a

quilombolas e indígenas não foram colonizados, pois são excluídos da sociedade.

Existe, então, uma necessidade de contrariar o colonialismo, ou seja, contracolonizar.

Outrossim, a escrita contracolonial busca escapar de formas instituídas, para repensar outras possibilidades de escrita “científica” que escapem dos modos imperativos e hierarquizantes de produção da linguagem.

decolonialidade como caminho para resistir e desconstruir padrões, conceitos e perspectivas impostos aos povos subalternizados durante todos esses anos, sendo também uma crítica direta à modernidade e ao capitalismo. Trata-se de um projeto abrangente que dá voz e visibilidade aos subalternizados e oprimidos, na busca pela libertação social, política, cultural e econômica, promovendo respeito e autonomia não apenas para indivíduos, mas também para coletivos, como os movimentos LGBTQIA+, negro, feminista entre outros³.

Diante disso, este livro pretende problematizar as abordagens conceituais, que tratam das desigualdades e violências, a fim de romper as barreiras da história única, para construir reflexões decoloniais, desde um contexto prático, que possibilite a análise de diferentes realidades em solo brasileiro, feitas de “alentos e desalentos”, como disse Galeano.

O Brasil é reconhecido como um dos países que mais mata mulheres no mundo. Por isso, não é por acaso que a violência de gênero contra a mulher tenha comparecido na primeira parte deste livro com tanta representatividade.

O primeiro capítulo é, nas palavras dos autores, “um manifesto da reação do *eu* pesquisador que almeja contribuir com o cessar de ‘tiros nas costas’”. De forma sensível e potente discorre sobre o drama da violência contra a mulher, refletindo sobre os conceitos *banalidade* e *banalização do mal* no campo da Saúde Coletiva.

Pensando nos espaços ainda pouco investigados, nos quais essa violência tem lugar, no capítulo 2, as autoras lançam um olhar original e diligente sobre a violência de gênero enfrentada pelas mulheres na academia, por meio da escuta atenta aos coletivos femininos nas universidades federais brasileiras.

Por sua vez, os capítulos 3 e 4 têm como foco o trabalho na Saúde realizado por mulheres, uma vez que, nesse contexto, elas sofrem diversas violações de seus direitos. O primeiro analisa a história do trabalho feminino na enfermagem e sua relação com o cuidado; e o segundo convoca narrativas e histórias de vida de mulheres agentes comunitárias de saúde em tempos de pandemia.

3. BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 11, p. 89-117, mai. /ago. 2013.

Em seguida, podemos encontrar, no capítulo 5, um debate extremamente importante para a Saúde Coletiva sobre o modelo de trabalho da Atenção Básica como espaço legitimado para acolhida à mulher em situação de violência.

Já os capítulos 6 e 7 nos proporcionam um encontro com as experiências de mulheres quilombolas e mulheres em situação de rua, respectivamente, denunciando a invisibilidade dessas populações para a sociedade, a precariedade e as violências vivenciadas.

Na segunda parte do livro, denunciamos, de modo contundente, as violências sofridas durante a maternidade. Nos capítulos 8, 9 e 10, a mulher gestante entra em cena, fazendo uso de sua própria voz, para denunciar as negligências e violências sofridas durante a pandemia de covid-19, enquanto a mulher negra ainda precisa enfrentar os desafios presentes nos discursos sobre amamentação, impregnados de desigualdades construídas pelo colonialismo e atualizadas pelo racismo.

Os capítulos 11 e 12 fazem uma análise pungente sobre sífilis congênita, abordando, respectivamente, a sífilis na gestação como uma emergência fetal e grave problema sanitário, com falhas de cobertura especialmente na assistência pré-natal; e o conhecimento dos familiares em relação ao diagnóstico e tratamento da criança com sífilis congênita.

Finalizando as reflexões sobre violência e desigualdades na maternidade, o capítulo 13 discute a assistência pré-natal no contexto da pandemia de covid-19 segundo trabalhadores da Atenção Primária em Saúde.

Na terceira parte desta obra, aprofundamos reflexões das iniquidades em saúde contra populações em situação de vulnerabilidade extrema. Nos capítulos 14, 15 e 16, as narrativas recuperam, nessa ordem, insubmissas confrontações no trabalho de agentes comunitárias de saúde em tempos de pandemia; experiências coletivas de saúde com a população negra integrantes de uma escola de samba; e a percepção de pessoas LGBTQIA+ sobre o atendimento em um serviço de atenção às vítimas de violação de direitos humanos, revelando lutas e resistência. Já nos capítulos 17 e 18, refletimos sobre a crise do cuidado enfrentada pelos idosos, seja nos bastidores das Instituições de Longa Permanência ou na judicialização de sua saúde.

O capítulo 19 destaca o desafio de superar o capacitismo no cuidado à pessoa com deficiência. No capítulo 20, discutimos sobre o contexto

de saúde das crianças refugiadas e solicitantes de refúgio no Brasil e no restante do mundo. Esses trabalhos alertam para a importância das políticas de igualdade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, e não menos importante, o fluxo das veias nos leva até ao capítulo 21, trazendo uma reflexão sobre os caminhos do cuidado com foco na saúde mental para enfrentar a violência em tempos de ódio.

Possivelmente, muitas questões podem ter comparecido para o leitor ao término desta apresentação. O que podemos aprender com nossas pesquisas? Galeano ecoa “O passado é mudo? Ou continuamos sendo surdos?”. Se esse for o caso, reiteramos o convite para que continue a leitura e componha conosco novos (re)começos. Afinal, combater expressões concretas ou simbólicas de preconceitos e de ódio social é tarefa fundamental e urgente para toda a sociedade.

Com este livro, discentes, docentes e pesquisadores parceiros erguem voz e ouvidos, dando lugar à escuta de tantas causas. O que se almeja é a concepção de sujeitos éticos, críticos e que combatam toda e qualquer ideologia que produza iniquidades. Nesse ponto, compreende-se que um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva deve se constituir, sobretudo, como espaço de formação e de emancipação de sujeitos para que se tornem agentes de transformação social, reafirmando o compromisso com os valores de equidade e cidadania.

Nessa direção seguimos confiantes, como Galeano, inventando o futuro, afinal na “história dos homens, cada ato de destruição encontra sua resposta, cedo ou tarde, num ato de criação [...]. Não temos que nos resignar às fatalidades do destino, porque a história pode nascer de novo a cada dia”.

1

JEREMIAS CAMPOS SIMÕES
SILVANIR DESTEFANI SARTORI
STEPHANIA MENDES DEMARCHI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**DA BANALIDADE À
BANALIZAÇÃO DO MAL:
POSSIBILIDADES PARA
A COMPREENSÃO DA
VIOLÊNCIA DE GÊNERO
CONTRA A MULHER**

INTRODUÇÃO

*Acordei com um tiro nas costas.
0'05''*

O objetivo deste capítulo é discutir os conceitos de *banalidade do mal* (ARENDT, 1999) e de *banalização do mal* (DEJOURS, 2007) como adequada possibilidade de quadro analítico para a compreensão de fatos sociais que envolvam contextos de violência de gênero contra a mulher. Trata-se de um ensaio teórico construído, a partir da elaboração de tese de doutoramento em Saúde Coletiva, frente ao fenômeno violência de gênero contra a mulher. De abordagem qualitativa, este artigo apresenta as primeiras impressões conceituais e possibilita análises e reflexões para adequação na aplicabilidade epistemológica dos conceitos *banalidade do mal* e *banalização do mal* no campo da Saúde Coletiva para o olhar da violência de gênero contra a mulher. Portanto, tem-se como questão norteadora: seria a *banalidade do mal* e a *banalização do mal* conceitos apropriados para compreensão do fenômeno da violência contra a mulher?

O desenvolvimento deste capítulo é manifesto da reação do *eu* pesquisador que almeja contribuir com o cessar de “tiros nas costas”. Há o desejo de ajudar para que o acordar perante o drama da violência contra a mulher não ocorra somente nos interstícios dos territórios nos quais “os tiros” são ouvidos e as violentadas conhecidas. Esse é um desejo consciente de que muitos tiros nas costas já aconteceram e permanecem acontecendo. Busca-se, assim, que esse trabalho se concretize como mais uma contribuição, entre outras tantas necessárias.

Perante esse almejo, a propositura de desenvolver esta introdução não acontece de maneira lógica ou temporal, da mesma maneira que se organiza o presente capítulo em suas diferentes partes. Contrariamente, esta introdução é escrita em momento de certa angústia sobre os temas que atravessam este capítulo: o drama da violência contra a mulher e sua respectiva *banalidade* e *banalização do mal*.

Neste momento, é latente ao “eu pesquisador” estar diante de um drama cotidiano, o qual envolve vários fatores da vida. Ao tempo, também são diversos os fatores que desdramatizam e, por conseguinte, banalizam o mal que permeiam esses dramas. E assim é feito (e desfeito, constantemente) o sentido do lugar que ocupamos enquanto pesquisadores em Saúde Coletiva na compreensão de saúde como a consolidação de um fato social e, dessa maneira, multifacetado.

De maneira análoga, é tornado consciente que a violência contra a mulher envolve atravessamentos postos em diferentes símbolos e representações, como: amor, afeto, saúde, poder, tempo, território, subsistência, direito, política. Essa concepção também atravessa o “eu pesquisador”, como o “tiro nas costas”, e assevera o fato de que contribuir para com o desenvolvimento das ciências da Saúde na compreensão desse fato social tangencia a responsabilidade de articular conceitos ditos científicos, mas também de “sentires” e “afetos”.

Essa propositura é fundamentada pelo atravessamento encontrado na trajetória conceitual deste estudo, a qual, para além de considerar a produção de dados mediante processos intersubjetivos – consideração explícita à subjetividade dos pesquisadores –, propõe a disposição em correr riscos: não basta simples diálogo entre pesquisado e pesquisador; o efeito desse diálogo depende do afetar-se, ou seja, do incorrer em riscos (DEJOURS, 2011).

O afeto com o fato social é feito e escrito neste texto seguindo a trajetória do documentário brasileiro *Silêncio das Inocentes* (2010), de Ique Gazzola. Essa obra se consolida como um documentário, no qual, durante seus aproximados 50 minutos, o silêncio de mulheres violentadas é desfeito e dramatizado (tornado visível), em evidente consonância com este texto, que propõe compreender a banalização desse espectro de violência. O primeiro silêncio é desfeito por Maria da Penha, resgatando sua história de dramatização do mal, sendo ela a impulsionante

da criação da Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, que leva seu nome e objetiva a proteção de mulheres face a violência de gênero (BRASIL, 2006; SILÊNCIO..., 2010).

Comentários extraídos do documentário, seguidos pelo tempo (minutos e segundos) em que aparecem no documentário, foram disponibilizados neste capítulo como epígrafe no início de cada item. Essa forma de destaque do tempo é proposital, relacionando-se com o fato de que, na equivalência de minutos de duração do documentário, aproximadamente 13 mulheres foram/são agredidas no Brasil (CUBAS; ZAREMBA; AMÂNCIO, 2019).

GÊNERO E VIOLÊNCIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Eu disse, o Marco me matou.
00'14"

O desenvolvimento deste capítulo é construído a partir do pressuposto de que gênero, enquanto discurso, inscreve sujeitos em vivências as quais também podem sê-las de violência. Trata-se da percepção de que “o Marco”, capaz de matar, ou a Maria da Penha, que pensa estar morta, sofrem efeito dessas práticas discursivas, que tendenciam, se não possibilitam, normalizar as vivências de violência experienciadas.

A normalização dessas vivências violentas se consolidam com a tonalidade de normal mediante a aquiescência moral dos envolvidos, os quais funcionam como verdadeiras engrenagens do mal em processos de *banalidade* e *banalização do mal*. Esse fato envolve não apenas a Maria violentada e o Marco que violenta, mas todos os circundantes do espaço e tempo em que a violência ocorre (DEJOURS, 2007; ARENDT, 1999).

Nesse sentido, o corpo, para além de sua estrutura biológica e funcionamento fisiológico, imerso no cotidiano de vivências, abriga dimensões sociais, antropológicas e históricas, dialogando com novas tecnologias e linguagens (PERES, 2011). Sua apresentação, seu contato com o mundo, é superfície inscrita e marcada por acontecimentos em uma

ordem discursiva regulando prazeres e expressões, sendo ele instável ao evidenciar a constância da inscrição cultural que o abate, o transforma e o inacaba (FOUCAULT, 1988).

Para tanto, sujeitos não escolhem livremente as representações ou as sujeições que estarão circunscritas em seus corpos, e sim lhes são impostas leis de verdades sendo necessário reconhecê-las. Por vezes, essas representações são construções facciosas de interesses, determinadas e engendradas pelo sistema de poder-saber, sendo constituintes de identidades abarcadas pela flexibilidade e instabilidade daquilo que é inteligível e, por conseguinte, mediante discursos construídos (DREYFUS; RABINOW, 1995; FOUCAULT, 2013; BUTLER, 2003).

Nesses processos discursivos, as pessoas “[...] só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero” (BUTLER, 2003, p. 37), representadas por uma matriz – denominada heteronormativa – em que gênero e sexo devem ser coerentes. Essa prática discursiva engendra ainda a prática sexual e o desejo, sendo inteligíveis o homem e a mulher heterossexuais, determinados por seus respectivos sexos: masculino e feminino. Consequentemente, identidades de gênero que não se conformam a essa matriz parecem ser falhas em seu desenvolvimento, por não serem inteligíveis (BUTLER, 2003).

Tais discursos, não isentos de interesses e nem apolíticos, colocam gênero e sexualidade em um sistema hierárquico, assentando a percepção de ‘homem’, ‘masculino’ e ‘heterossexualidade’ como sendo superiores, na contrapartida de ‘mulher’, ‘feminino’ e ‘homossexualidade’ como inferiores (BUTLER, 2003; TAUCHES, 2006). Imerge o sujeito em um mundo com normas culturais, históricas e sociais circundantes em discursos que determinam a normalidade, atuando como “*background* que forja o sujeito pelas práticas sociais constantemente repetidas” (SOUZA, 2017, p. 316). É nessa formação discursiva que se encontra subsídios para legitimar os comportamentos desejantes de agressões e mortes realizados pelos tantos “Marcos” no cotidiano social.

Essas práticas sociais, compreendidas como discursos, associam o gênero mulher e o sexo feminino como frágil e submisso, na contrapartida do masculino/homem como superior e resistente. Esse sistema hierárquico, propulsor de desigualdade entre os gêneros inteligíveis (homem

e mulher), parece estar associado, cotidianamente, na expressão das práticas de violência contra a mulher praticada por diferentes “Marcos”, ou seja, por diferentes atores sociais, sejam a parceria sexual, uma figura familiar ou um sujeito transeunte que visualiza, no corpo da mulher, o direito de externar a violência. Mais além, o entendimento e a aceitação desse sistema hierárquico como natural às práticas sociais representam fatores de risco à vida cotidiana da mulher, pois repercutem em atitudes de aceitação das práticas de violência, dando corpo ao perverso direito de matar as “Marias” (BUTLER, 2003; OPAS, 2017).

Tratam-se de processos que repercutem na consciência do “Marco”, homem que atira em Maria da Penha, a quem o empreendimento em práticas violentas é legítimo pelo fato de sê-lo homem, ao tempo que Maria da Penha acorda pensando estar morta, por existir imersão em discursos que a faz tolerar práticas violentas até o despertar “com o tiro”. Entretanto, a consciência desses fatos não deve justificar e/ou normalizar prática violentas, e sim dramatizar o mal.

Nesse contexto, a violência contra a mulher posta em análise neste estudo é compreendida como uma prática social, sendo qualquer ato que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para a mulher violentada, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada. Ela pode ser praticada pelo parceiro ou parceira, mediante seu respectivo comportamento, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle (OPAS, 2017).

Esse espectro de violência tem por instrumento jurídico de coerção e punição, no contexto brasileiro, a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, denominada Lei Maria da Penha. Esse instrumento jurídico preconiza ser a violência contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”, sendo considerada de possível ocorrência no âmbito da unidade doméstica, no contexto familiar ou em quaisquer relações íntimas de afeto. Destaca-se que a configuração desse tipo de violência independe de orientação sexual (BRASIL, 2006).

Esse espectro de violência, constituído mediante elementos discursivos de gêneros submisso e dominante, mulher e homem respectivamente, conjuga afeto, relações familiares, subsistência, vulnerabilidades,

conduzindo a processos de *banalidade do mal*, elucidada como a suspensão ou a supressão do pensar. Considera que o mal impetrado mediante ações de violências não é resultado de uma estratégia diabólica, monstruosa ou complexa, mas produzido sem esforço, em um processo que encontra em seus figurantes verdadeiras engrenagens (ARENDDT, 1999; DEJOURS, 2007).

Ao situar a violência contra a mulher em processo de *banalidade do mal*, projeta-se o sujeito que agride como um indivíduo comum e banal, desconstituído de criticidade. O mal está ao alcance da mais comum das pessoas, afastando a relação de agressor como monstro, ou seja, como figura que, de antemão, se espera por ser violento. Integram a personalidade desse sujeito a normopatia, acriticidade e incapacidade de pensar do ponto de vista do outro, sendo movido por ideologia, convicção e práticas discursivas performativas (ARENDDT, 1999; CARVALHAES; SILVA; LIMA, 2020).

Entretanto, pressupõe-se que o fenômeno *banalidade do mal*, funcionando na violência contra a mulher, exista mediante sistemas de engrenagens que atenuam a indignação contra a injustiça e o mal, sendo capaz de desdramatização da violência. Assim, são partícipes nesse fenômeno, além do sujeito que agride e a mulher violentada, sujeitos que integram as relações sociais cotidianas. O funcionamento dessas engrenagens é possibilitado pelo caráter *sui generis* desse espectro de violência, na qual coexiste as relações íntimas entre sujeito que agride e a mulher violentada (ARENDDT, 1999).

As engrenagens funcionantes na *banalidade do mal* são propulsadas pela passagem da *banalidade* para a *banalização do mal*. Cabe observar que a *banalidade do mal* é compreendida, à luz teórica de Hannah Arendt, como fenômeno, externalizada por personalidades normopáticas. Tais personalidades, destaca Arendt (1999), existem enquanto exceção, portanto, é o fenômeno de *banalização do mal*, descrito por Dejours (2007), que conduz uma adesão coletiva de acriticidade ao espectro de violência contra a mulher.

Para Dejours (2007), a *banalização do mal* pode ser compreendida como um processo no qual um comportamento excepcional, cotidianamente reprimido por ações e comportamentos de uma maioria, passa a ser norma de conduta ou mesmo de valor. Não significa, na análise da

violência contra a mulher, que há uma massa agressora, porém há favorecimento de condições específicas que coadunam para com a existência dessa maneira de violentar.

Ou seja, mesmo que a *banalização do mal* tenha como princípio o sujeito em si, ela apenas ocorre mediante um processo coletivo/social, e, portanto, a compreensão desse processo não se limita, ou se justifica, a um problema psicológico e sim a um problema de justiça, de direito e ético, em que há uma coletividade partícipe como engrenagem (DEJOURS, 2007). Contudo coexistem, na *banalidade* e na *banalização do mal*, constantes resistências em todos os níveis de engrenagem que são capazes de elucidar a violência como mal.

Nesse contexto, o fenômeno da violência contra a mulher em processos de *banalidade* e *banalização* perpassa da violação de direitos humanos a um preocupante problema de saúde pública, uma vez que afeta negativamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres, além de, quando envolve violência sexual, potencializar a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A magnitude do problema é evidenciada pela estimativa global de que aproximadamente uma em cada três mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual durante a vida, a maior parte desses casos infligida por parceiros (OPAS, 2017).

Assim, estando o fenômeno da violência contra mulher demandando ações de diferentes campos de saberes e práticas, destaca-se a relevância do sistema de saúde no enfrentamento e dramatização desse espectro de violência. Frequentemente, é esse sistema o primeiro, por vezes o único, a estabelecer contato com a mulher violentada, em razão de ser, nos diferentes equipamentos de saúde – hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde, entre outros –, o local em que a mulher violentada busca ajuda. Compõem, portanto, esses serviços, uma rede de enfrentamento à violência, impescindindo de condutas coerentes e conscientes para o devido acolhimento da mulher violentada (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2009; MENEGHEL; MUELLER; COLLAZIOL; QUADROS, 2013).

No entanto esses serviços estão imersos e em contato com aspectos socioeconômicos dos territórios onde se situam, inevitavelmente condicionando-os a funcionar sob influência de racionalidades em propagação

que favoreçam e potencializam os processos de *banalidade* e *banalização do mal* (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2009; MENEGHEL; MUELLER; COLLAZIOL; QUADROS, 2013).

Destaca-se que a *banalidade* e a *banalização do mal* são conceitos indissociáveis – a compreensão da *banalização* está intrínseca ao conceito da *banalidade*. Inobstante, mesmo que a *banalidade* seja preconizada a partir de um regime totalitário (nazismo) e a *banalização* seja análise de contrariedades em época neoliberal, ambas as teorias se associam na elucidação de aquiescência moral e adesão coletiva ao mal. No contexto desse estudo, o mal aderido e banalizado se consolida mediante a violência (ARENDRT, 1999; DEJOURS, 2007).

Outro destaque é que as teorias de Arendt (1999) e Dejours (2007), mesmo que em dimensões distintas, também analisam contextos de trabalho. A propositura da *banalidade do mal* ocorre a partir da descrição e análise do julgamento de Otto Adolf Eichmann, face suas condutas enquanto trabalhador do regime nazista. Já a *banalização do mal*, lança compreensão sobre a maneira como o mal é tolerado em situações de trabalho, seja individualmente ou coletivamente (SIQUEIRA; MEMÓRIA, 2019).

DA BANALIDADE À BANALIZAÇÃO DO MAL: ARGUMENTOS PARA SUA NÃO GENERALIZAÇÃO

*Ela ainda acreditava nele.
7'41”*

A construção deste ensaio, antes mesmo de sê-lo capítulo, quando ainda eram ideias, foi vivenciada com certo desconforto. Por evidente, as reflexões propulsadas nesse desconforto são as mesmas que sustentam este texto.

Contudo, uma vez tendo construído e entrelaçado os argumentos, é sentido como faltante o incômodo que foi propor a existência da *banalidade do mal* nas vivências de violência contra a mulher. Esse incômodo

ocorre pela consciência de que a *banalidade do mal* é proposta por Arendt (1999) diante das atrocidades praticadas durante o regime nazista, repercutindo em cuidados de que sua propositura como ponto de partida para compreensões contemporâneas deva ser de contextos em que haja engrenagens funcionantes a favor do mal, tal como Arendt constata na figura de Eichmann.

Talvez pareça ao leitor que esse incômodo esteja resolvido na percepção de que a violência contra a mulher é em si atrocidade por ocasionar sofrimento, quando não extermínio, porém a evidência dessa superação do incômodo está facilitada pelo olhar possivelmente onisciente do leitor. De forma diferente ocorre com o pesquisador, que se enreda na busca por constatar as engrenagens no mal empreendido.

Nesse empreendimento, a mulher violentada que ainda acredita “nele” não é trazida para este capítulo como mera estética, mas por resolver o incômodo dos que escrevem. A crença da mulher que vivencia violência – sem que haja em primeiro momento enfrentamento – e da sociedade, que a vê sendo violentada e segue ainda acreditando “nele”, guarda em si semelhanças com o incômodo presente no questionamento levantado por Arendt (1999, p.15): “Por que marcharam para a morte como carneiros para o matadouro?”

O enfrentamento reivindicado, tanto pela mulher que ainda acredita “nele” quanto pela sociedade, inclusive entendida como atitude óbvia, é ausente por estar supostamente aquiescido por processos de *banalidade* e de *banalização do mal*. Para tanto, é nesse cenário que, nesta seção, se trará à compreensão conceitos centrais, quer sejam a *banalidade* ou a *banalização do mal*.

Nesse intento, cumpre antecipadamente destacar que a propositura do conceito de *banalidade do mal* por Hannah Arendt (1999) ocorre a partir do julgamento de Otto Adolf Eichmann, sequestrado em Buenos Aires em 1960 e levado a julgamento no ano seguinte em Jerusalém, face sua contribuição enquanto trabalhador do regime nazista, atuando na evacuação de judeus do território alemão e polonês. É na cobertura desse julgamento, realizado para a revista *The New Yorker*, que Arendt então propõe a concepção de *banalidade do mal*.

A análise de Arendt tem como um dos elementos centrais a personalidade do acusado posto sob a condição de normalidade, incapaz de pensar

e, por conseguinte, de ser comunicar: “quanto mais se ouvia Eichmann, mais óbvio ficava que sua incapacidade de falar estava relacionada com sua incapacidade de pensar, ou seja, de pensar do ponto de vista de outra pessoa” (ARENDDT, 1999, p. 62).

Essas descrições da pessoa de Eichmann por Arendt contrariam a expectativa de que a função de embarcar milhões de judeus em trens para os centros de concentração, ou seja para o trabalho forçado e morte, não foram realizadas por alguém de personalidade perversa, doentia, raivosa ou ainda, no caso específico, antissemita. Além disso, suas ações são tipificadas como crimes apenas retroativamente, uma vez que, naquele momento histórico, o acusado era um respeitador das leis vigentes. Trata-se de uma personalidade normopática e/ou acrítica (ARENDDT, 1999).

Depreende-se, desse contexto, que a *banalidade do mal* está entrelaçada às personalidades de sujeitos, sendo essas não exatamente excepcionais, entretanto não tão frequentes. A não frequência desse traço de personalidade perfaz refletir sobre a adesão, ou ainda a não subversão às ideias totalitárias, como o antissemitismo, uma vez que a maioria das pessoas de bem, diferentemente de Eichmann, são dotadas de senso moral e crítico (ARENDDT, 1999; DEJOURS, 2007).

Com isso, emerge a reflexão: se personalidades normopáticas não são tão frequentes, a *banalidade do mal* pode se apropriar para a compreensão de quaisquer ocorrências de violência? Essa reflexão advém do fato de a concepção de *banalidade do mal* ter se tornado uma concha vazia, tomada com versatilidade capaz de oferecer respostas para muitos espectros de violência. Existe uma banalização, nesse caso no sentido de generalização ou ainda de uso sem tamanha conexão com o fato analisado, da concepção de *banalidade do mal* (XARÃO, 2017).

Esse uso generalizado ocorre devido a referida teoria se apresentar, inicialmente, como satisfatória para explicar a adesão ou, ainda, a não subversão a atos de violência, permitindo, portanto, que eles ocorram. Sob essa lógica, a exemplo de Eichmann, a coletividade funcionaria como engrenagem da perpetuação da violência, sendo acrítica e normopática. Haveria aqui a contradição de que essa tipologia de personalidade estivesse presente na maior parte das pessoas.

Por outro lado, é relevante considerar que a análise de Arendt (1999) também reflete sobre motivações que conduziram parcela considerável

do povo alemão a aderir a ideias totalitárias. Em analogia aos ditos de mulheres violentadas presentes no documentário *Silêncio das Inocentes* (2010), “aconteceu (**O ato da violência**) e todo mundo (**a sociedade**) viu”. Todo mundo viu, mas nada fez. Todo mundo! Por quê? Por que ainda acreditava “nele” (**o agressor**)!? Ao tempo, também traz à tona a desconfortável propositura de que líderes judeus contribuíram no processo de destruição de seu próprio povo e reflexões sobre motivos pelos quais judeus “marcharam para a morte como carneiros para o matadouro”, ou seja, sem resistência efetiva ou enérgica (ARENDDT, 1999, p. 15).

Essas questões suscitadas refletem a coletividade e não uma ou algumas personalidades. Sucintamente, é posto em questão motivos pelas quais a resistência coletiva não ocorre de maneira suficiente para interromper ou, ainda, não deixar de acontecer a barbárie do holocausto. Ressalta-se a percepção de que, enquanto há vida, há resistência, e a não resistência coletiva generalizada não significa que inexistiram lutas que foram capazes de salvar vidas (ARENDDT, 1999).

É tentador responder às questões suscitadas por Arendt (1999), as quais motivaram desconcertantes críticas à filósofa, inclusive vindas de seu povo – Hannah Arendt era judia –, com a afirmativa de que o povo alemão, e de certo modo também o povo judeu, estivessem em algum espécime de *banalidade do mal* generalizada e ou coletiva. Entretanto, a centralidade do argumento recai sobre a pessoa do acusado: “um homem de carne e osso com uma história individual, com um conjunto sempre único de qualidades, peculiaridades, padrões de comportamento e circunstâncias” (ARENDDT, 1999, p. 171; XARÃO, 2017).

Sem se esquivar dos questionamentos suscitados, a possível resposta é encontrada na percepção de que a esmagadora maioria do povo alemão acreditava em Hitler. Ela (**a Maria**) e ele (**o povo**), mais uma vez ainda acreditavam “neles” (**no “Marco” e em Hitler**). Em contrapartida, havia indeterminado número de sujeitos isolados que estavam cientes da catástrofe nacional e moral, porém também cientes de que a luta/enfrentamento potencialmente resultaria em suas próprias mortes, já que estavam inseridos em um contexto de regime totalitário (ARENDDT, 1999; DEJOURS, 2007)

Cumprido considerar que, no contexto elucidado, Hitler representava o Estado e, por conseguinte, aquilo que é legal. Isso conduz ao lembrete

de que aquilo que é normalizado, tornado óbvio ou até mesmo institucionalizado devido ao apoio da maioria deve ser posto em contínuo processo de questionamento para que, assim, haja possibilidade de manifestação da dramatização do mal.

Nessa reflexão, para além de considerar que a análise de Arendt (1999) ocorre a partir de uma personalidade, e não de todas (não da grande massa) das personalidades do povo alemão, é crucial situar o espaço que Eichmann ocupa enquanto engrenagem para o mal: inserido como trabalhador para o Estado e sendo cumpridor das leis estabelecidas por e para esse Estado. Essa condição especial na máquina estatal leva Eichmann a acreditar na própria inocência, mesmo diante de sua iminente condenação por contribuir com um dos maiores crimes contra a humanidade: “com o assassinato dos judeus não tive nada a ver. Nunca matei um judeu, nem um não-judeu – nunca matei nenhum ser humano. Nunca dei uma ordem para matar...” (ARENDR, 1999, p. 33). Insere-se aí o elemento atenuação moral, conseguida por meio da adesão à norma e da obediência acrítica de personalidades normopáticas (ARENDR, 1999; DEJOURS, 2007).

Com efeito, a propositura de Eichmann como homem comum, cumpridor de ordens, repercute na percepção de que o mal está ao alcance da mais comum das pessoas, podendo sê-lo inclusive produto de aspectos contextuais. Para tanto, a propagação de discursos em que determinados grupos sociais são tornados inadequados cria a possibilidade de que esses grupos sejam agredidos e excluídos, face um mal banalizado funcionante por meio de engrenagens. Assim, cumpre tristemente assumir que a impetração dessa violência pode estar legitimada sob a ótica moral e legal (CARVALHAES; SILVA; LIMA, 2020).

Cumpre também assumir que essa legitimidade legal e moral de violências, a exemplo do regime nazista, reflete tempos/épocas e espaços específicos, sendo, portanto, possibilitada pela aquiescência moral de boa parte daqueles que vivem nesses tempos e espaços. Para tanto, se a sociedade atual se propusesse a julgar a barbárie da escravidão da mesma maneira que foi proposto o julgamento de Eichmann, estaria ela diante de crimes que só existem de maneira retroativa, pois, em dado momento, tais atrocidades estiveram no campo da legalidade. Talvez possa ser argumento que houve abusos no processo de escravidão e esses mereçam ser

julgados, contudo, na contemporaneidade, a tendência é compreender a escravidão como abusiva em todos os seus aspectos (ARENDDT, 1999).

Do mesmo modo, importa a reflexão de quais violências estão em curso na contemporaneidade que, no futuro, em olhar retroativo, poderão ser colocadas sob a lógica de crimes. Esses acontecimentos legitimados que estão em pleno acontecimento ocorrem mediante consentimento moral e legal, permitidos mediante processos de *banalidade* e *banalização do mal*. Importa aqui a (re)afirmação de que processos de *banalidade* se relacionam a personalidades, indicando, desde já, que é a partir da *banalização do mal* que conseguir-se-á compreender nuances da adesão coletiva proposta por Dejours (2007). Essa (re)afirmação é feita pela necessidade de evidenciar que a violência contra a mulher em compreensão neste estudo acontece em espaço e tempo em que há possibilidades de resistências e enfrentamento, ou seja, não é uma análise em contexto análogo ao que Arendt (1999) se debruça, no qual o regime totalitarista ameaçava a vida de quem o contrapusesse.

Essa evidência é necessária, pois a adesão coletiva perante os dramas banalizados no contexto da violência contra a mulher, em razão de não estarem em curso um regime totalitário, conduz a constatação de que há possibilidades de enfrentamento e, portanto, de dramatização do mal¹. Importa destacar que instrumentos para que o mal seja dramatizado são inclusive fomentados pelo próprio Estado. Entretanto, não significa a inexistência de processos de banalidade do mal, mas sim que é a aquiescência moral, consolidada com a banalização do mal, que é capaz de explicar e trazer a compreensão de como ocorre a adesão coletiva. A normopatia e a acriticidade coexistem no contexto da violência contra a mulher, no entanto a adesão a ideias e práticas vindouras de personalidades com essas características não está associada ao constrangimento/obrigatoriedade perpetuado pelo Estado, e sim pelo aquiescimento moral permissivo de banalizar dramas.

Esses dramas banalizados no contexto da violência contra a mulher, e que são possíveis de existirem nos territórios de saúde, são compreendidos

1. Dejours (2007, p. 143) justifica o conceito de drama e dramatização a partir da leitura proposta por Erving Goffman quanto a “encenação” no sentido da teatralidade, contribuindo na busca e compreensão para retratar as relações sociais.

como acontecimentos vivenciados pelo sujeito, os quais carregam em si sua expressão de maneira integral. São, na prática, as manifestações narrativas daquilo que se sente, daquilo que sofreu, daquilo que atinge esse sujeito, considerando todo espectro de sofrimento oriundo desses acontecimentos. Trata-se, portanto, de compreender a violência em sua essência dramática como causadora de sofrimento e de desestabilização e capaz de afetar subjetividades e modos de ser e estar no mundo.

Em contrapartida, a possibilidade de dramas no território de saúde carregam em si a própria possibilidade do desdrama, ou seja, a desconsideração do que o sujeito expressa, impossibilitando que seja a mulher acolhida em suas contrariedades. O desdrama, praticado por quem for, tenta justificar a violência ou tolerar o mal praticado a partir de argumentos – que podem ser superficiais quanto ao conteúdo ou mais elaborados e carregados de argumentos plausíveis –, com os quais se deslegitima a narrativa e as vivências de quem as dramatiza. Ou ainda, impossibilita o sujeito de compreender que experiencia a violência (POLITZER, 1998).

Contudo a desdramatização e a não consciência da violência não podem ser explicadas, ou mesmo justificadas, com a responsabilização exclusiva da mulher violentada, a qual está inserida em contexto em que essa prática é moralmente aquiescida. Responsabilizá-la pelo próprio enfrentamento de sua realidade de violência é, por si só, inseri-la em mais um espectro de violência.

Inobstante, importa a consideração de que a aquiescência moral também atinge profissionais de saúde, que os enredam em práticas capazes de desdramatizar a violência. Essa possibilidade está associada ao contexto de trabalho que esses profissionais estão inseridos.

Assim, dada a contemporaneidade desse tema e a propositura de compreensões a partir de contextos de trabalho, situa-se a representação deste artigo no contexto neoliberal. Associa-se ao conceito neoliberal, ou neoliberalismo, um conjunto de políticas que privatizam a propriedade e os serviços públicos, reduzem o Estado social, precarizam o trabalho e desregulam o capital, podendo ser entendido como um fenômeno que amplia a esfera de competição do mercado, economicizando tudo e atacando as possibilidades de justiça social em prol da liberdade de mercado (BROWN, 2019).

Esse cenário de economicização também atinge a instituição Saúde. E nela é possível identificar contrariedades no atendimento à mulher violentada, quando, por exemplo, reflete em condições de precariedade postas aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde que atuam no acolhimento de mulheres violentadas. Assevera esse cenário as distorções comunicacionais que criam falsas ideias, como a de que o contexto social de escassez de emprego seja motivante para a aceitação das condições de trabalho impostas. Ou ainda, de que situações de assédio e violência no trabalho são um fato sem volta em nome da produtividade (DEJOURS, 2007; SIQUEIRA; MEMÓRIA, 2019).

No estabelecimento desse contexto, argumenta-se que o fato social da violência contra a mulher é atravessado por processos de *banalidade* e de *banalização do mal*. Defende-se a hipótese de que a *banalidade do mal* seja permissora da produção da violência, situando a normopatia na personalidade do agressor, mediante sua aquiescência moral de que o ato violento é adequado e normal. Essa hipótese, eventualmente, pode ser contradita quando ações de conscientização ou possibilidade de punição são funcionantes o suficiente para despertar a consciência do agressor quanto aos atos praticados.

Diferentemente, a referida hipótese encontra respaldo quando nem a mais severa possibilidade de punição é passível de despertar a consciência do agressor. Contribui o exemplo de Eichmann, que, mesmo na possibilidade de ser condenado à forca (tal como foi), insiste na legalidade e moralidade de seus atos. Nesse sentido, a frase atribuída a ele – “um dos poucos dons com que o destino me abençoou é a capacidade para a verdade, na medida em que ela depende de mim” (EICHMANN apud ARENDT, 1999, p. 36) – enaltece suas convicções mesmo perante a morte: “A cada uma das acusações, Eichmann declarou-se: ‘Inocente, no sentido da acusação’”(ARENDT, 1999, p. 17).

Analogamente, no contexto da violência contra a mulher, indícios de banalidade são percebidos mediante expressões de concordância moral e de desdramatização. A consolidação desse fato se estabelece mesmo diante da possibilidade de punição via instrumento jurídico, a Lei Maria da Penha, ou ainda mesmo quando há sua aplicação, tal como o estabelecimento de medidas protetivas. Esses indícios são percebidos nas expressões de agressores, homens, conforme estudo sobre as

representações sociais da violência contra a mulher apresentado por Madureira e colaboradores (2020):

[...] toda ação tem uma reação, não adianta as pessoas quererem dizer alguma coisa que tem que ter controle, não tem. [...] por isso que esses homens saem dessas cadeias, e matam essas mulheres, porque elas não pensam nas consequências [...]. Quando o cara sai de uma situação que abrem a cela dele, a cabeça dele é só pegar a mulher se ela dever. [...] contra o gosto ele vai preso, talvez ele sai, e daqui uns dias ela está com outro cara na rua porque não dá nada, é erro [...]. (Ind. 12) (MADUREIRA *et al.*, 2020, p. 5).

[...] a Maria da Penha, hoje em dia, infelizmente, ela favorece totalmente a mulher, se a mulher falar tal coisa, aquilo vai ser levado como se fosse a verdade, a ferro e fogo. [...] se a mulher acusar, não é ela que tem que provar que o homem é culpado, e sim o homem que tem que achar uma maneira de provar que é inocente. Acho que a mulher é bem errada, da Maria da Penha, porque a pessoa fala e acreditam. [...]. (Ind. 06) (MADUREIRA *et al.*, 2020, p. 4).

Os indícios de *banalidade do mal* perfazem uma impossibilidade, se não insistência, de adesão à prática de violência com justificativas enraizadas. A justificação desses atos parece funcionar como barreira de conscientizar e/ou reeducar o sujeito agressor. Com efeito, a exemplo de Eichmann, inserido em processos de *banalidade do mal*, essas barreiras configuram-se fato complexo, haja vista que o relato de seu julgamento evidencia a ineficácia da instrumentalização da violência, incapaz de fazê-lo demonstrar consciência de ter sido funcionante como engrenagem. Nesse caso, nem a força do Estado de Israel é tornada efetiva, ocorrendo a objetificação do corpo do condenado (ARENDDT, 1999).

Em contrapartida, como alento à existência de personalidades normopáticas, mas que também é útil como alerta/aviso para tempos contemporâneos, é condizente evidenciar que a descrição da *banalidade do mal*, inclusive a própria adesão coletiva, é feita a partir de um crime contra a humanidade fomentado pelo Estado, consoante com responsabilidade política (ARENDDT, 1999). Além disso, é imperativo lembrar a exceção de personalidades normopáticas, o que constrói a hipótese de que, no

fato social da violência contra a mulher, estão em curso, principalmente, processos de *banalização do mal*.

Ressalta-se que a construção da hipótese deste texto admite que indícios de *banalidade do mal* possam ser percebidos na atuação de profissionais de saúde. A hipótese estaria confirmada quando, mesmo com instrumentos que possibilitem a manifestação da dramatização do mal, tais como a própria Lei Maria da Penha, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus dispositivos ou ainda a Política Nacional de Humanização, existe, por parte do profissional da saúde, aquiescência moral e anuência à violência praticada (BRASIL, 2004, 2006, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher é compreendida como prática social e persiste nas sociedades mediante o discursivo produzido historicamente de que há assimetria entre a produção do sujeito homem e do sujeito mulher. Neste capítulo, buscou-se discorrer sobre os conceitos de *banalidade do mal*, desenvolvido por Arendt (1999), e de *banalização do mal*, apresentado por Dejours (2007), em busca de compreensões transdisciplinares e de subsidiar possibilidades para quais caminhos teórico-epistemológicos seguir.

Assim, os conceitos centrais deste texto são indissociáveis: a compreensão da *banalização do mal* é atravessada pelo entendimento da própria *banalidade do mal*. Isso ocorre pois a concepção de *banalização do mal* proposta por Dejours tem como ponto de partida a ideia de *banalidade do mal* desvelada por Arendt, em que um dos elementos centrais está na personalidade do acusado Adolf Eichmann, posto sob a condição de normalidade, incapaz de pensar e, por conseguinte, de se comunicar. Mas à medida que a banalidade do mal se insere no contexto de diferentes personalidades, emerge a *banalização do mal* como adesão coletiva a determinado(s) discurso(s), contribuindo para a desdramatização da violência contra a mulher.

Portanto, o fato social da violência de gênero contra a mulher é atravessado por processos de *banalidade* e *banalização do mal*. Na *banalidade*

do mal, encontramos a premissa da produção da violência, situando a normopatia na personalidade de quem agride, mediante a aquiescência moral de que o ato violento é adequado. Já a adesão coletiva, a permissividade coletiva à violência, ocorre pelo funcionamento da *banalização do mal*, sendo esse conceito mais adequado para compreender os diferentes tensionamentos que contribuem na manutenção das práticas de violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS

ARENDET, H. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Potencialidades investigativas para a violência de gênero: utilização da análise de discurso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1721-1730, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500013>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_p_nh_folheto.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente**. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHAES, F. F.; SILVA, R. B.; LIMA, A. B. Banalização do Mal na Contemporaneidade e os Efeitos Necropolíticos na Sociedade Brasileira. **Revista Subjetividades**, v. 20, n. 3, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i3.e10750>.

CUBAS, M. G.; ZAREMBA, J. AMÂNCIO, T. Brasil registra 1 caso de agressão a mulher a cada 4 minutos, mostra levantamento. **Deltafolha**, 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/09/brasil-registra-1-caso-de-agressao-a-mulher-a-cada-4-minutos-mostra-levantamento.shtml>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DEJOURS, C. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

SILÊNCIO das Inocentes. Direção de Ique Gazzola. Rio de Janeiro: Voglia Produções Artísticas; Arte em Movimento, 2010. 1 DVD. (50 min).

MADUREIRA, A. B.; MANTOVANI, M. F.; SILVA, A. T. M.; SOUZA, P. B.; FERRAZ, M. I. R.; RAIMONDO, M. L. Social representations of aggressive men denounced for violence against women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0824>.

MENEGHEL, S. N.; MUELLER, B.; COLLAZIOL, M. E.; QUADROS, M. M. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300015>.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa – Violência contra as mulheres. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=566%209:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820#gsc.tab=0. Acesso em: 20 maio 2019.

PERES, W. S. Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos. In: SOUZA, L. A. F.; SABATINE, T. T.; MAGALHÃES, B. R. M. (Orgs.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. 1. ed. Marília: Oficina Universitária; Cultura Acadêmica, 2011. p. 69-104.

POLITZER, G. **Crítica aos Fundamentos da Psicologia** – a psicologia e a psicanálise. Piracicaba, SP: UNIMEP, 1998.

SIQUEIRA, N. S.; MEMÓRIA, C. V. A “banalidade do mal” nas empresas: revisitando Hannah Arendt”. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 14, n. 2, p. 1-23, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/1981369431009>

SOUZA, E. M. A Teoria Queer e os Estudos Organizacionais: Revisando Conceitos sobre Identidade. **Revista de Administração Contemporânea**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 308-326, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017150185>.

TAUCHES, K. Transgendering: challenging the “normal”. In: SEIDMAN, S.; FISCHER, N.; MEEKS, C. (Eds.). **Handbook of the new sexuality studies**. New York: Routledge. 2006. p. 173-179.

XARÃO, J. F. L. Banalização da “Banalidade do Mal”. **Pensando - Revista de Filosofia**, v. 8, n. 15, 2017. DOI: <https://doi.org/10.26694/pensando.v8i15.4548>.

2

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
BÁRBARA STHEPHANY DE PAULA LACERDA
FABIANA TURINO
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**COLETIVOS DE
MULHERES NAS
UNIVERSIDADES
FEDERAIS BRASILEIRAS:
PARA ALÉM DAS
QUESTÕES DE GÊNERO**

A CRISE NA UNIVERSIDADE TEM ROSTO DE MULHER

*Por que a ciência nos é inútil?
Porque somos excluídas dos cargos públicos;
e por que somos excluídas dos cargos públicos?
Porque não temos ciência.
Nísia Floresta, 1989, p. 52*

A citação da escritora Nísia Floresta presente em seu livro *Direitos das mulheres e injustiça dos homens* (1989) reflete as desigualdades vividas pelas mulheres durante o século XIX. Em 1832, Nísia já defendia o acesso igualitário à educação e aos direitos políticos para as mulheres. Historiadores a consideram como a pioneira da educação e do feminismo no Brasil. A escritora, nascida no Rio Grande do Norte em 1810, lutou bravamente pelo reconhecimento das potencialidades das mulheres em um contexto adverso no qual a mulher era concebida como intelectualmente inferior ao homem (SHARPE-VALADARES, 1989).

Dois séculos se passaram e o sistema de ensino superior no Brasil cresceu significativamente nos últimos 20 anos devido à expansão das universidades federais e à proliferação de faculdades privadas. Estudos como o Censo da Educação Superior (2022) e a Pesquisa do Perfil Socioeconômico dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais (2019) destacam essa transformação na educação superior brasileira, especialmente nas universidades públicas. Segundo o último Censo, a maioria dos graduandos nas universidades federais brasileiras são mulheres, representando 54,6% da comunidade. Mais da metade deles

têm entre 20 e 24 anos, e 78,1% se identificam como heterossexuais. Além disso, 51,2% dos graduandos são negros (INEP, 2022; FONAPRACE, 2019).

Todavia, mesmo diante desse novo contexto acadêmico, marcado pela significativa presença feminina no Ensino Superior, ainda é possível identificar traços de opressões vividas no século XIX. Por isso, o debate sobre o acesso à educação de mulheres ainda é tão atual, sendo extremamente necessário abordar as opressões e violências vivenciadas pelas mulheres, entre elas a repressão intelectual, como atos de inferiorização e desvalorização da sua capacidade na sociedade. Um estudo realizado na Europa identificou que mulheres convidadas para congressos médicos representavam menos de 50% dos palestrantes, mesmo em palestras cuja o tema era de especialidades com alta porcentagem de mulheres (ARORA *et al.*, 2020). Outro estudo argumenta que a formação de bancas masculinas é menos propícia a convidar mulheres ou optam mais frequentemente por homens palestrantes (MELNIKOFF; VALIAN, 2019).

Nas produções científicas, os artigos femininos são menos citados (JOHNSON; SMITH; WANG, 2017) e mulheres são menos propícias a serem convidadas a eventos e a ganharem prêmios ou bolsas de pesquisa valorizadas, o que se torna um ciclo de obstáculos recorrentes para adquirir prestígio no ambiente acadêmico (SHARPE *et al.*, 2020; GERULL *et al.*, 2020), afetando também a capacidade de *network* da pesquisadora (FISHER *et al.*, 2020). Outro estudo mostrou que mulheres mais jovens, sem filhos ou divorciadas tinham mais probabilidade de terem ascensão profissional na área científica quando em comparação com mulheres com filhos ou casadas (WILLIAMS; CECI, 2015). Esse fato corrobora com o argumento de que o peso dos papéis tradicionalmente impostos ao feminino na sociedade contemporânea tem raízes profundas na história das civilizações (ZHUGE *et al.*, 2011), bem como os desafios impostos às mulheres no âmbito acadêmico.

Associam-se a esses desafios, preconceitos e estigmas que impactam a mobilidade social das mulheres. Valores conservadores associados à maternidade, à família e ao lar colocam as mulheres em desvantagem quando tentam ocupar cargos ou posições dominadas pelo masculino (GONZALEZ, 2020; CHERYAN *et al.*, 2017). São muitos os

atravessamentos que constituem uma rede complexa de impactos na carreira de mulheres pesquisadoras, motivo pelo qual o debate de representação torna-se indispensável no contexto universitário.

Historicamente, para as mulheres, estar na universidade sempre foi um desafio. Além de lidar com os impasses inerentes à formação, precisam lutar para serem respeitadas e fazer valer sua voz diante da invisibilização de suas causas (CECI *et al.*, 2014). São representações diárias que insistem em naturalizar estigmas e preconceitos por meio da falsa ideia de que a universidade é um espaço permeado pela igualdade e democracia racial (CECI *et al.*, 2014). Tal situação cria uma cortina de fumaça que esconde o verdadeiro problema: o fato de que, no meio acadêmico, ainda predominam os ideais colonialistas que atualizam opressões e violências.

Não é raro mulheres descreverem o ambiente acadêmico como hostil e desconfortável, sendo constantemente vitimadas pela discriminação ou assédio sexual, especialmente em áreas acadêmicas ligadas a ciências, tecnologia, engenharia e matemática (CASAD *et al.*, 2021). Assim, entre as diversas questões que surgem acerca da presença das mulheres na universidade, destacam-se duas grandes problemáticas: a sub-representação vinculada às questões de raça e classe; e o descaso e, por que não dizer, a invisibilização em relação à discriminação diária que oprime as mulheres na universidade (JOELS; MASON, 2014; THE LANCET, 2019).

A universidade ainda é um espaço no qual as mulheres são constantemente julgadas, subvalorizadas e ridicularizadas. Por outro lado, sabe-se que o meio acadêmico também se constitui como uma das chaves de liberdade para as mulheres, uma vez que permite certo grau de autonomia em suas vidas (THE LANCET, 2019). Nesse sentido, é válido afirmar que a presença de coletivos de mulheres no meio acadêmico constitui um movimento de resistência ao seu apagamento na universidade, engendrado pelas estruturas racistas, heteropatriarcais e capitalistas que, continuamente, desconsideram o saber das mulheres negras, indígenas, terceiro mundistas. Trata-se, portanto, de um problema que precisa ser investigado para além das questões de gênero como categoria isolada (AKOTIRENE, 2023).

Diante disso, este estudo parte da hipótese de que a presença de coletivos de mulheres nas universidades públicas federais constitui-se como espaços de representatividade e (re)conhecimento de si. É imperativo

discutir esse assunto para que seja possível ampliar o debate que orienta a construção de políticas afirmativas com potencialidade para combater as estruturas da desigualdade no acesso à educação de meninas e mulheres no Brasil.

Trata-se de uma temática que se tornou foco dos estudos interdisciplinares há pouco tempo, principalmente no campo da Saúde, ficando restrita aos estudos organizacionais (LETA, 2014). Isso faz com que este estudo seja relevante, uma vez que pode contribuir com um tema ainda pouco explorado no campo da Saúde Coletiva.

Este capítulo faz parte de uma tese de doutorado que visa contribuir para o emergente campo de pesquisa sobre coletivos universitários de mulheres, que, por ser uma forma de organização política mais recente, necessita de estudos mais aprofundados. Nesse contexto, busca-se identificar os espaços de representatividade feminina nas universidades federais brasileiras, procurando compreender como os coletivos femininos atuam no meio acadêmico. Para refletir sobre as opressões e resistências de mulheres no ambiente universitário, as questões de gênero serão analisadas desde uma perspectiva que assume a inseparabilidade entre racismo, heteropatriarcado e capitalismo, entendidos como desafios políticos.

O presente capítulo está estruturado em quatro partes. A primeira parte contextualiza a presença feminina na universidade, ressaltando desafios e conquistas. Em seguida, na segunda parte, discute-se a potência dos coletivos de mulheres nas universidades e sua insubmissão à colonialidade do poder. Na terceira parte, apresentamos os resultados da pesquisa de caráter exploratório sobre os coletivos femininos mapeados nas 69 universidades federais brasileiras. Finalmente, a última parte apresenta uma análise dos resultados desde a perspectiva da colonialidade, buscando abrir caminho para reflexões decolonialistas na universidade.

MULHERES E UNIVERSIDADE NO BRASIL: RESISTÊNCIA À COLONIALIDADE

A educação é o poder das mulheres.

Malala Yousafzai¹

O ensino superior no Brasil começou mais tarde em comparação com outras colônias europeias nas Américas. As primeiras faculdades de medicina foram implantadas no Rio de Janeiro e na Bahia no século XIX (TRINDADE, 2012). Surgiram escolas superiores e faculdades isoladas em diferentes regiões do país, consolidando um modelo de educação superior sem universidades (SEABRA SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2012). Somente nas primeiras décadas do século XX é que foram instaladas as primeiras universidades por iniciativas locais, mas o processo de federalização só teve início na década de 1940.

As universidades no Brasil são herança de uma sociedade patriarcal e capitalista, que, ao longo do tempo, foi caracterizada por valores conservadores associados à burguesia, ao elitismo, à hierarquia e à meritocracia. Por isso, apresentam uma trajetória marcada pelo elitismo e exclusão, porque sempre foram voltadas para homens de classes mais privilegiadas e brancas da população (RISTOFF, 1999). Nesse contexto, as mulheres foram invisibilizadas quanto ao seu direito à educação, que, por muito tempo, esteve limitada ao ensino de tarefas domésticas, como bordar, costurar, cuidar da casa, dos filhos e do marido. Enquanto isso, os homens tinham acesso à leitura, escrita e educação superior com maior facilidade.

Durante toda a época colonial, Portugal não teve nenhum interesse em investir na educação de sua colônia, mantendo a dependência desta em relação à metrópole (BAUER; JARDILINO, 2005). Os filhos de famílias mais abastadas podiam estudar em Portugal, mas a educação das mulheres estava limitada às tarefas domésticas. Mulheres brancas,

1. Malala Yousafzai é uma ativista paquistanesa que ficou internacionalmente conhecida por defender o direito das mulheres de terem acesso à educação. Foi a pessoa mais nova a ser laureada com um prêmio Nobel.

YOUSAFZAI, Malala. **Eu sou Malala**: a história da garota que defendeu o direito à educação e foi baleada pelo Talibã. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

ricas, pobres, negras, escravas ou indígenas não tinham acesso à leitura ou escrita. Até mesmo as mulheres portuguesas, em sua maioria, eram analfabetas (RIBEIRO, 2007). A primeira mulher brasileira a realizar um curso superior graduou-se em medicina em Nova York em 1876. No entanto, Augusta Generosa Estrela foi proibida de exercer sua profissão em terras brasileiras.

As mulheres só foram autorizadas a frequentar curso superior no Brasil no final do século XIX (1879), por decreto de Dom Pedro II. A primeira mulher a ingressar na universidade, em 1887, formou-se em medicina na Bahia, mas, assim como outras mulheres graduadas, eram invisibilizadas diante de uma sociedade patriarcal que desqualificava sua capacidade intelectual sob um véu que camuflava o preconceito, a misoginia e o sexismo (BLAY; CONCEIÇÃO, 1991).

Após a instalação dos primeiros campi das universidades federais nas décadas de 1950 e 1960, houve um crescimento lento até a década de 1980. Com a expansão das universidades, veio a conquista do livre acesso das mulheres ao ensino superior no Brasil, quase um século depois que os homens (FREITAS; DAVID, 2019; NEVES; MARTINS, 2016). Destaca-se que foi resultado de uma longa e árdua luta travada por elas em meio a movimentos feministas que se multiplicaram na década de 1970, período de retorno de exilados políticos ao Brasil vindos de países em que os debates de gênero estavam em alta (COFEN, 2020).

O movimento de mulheres também esteve à frente na luta pela Reforma Sanitária na década de 1970 e 1980 em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 1975, grupos feministas se organizaram em várias cidades do Brasil, como São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Salvador e Belo Horizonte. Surgiram organizações como a Sociedade Brasil Mulher, Associação Nós Mulheres e o Centro da Mulher Brasileira. Em 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou o Ano Internacional da Mulher. As demandas feministas passaram a incluir não apenas direitos políticos e econômicos, mas também liberdade sexual e autonomia sobre o próprio corpo, o que incluía o direito pleno à educação superior (COFEN, 2020).

Na década de 1990, houve uma redução do investimento nas universidades públicas e um aumento significativo das instituições privadas de ensino superior (GONÇALVES, 2008; DUTRA, 2012; TRAINA-CHAÇON; CALDERÓN, 2015). Em um cenário em que é preciso pagar para

ter acesso ao ensino superior, a exclusão é a consequência, principalmente para mulheres empobrecidas e chefes de família.

A partir dos anos 2000, o ensino superior público passou por uma nova fase de crescimento, dobrando o número de campi universitários em todo o país. O Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), implantado no governo Lula a partir de 2007, foi a principal política pública responsável pelo crescimento do ensino superior. O REUNI visava aumentar as vagas e expandir a rede universitária, especialmente para atender o interior do país. Houve uma primeira fase de expansão entre 2003 e 2007 e outra fase significativa entre 2011 e 2015, durante o governo Dilma. O processo de interiorização dos campi resultou em um aumento de aproximadamente 70% das matrículas presenciais na rede federal (BIZERRIL; LE GUERROUÉ, 2012).

A expansão de vagas, a interiorização dos campi, principalmente no Nordeste, e a implementação de políticas de cotas contribuíram para uma mudança no perfil dos estudantes que ingressam na universidade pública. Pode-se afirmar que, atualmente, há uma maior representatividade e proximidade com a diversidade da sociedade brasileira (FREITAS; DAVID, 2019), mas ainda existe uma longa estrada a percorrer no que diz respeito à garantia da igualdade e equidade nesses espaços institucionais.

Embora as instituições de ensino superior tenham se multiplicado no Brasil e ampliado o acesso para grupos mais diversificados, continuam a retratar valores sociais com viés machista, patriarcal e discriminatório, perpetuando esses princípios por meio de seus discursos e práticas políticas. A presença de pessoas com diversidade de gênero, classe e raça/etnia nesse ambiente elitizado, anteriormente dominado por homens brancos de elite, suscitou discussões e provocou rupturas com padrões enraizados, ao ampliar a inclusão da cultura de povos historicamente marginalizados pelo colonialismo².

Mesmo passado o período colonial, seus princípios se perpetuaram na modernidade através da colonialidade³, estabelecendo-se por meio da ideia

-
2. Período histórico em que os povos ibéricos colonizaram a América Latina, marcado por relações de dominação, exploração e controle sobre as colônias, resultando na acumulação de capital para os países europeus (AVILA, 2021).
 3. A colonialidade pode ser definida como uma estrutura de poder que persiste na

universal que nivelou as diferenças, tanto geográficas quanto identitárias de vários povos, ignorando raças/etnias, políticas sociais e econômicas singulares, o que resultou no apagamento e subalternização de suas histórias e conhecimentos (MIGNOLO, 2005). A perspectiva dominante do conhecimento na América Latina valoriza a produção intelectual europeia e norte-americana como “ciência” e sabedoria universal, enquanto despreza o pensamento do Sul e os conhecimentos locais (WALSH, 2007).

Verifica-se, então, a instauração de um campo de disputa de forças, no qual as mulheres têm empreendido uma luta constante por espaços igualitários e equitativos na universidade diante de estruturas excludentes que atravessam seus corpos. Essas violências estão representadas no meio acadêmico pela naturalização de declarações que questionam sua capacidade como pesquisadoras, atribuindo isso a diferenças biológicas, limitações nas redes comerciais e visões tradicionais sobre suas carreiras científicas (AKOTIRENE, 2023; BARBOSA *et al.*, 2022). Todavia, as mulheres resistem à colonialidade das universidades e de si mesmas, e sua presença consistente nas instituições de ensino superior e no meio científico é a prova disso.

Mesmo diante da crescente participação das mulheres nas pesquisas científicas e do reconhecimento de seu papel no aumento da produtividade, existe um silenciamento/apagamento que segrega a produção acadêmica feminina, não dando a elas a mesma valorização que é dada aos pesquisadores do sexo masculino. No Brasil, existe uma disparidade de gênero na representação feminina nas ciências, tecnologia e engenharia. Mulheres e homens tendem a se concentrar em áreas distintas, o que resulta, também, em outro tipo de segregação, a ocupacional (PETINELLI-SOUZA; CORCETTI; SARTORI, 2021).

Uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) demonstrou que 90% das docentes estavam vinculadas a departamentos e cursos historicamente relacionados às atribuições femininas, como enfermagem, assistência social e pedagogia (BARBOSA *et al.*, 2022). Os dados são corroborados por pesquisas no Brasil e na América Latina, onde é possível constatar a baixa representatividade de mulheres em cursos

sociedade mesmo após o fim das relações coloniais, sendo uma consequência do colonialismo (AVILA, 2021).

de ciências exatas, tecnologia e engenharia, dominadas majoritariamente por homens (PETINELLI-SOUZA; CORCETTI; SARTORI, 2021).

A sub-representação das mulheres nas universidades pode ser comprovada quando se observa alguns números. Das bolsas de iniciação científica, 59% são de mulheres, entretanto, as bolsas mais prestigiadas (bolsas de produtividade), com maior financiamento, são conquistadas por apenas 35,5% das pesquisadoras. E se for considerado que, dentre elas, apenas 24,6% obtêm as bolsas 1A, as mais altas, fica nítida a queda na representatividade feminina. Outro dado relevante está nas carreiras em áreas exatas e tecnológicas, nas quais há a predominância esmagadora masculina. Além disso, nas universidades federais brasileiras, existem apenas 28,3% de mulheres reitoras e, embora as mulheres sejam maioria entre os formandos de medicina (em média 55%), entre os 115 membros da Academia Brasileira de Medicina, apenas 5 são mulheres, o que representa apenas 4,3% (ALMEIDA, 2018).

Esse fenômeno pode ser analisado desde uma epistemologia feminista que critica o essencialismo do sujeito mulher. Trata-se de uma concepção que vincula todas as mulheres à existência de uma *psiquê* feminina, determinando características inatas, como sensibilidade e disposição para o cuidado, tornando-se uma necessidade interna e uma aspiração profunda da alma feminina. A partir dessa concepção, se valida uma divisão sexual do trabalho, o que implica no fato de que determinadas profissões são mais adequadas às mulheres (BEAUVOIR, 2019; FEDERICI, 2019).

Dessa constatação, deriva o fato de que algumas mulheres em cargos historicamente ocupados por homens, muitas vezes, adotam comportamentos para se adequar à ideia de masculinidade hegemônica, associada a atributos negativos que representam homens desprovidos de emoções, independentes, com pouca ou nenhuma capacidade para exercer o cuidado (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

A perpetuação de clichês e estereótipos sociais contribui para uma divisão do conhecimento com base no gênero, manifestando-se em discriminações que resultam na exclusão das mulheres e, por conseguinte, geram disparidades de gênero nos salários e oportunidades de trabalho. Isso coloca os homens em constante vantagem nos ambientes profissionais. Portanto, as desigualdades de gênero continuam a ser uma parte significativa da desigualdade social no Brasil (FERNANDEZ, 2019; RIBEIRO, 2016).

A sub-representatividade de mulheres em cargos de liderança e destaque também pode ser comprovada pelo Censo da Educação Superior de 2022. Embora a maioria das pessoas formadas em educação e saúde sejam mulheres, há uma baixa representação delas como professoras em universidades públicas. O Censo revela que as mulheres ocupavam menos cargos gerenciais e recebem rendimentos menores em comparação aos homens. Por conseguinte, apesar de possuírem níveis mais elevados de instrução, as mulheres ainda estão longe de conseguir a equiparação salarial (INEP, 2022).

Uma das justificativas utilizadas para não haver mulheres em altos cargos está pautada no argumento de que não existem mulheres com formação adequada para ocupá-los. Até certo ponto isso é verdade: quanto mais alto no sistema, menos mulheres candidatas existem. Mas isso não é uma verdade no início de suas carreiras (EUROPEAN COMMISSION, 2013; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2012). Fato que pode ser comprovado pela quantidade de mulheres que se inserem na universidade.

Uma pesquisa realizada no campo da neurociência nos EUA e na Europa relata que o número de mulheres licenciadas em ciências está equiparado ao de homens. Todavia, esse número começa a diminuir quando chega a cargos mais altos: apenas uma em cada cinco chegam à professora titular e menos de uma em cada dez ao nível de liderança universitária (EUROPEAN COMMISSION, 2013; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2012).

As mulheres negras enfrentam uma desvantagem ainda mais preocupante, pois são alvo de discriminação e preconceito marcado pelo racismo, sexismo e exploração capitalista. Além disso, entre as mulheres, as pardas e negras estão sub-representadas nas universidades. Destaca-se a falta de representatividade racial no perfil do corpo docente, especialmente em cursos em que a maioria dos estudantes se autodeclara preto/pardo. Elas também não aparecem nas referências bibliográficas dos cursos ou trabalhos publicados. Ademais, é necessário analisar a participação das mulheres negras em áreas historicamente dominadas por pessoas brancas, como cursos de medicina, odontologia e direito (BARBOSA *et al.*, 2022). Isso reflete um passado que invalida o conhecimento feminino, desvalorizando suas produções acadêmicas e, especialmente, as produções das mulheres negras, entendidas como um “não saber”, rebaixado e subalternizado (CARNEIRO, 2011).

Ressalta-se que as graves questões que envolvem a situação da mulher na universidade ainda são pouco visibilizadas, até mesmo para quem discute questões relacionadas ao gênero. Isso se dá porque a colonialidade controla as subjetividades, a cultura e a produção do conhecimento por meio de três dimensões: a do poder, do saber e do ser (MIGNOLO, 2005; QUIJANO, 2000). Akotirene (2023) chama atenção para o fato de que até mesmo o feminismo reproduz o racismo, assim como o movimento negro reproduz o machismo.

É preciso descolonizar as produções-pesquisas acadêmicas a partir da inserção de epistemologias que instrumentalizem discussões desde a perspectiva da complexidade, com foco nas relações interseccionais considerando categorias que não podem ser separadas quando se trata de Brasil e América Latina. Significa olhar para a realidade brasileira conhecendo bem o chão que se pisa, o solo brasileiro de passado escravocrata e colonial, e ficar atento às múltiplas estruturas que se atualizam em opressões já experimentadas-vividas anteriormente pelas mulheres na universidade.

OS INSUBMISSOS⁴ COLETIVOS UNIVERSITÁRIOS

*Eu não estou aceitando as coisas que eu não
posso mudar, estou mudando as coisas que eu
não posso aceitar.*
Angela Davis⁵

As reflexões apresentadas permitem constatar que o acesso à matrícula não é suficiente para incluir integralmente as mulheres nas instituições de ensino superior e, muito menos, no mercado de trabalho.

-
4. Insubmissos porque se trata de movimentos capazes de questionar a submissão que é imposta pela colonialidade aplicando a crítica feminista às relações desiguais na universidade.
 5. DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

Ressalta-se que as políticas de cotas, raciais ou de classe existentes não podem ser as únicas políticas responsáveis pela garantia de igualdade e equidade na universidade pública, uma vez que não é esse o seu fim. A política de cotas é uma iniciativa de ação afirmativa que procura criar condições equitativas para aqueles que enfrentam desigualdades, com o objetivo de garantir oportunidades educacionais e, por conseguinte, a inserção no mercado de trabalho (MOLL; MANFIO, 2019).

No que se refere à democratização de acesso ao espaço universitário, as políticas de cotas têm contribuindo significativamente, impactando, inclusive, a mobilidade social de alunos cotistas e suas famílias (JUNIOR, 2023). Todavia é necessário e urgente ir além. Para que seja possível construir outras ações afirmativas, é fundamental acompanhar as transformações ocorridas no âmbito das universidades públicas federais, a fim de ampliar o conhecimento sobre a realidade enfrentada pelas mulheres nesse território movediço.

A partir dessa problemática, propõe-se ampliar as discussões sobre uma nova forma de organização social que tem ganhado força dentro das universidades: os coletivos universitários, mais precisamente os coletivos de mulheres nas universidades federais brasileiras.

Historicizando o contexto do surgimento dos coletivos, retoma-se o período após o início da redemocratização no Brasil, quando os movimentos sociais ganharam um novo impulso, concentrando-se em questões de justiça social e na busca pela solução para diversas questões relacionadas aos direitos humanos (PAIVA *et al*, 2014). Nesse contexto, houve uma mudança na estrutura reivindicatória do ambiente universitário. Os coletivos se tornaram uma alternativa aos Centros Acadêmicos (CAs) e Diretórios Centrais dos Estudantes (DCEs), nos quais as relações são hierarquizadas a partir da presença de eleições e de representantes. Nos coletivos, não existe essa verticalidade nas relações e todos os membros atuam diretamente nas decisões do grupo, compartilhando opiniões, ideias e pautas sobre a universidade e a sociedade em geral (PUC-RIO, 2017). Segundo Paiva (2014), os “novos” movimentos sociais são aqueles que não estão ligados a classes, sindicatos ou partidos políticos. Essa definição se aproxima da proposta dos “coletivos”. Além disso, a maneira como esses grupos se encontram para debater, interagir e tomar decisões está alinhada com a nova geração de jovens.

Os coletivos são uma forma de engajamento político menos formal e institucionalizada, adequada a grupos que historicamente enfrentam dificuldades para se integrar em outras formas tradicionais de ação política. Além da busca por inclusão, outros fatores influenciam o engajamento desses sujeitos nos coletivos que se dedicam à defesa de causas em prol de ideais políticos e sociais (FREITAS; DAVID, 2019). Assim, os coletivos universitários são grupos auto-organizados que surgem da necessidade de troca de experiências, acolhimento e representatividade, depois do encontro com estruturas que reproduzem o racismo, a homofobia e o sexismo (MEDEIROS, 2017).

Os coletivos surgem, então, da união de sujeitos que compartilham condições de subalternização resultante do encontro na universidade com desigualdades estruturais, como o empobrecimento, situações de racismo e violência de gênero. Montoya (2010) analisou jovens em Medellín, na Colômbia, e constatou que os coletivos juvenis expressam seus interesses e objetivos por meio de grupos culturais, estéticos, musicais e de resistência. Dessa forma, os coletivos discutem sobre as desigualdades socioculturais, preconceitos, violência e discriminação presentes na universidade.

O papel dos coletivos estudantis no enfrentamento das opressões de gênero na universidade pública brasileira é tornar visíveis essas e outras formas de opressão, conscientizar sobre o racismo e sexismo presentes no ambiente acadêmico e promover mudanças por meio de ações políticas. Isso envolve compreender a violência de gênero sistematicamente racista e avançar em relação ao feminismo hegemônico, aquele produzido por feministas brancas e situadas em países centrais⁶, adotando o feminismo decolonial como conceito central (LUGONES, 2008, 2010, 2012, 2014; PAREDES; GUZMÁN, 2014).

Nesse contexto, faz-se ainda necessário ressaltar que a colonialidade pode ser definida como uma estrutura de poder que persiste na sociedade mesmo após o fim das relações coloniais, sendo uma consequência do colonialismo. A colonialidade atualizou as opressões pela ótica de que países do Norte são o modelo de desenvolvimento a ser alcançado pelo Sul

6. Pensamentos de feministas norte-americanas, como Sandra Harding, Donna Haraway, Judith Butler e Londa Schiebinger; e de feministas europeias, como Alicia Puleo, Cynthia Cockburn, Michelle Perrot, Danielle Kergoat, entre outras.

(AVILA, 2021). O discurso de dominação se encarregou de desconsiderar a história, a cultura, a religião, a raça/etnia e, principalmente, as opressões e resistências vividas pela América Latina, em função da propagação de uma história única, como bem explica Adichie (2019), uma história contada pela perspectiva dos colonizadores, dando continuidade à disseminação do pensamento colonial, que se manifesta principalmente sobre as relações de poder, saber e ser dominantes.

A colonialidade do saber, numa esfera epistemológica, estabeleceu uma narrativa que marginalizou o saber dos povos colonizados, substituindo-os por modelos eurocêntricos (MIGNOLO, 2005). A Europa promoveu e difundiu a ciência como um único modelo universal e objetivo na geração de conhecimento, excluindo todas as outras formas de conhecimento das regiões periféricas do Ocidente (OLIVEIRA; CANDAU, 2010). Essa visão dominante do conhecimento permeia as instituições de ensino na América Latina, nas quais a produção intelectual euro-norte-americana é exaltada como “ciência” e sabedoria universal, enquanto o pensamento do Sul e os conhecimentos locais são relegados a segundo plano.

Já a colonialidade do ser pode ser percebida pela inferiorização do subalterno colonial que passou a considerar seus saberes e modos de vida inferiores aos da cultura eurocêntrica. Ainda existem estruturas que privilegiam a promoção do conhecimento europeu e norte-americano em vez de valorizar o conhecimento latino-americano e regional (MIGNOLO, 2005). Como essa abordagem é marcada por valores e ideais patriarcais, racistas e capitalistas que primam pela produtividade, neutralidade e objetividade, característica dos homens, fazer ciência no Brasil, desde esse paradigma, resulta na marginalização contínua das mulheres, que são excluídas desses espaços notadamente feito por homens para homens.

A colonialidade do poder se manifesta principalmente na esfera econômica-política, atualizando a exploração dos povos inferiorizados (MIGNOLO, 2005). Por isso, estudantes, docentes e até funcionários se unem na luta pela sobrevivência na universidade, criam e participam de coletivos universitários para promover mudanças em suas condições de permanência nesses espaços. Esses coletivos se organizam por autogestão, de forma autônoma e horizontalizada e buscam refletir sobre aquilo que os oprime, a fim de encontrar modos de romper com uma longa história de exclusão e opressão. São modos de militância política, entendida aqui não

como política partidária, mas como a capacidade de refletir criticamente e coletivamente sobre o mundo, buscando o bem comum para todas/os (FREITAS; DAVID, 2019). A participação de grupos minoritários e sua atuação nas universidades e na sociedade em geral desempenham um papel crucial na luta contra as diversas formas de desigualdade de gênero na busca por uma cidadania completa (AMARAL; NAVES, 2020).

Para Mignolo (2005), a colonialidade do saber deve ser constantemente desobedecida, sendo essa desobediência epistêmica o primeiro degrau para a descolonização do saber. A epistemologia feminista precisa dessa dimensão simbólica para que seja capaz de combater as desigualdades associadas a raça, gênero e classe (AMARAL; NAVES, 2020).

Na esteira desse pensamento, os coletivos podem ser caracterizados como insubmissos, uma vez que problematizam as relações de exploração e opressão na universidade, desobedecendo as estruturas herdadas do colonialismo, recuperando o conhecimento sobre si, valorizando outras formas de produzir conhecimento e de compreender o mundo.

COLETIVOS DE MULHERES: INVISÍVEIS OU INVISIBILIZADAS?

O pessoal da orientação sexual não vai retroceder em suas lutas, as mulheres não vão recuar nas suas agendas; nós não vamos voltar para a senzala. E isso está colocado. Vai ter luta!

Sueli Carneiro⁷

Esta pesquisa possui caráter exploratório associado a uma revisão bibliográfica. Trata-se de uma pesquisa de caráter inédito, uma vez que a

-
7. Aparecida Sueli Carneiro é uma filósofa, escritora e ativista antirracismo do movimento social negro brasileiro, fundadora e atual diretora do Geledés – Instituto da Mulher Negra e considerada uma das principais autoras do feminismo negro no Brasil. CARNEIRO, S. **Sobrevivente, testemunha e porta-voz.** [Entrevista concedida a] Bianca Santana. *Cult*, São Paulo, 9 mai. 2017. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/sueli-carneiro-sobrevivente-testemunha-e-porta-voz/>. Acesso em: 31 mar. 2024.

revisão bibliográfica demonstrou que ainda não existe nenhum mapeamento de coletivos de mulheres com foco nas universidades federais com abrangência nacional no campo da saúde.

A metodologia escolhida parte de uma abordagem quanti-qualitativa com análise temática (SAWATSKY; RATELLE; BECKMAN, 2019), uma vez que permite a identificação e categorização de temas recorrentes para possibilitar a síntese de aspectos recorrentes entre dados.

O estudo, desenvolvido entre setembro de 2021 a junho de 2022, foi composto por três etapas: revisão bibliográfica; levantamento de universidades federais brasileiras; e classificação das características dos coletivos de mulheres identificados nas universidades federais públicas.

Na primeira etapa da pesquisa, foi feita a revisão, utilizando os bancos de dados Scielo, PubMed e Google Scholar. Na revisão da literatura, foram selecionadas 27 referências científicas com abordagens diversificadas de autoria nacional e internacional, principalmente da América Latina, considerando as pautas feministas de forma plural, permitindo a familiarização com as demandas pertinentes ao tema.

Em seguida, as universidades federais brasileiras foram identificadas, totalizando 69, e organizadas por região geográfica a partir das informações disponíveis no portal do Ministério da Educação (Tabela 1).

Tabela 1. Número de coletivos de mulheres identificados nas universidades federais do Brasil por região.

Região Geográfica	Universidades Federais (Sigla)	Nº de Coletivos por Universidade	Nº de Coletivos por Região	Concentração Regional (%)
	UnB	1		
	UFGD	1		
	UFG	4		
Centro-oeste	UFCat	1	9	14,29
	UFJ	0		
	UFMT	1		
	UFR	0		
	UFMS	1		

Região Geográfica	Universidades Federais (Sigla)	Nº de Coletivos por Universidade	Nº de Coletivos por Região	Concentração Regional (%)
Nordeste	UFAL	1	13	20,63
	UFBA	3		
	UFSB	0		
	UFRB	1		
	UFOB	0		
	UNILAB	1		
	UFCA	2		
	UFC	0		
	UFMA	0		
	UFPB	1		
	UFCG	0		
	UFPE	1		
	UNIVASF	0		
	UFRPE	1		
	UFAPE	0		
	UFDPAr	0		
	UFPI	0		
	UFRN	0		
	UFERSA	1		
UFS	1			
Norte	UFAC	1	5	7,94
	UNIFAP	0		
	UFAM	0		
	UFOPA	0		
	UFPA	0		
	UFRA	1		
	UNIFESSPA	1		
	UNIR	0		
	UFRR	1		
	UFT	1		
UFNT	0			

Região Geográfica	Universidades Federais (Sigla)	Nº de Coletivos por Universidade	Nº de Coletivos por Região	Concentração Regional (%)
Sudeste	UFES	3	21	33,33
	UNIFAL-MG	1		
	UNIFEI	0		
	UFJF	3		
	UFLA	0		
	UFMG	1		
	UFOP	1		
	UFSJ	2		
	UFU	1		
	UFV	1		
	UFTM	0		
	UFVJM	1		
	UFSCar	2		
	UNIFESP	1		
	UFABC	1		
	UNIRIO	0		
	UFRJ	1		
	UFF	2		
	UFRRJ	0		
Sul	UTFPR	1	15	23,81
	UNILA	1		
	UFPR	2		
	UFCSPA	0		
	UFPeL	1		
	UFSM	1		
	UNIPAMPA	0		
	FURG	0		
	UFRGS	1		
	UFFS	1		
UFSC	7			

Fonte: Elaboração das autoras

A busca pelos coletivos de mulheres ocorreu utilizando-se de estratégias diversificadas, seguindo três estágios: busca no website das universidades federais; busca por menções em reportagens via pesquisa no Google relacionando a universidade com palavras-chaves (como coletivo, feminismo, feminista, mulheres, gênero, violência contra mulher, empoderamento, machismo); e busca por páginas e perfis de coletivos em redes sociais como Instagram e Facebook.

Das 69 universidades públicas federais brasileiras, 43 possuíam coletivos identificáveis, totalizando 63 coletivos de mulheres nesse levantamento (Quadro 1). Não foi possível identificar coletivos em 26 universidades.

Quadro 1. Coletivos de mulheres identificados nas universidades federais do Brasil.

Nº	Universidade Federal	Sigla	Nome do Coletivo
1	Universidade de Brasília	UnB	Coletivo Afetadas
2	Universidade Federal da Grande Dourados	UFGD	NEDGS
3	Universidade Federal de Goiás	UFG	Coletivo Rosa Parks
4		UFG	Pagu
5		UFG	Ser-Tão
6		UFG	Coletivo Feminista Bertha Lutz
7	Universidade Federal de Catalão	UFCat	Dialogus
8	Universidade Federal de Mato Grosso	UFMT	NUEPOM
9	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	UFMS	HIMUFE
10	Universidade Federal de Alagoas	UFAL	GEPHGS
11	Universidade Federal da Bahia	UFBA	Madás
12		UFBA	Coletivo Rita Lobato
13		UFBA	Coletivo Feminista da Escola de Medicina Veterinária e Zootecnia da UFBA
14	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia	UFRB	Coletivo Ângela Davis

Nº	Universidade Federal	Sigla	Nome do Coletivo
15	Universidade Federal da Lusofonia Afro-Brasileira	UNILAB	FEMPOS
16	Universidade Federal do Cariri	UFCA	A Arte de Partejar
17		UFCA	Revista Bárbaras
18	Universidade Federal da Paraíba	UFPB	NIPAM
19	Universidade Federal de Pernambuco	UFPE	Coletivo Feminista da Dança
20	Universidade Federal Rural de Pernambuco	UFRPE	Deixa Ela em Paz
21	Universidade Federal Rural do Semi-Árido	UFERSA	Coletivo NEGRAS
22	Universidade Federal de Sergipe	UFS	Coletivo Ana Montenegro
23	Universidade Federal do Acre	UFAC	NEGA
24	Universidade Federal Rural da Amazônia	UFRA	Sis Mulher
25	Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará	UNIFESSPA	Projeto de Extensão em Psicologia Social Comunitária
26	Universidade Federal de Roraima	UFRR	Coletivo Gaia
27	Universidade Federal do Tocantins	UFT	OUTRAS
28	Universidade Federal do Espírito Santo	UFES	Araceli
29		UFES	Filhas de Gaia
30		UFES	Geni
31	Universidade Federal de Alfenas	UNIFAL-MG	Núcleo de Atenção a Mulher
32	Universidade Federal de Juiz de Fora	UFJF	Artemísia
33		UFJF	Secretaria de Cultura e Combate às Opressões – ICH
34		UFJF	Maria Maria

Nº	Universidade Federal	Sigla	Nome do Coletivo
35	Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG	Coletivo de Mulheres Alzira Reis
36	Universidade Federal de Ouro Preto	UFOP	Núcleo de Investigações Feministas
37	Universidade Federal de São João del-Rei	UFSJ	Coletivo Carcará
38		UFSJ	Grupo Dandara
39	Universidade Federal de Uberlândia	UFU	Coletivo das Migas
40	Universidade Federal de Viçosa	UFV	Coletivo Medeia
41	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucur	UFVJM	Coletivo Feminista Retalhos de Fulô
42	Universidade Federal de São Carlos	UFSCar	Coletivo de Mulheres do CAASO
43		UFSCar	Coletivo Promotoras Legais Populares de São Carlos
44	Universidade Federal de São Paulo	UNIFESP	Coletivo EPPEN Feminista
45	Universidade Federal do ABC	UFABC	Coletivo Mirtha Lina
46	Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ	Coletivo ComCiência
47	Universidade Federal Fluminense	UFF	Coletivo Medusas
48			Coletivo A Fala é Delas
49	Universidade Tecnológica Federal do Paraná	UTFPR	Coletivo Feminista Bertha Lutz
50	Universidade Federal da Integração Latino-Americana	UNILA	Linguagem, Política e Cidadania
51	Universidade Federal do Paraná	UFPR	Coletivo Daisy
52		UFPR	Coletivo Maria Falce de Macedo
53	Universidade Federal de Pelotas	UFPeL	Coletivo Feminista Nosotras

Nº	Universidade Federal	Sigla	Nome do Coletivo
54	Universidade Federal de Santa Maria	UFSM	NEMGEP
55	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS	Coletivo Feminino Plural
56	Universidade Federal da Fronteira Sul	UFFS	Feminidas- Frente Feminista
57	Universidade Federal de Santa Catarina	UFSC	Mulheres na Engenharia
58		UFSC	Coletivos Mães Estudantes
59		UFSC	Coletivo Feminista de Educação Física
60		UFSC	Coletivo Odonto Feminista
61		UFSC	Sororidade Sincera
62		UFSC	Coletivo Mítia Bonita
63		UFSC	Coletivo Feminista Urbanas

Fonte: Elaboração das autoras.

A divulgação desses coletivos e a disponibilidade de informações a seu respeito não seguia um padrão ou apresentava uniformidade no compartilhamento de seus dados. Os websites oficiais das universidades federais nem sempre tinham um espaço de divulgação para os coletivos. Assim, além da busca realizada nas redes sociais, a ferramenta mais produtiva foi a busca por notícias que citavam coletivos de mulheres nas universidades federais, para, a partir daí, realizar uma busca nas redes sociais. Ainda assim, o preenchimento das categorias de análise tornou-se outro processo árduo, uma vez que, novamente, não havia padronização na construção dos perfis disponíveis, nem nas informações disponibilizadas ao público.

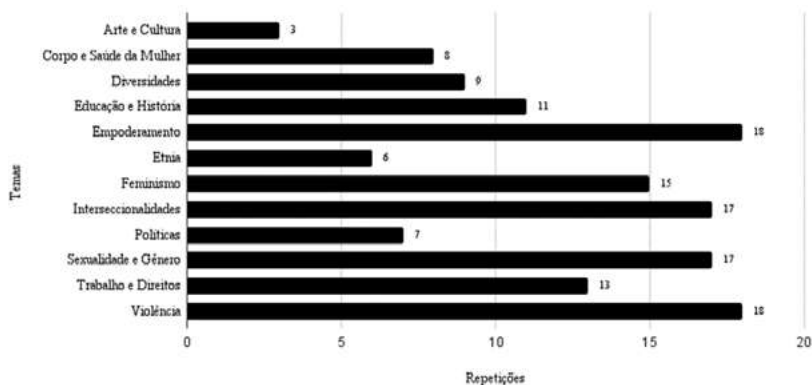
A região Centro-Oeste possui 8 universidades e 9 coletivos, representando 14,29% de todos os coletivos listados. O Nordeste possui 20 universidades e 13 coletivos, representando 20,63% dos coletivos totais. Na região Norte, das 11 universidades federais listadas, foram identificados 5 coletivos, representando 7,94% do total. O Sudeste possui 19 universidades federais e 21 coletivos foram encontrados, representando 33,3% dos coletivos existentes. Por fim, a região Sul possui 11 universidades federais e 15 coletivos identificados, representando 23,81% dos dados.

É possível observar que a maior concentração de coletivos de mulheres se encontra na região Sudeste e Sul do Brasil, mas esse número não está atrelado à quantidade de universidades por região, uma vez que a região Nordeste, que apresentou o maior número de universidades federais, possui apenas 13 coletivos de mulheres identificados. Entretanto, deve-se atentar que tais achados não excluem a possibilidade de existência de outros, uma vez que as estratégias de divulgação desses coletivos podem ter limitado a busca, como nos casos de coletivos de mulheres que se reúnem na universidade, mas não estejam em nenhuma rede social ou site.

Depois de identificar os coletivos presentes nas universidades federais, passamos a descrevê-los buscando conhecer: nome do coletivo, meios de divulgação, objetivos e motivo de criação do coletivo. As respostas foram encontradas a partir das informações disponíveis nas redes sociais, biografias e notícias disponíveis de cada coletivo, entretanto, a escassez de informações não permitiu preencher todas as características dos coletivos identificados.

A partir das descrições, aplicamos uma identificação temática, buscando padrões de repetição para então agrupá-los a fim de compreender as finalidades e motivações desses novos movimentos sociais, cumprindo os objetivos deste estudo. Foi possível identificar 12 temáticas recorrentes entre as linhas de pesquisa, campanhas, ações ou movimentos promovidos pelos coletivos, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1. Pautas recorrentes em coletivos de mulheres das universidades federais do Brasil.

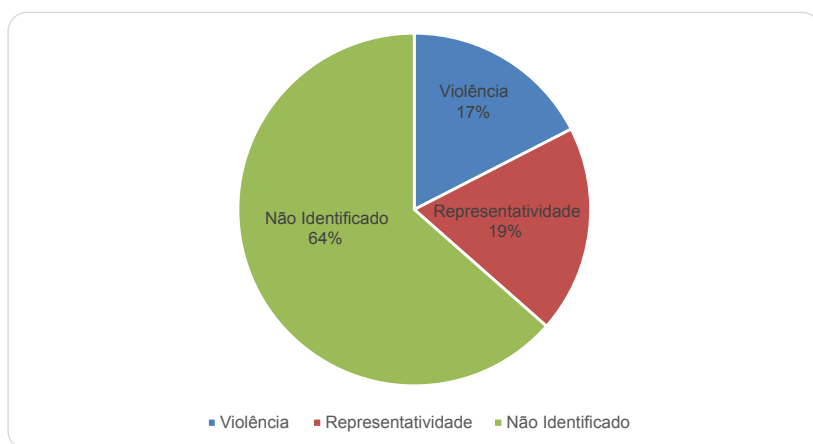


Fonte: Elaboração das autoras.

Destacaram-se como pautas comuns entre os coletivos de mulheres os temas ‘empoderamento’ e ‘violência’, que aparecem 18 vezes, seguidos de ‘interseccionalidades’, ‘sexualidade e gênero’, com 17 repetições. Outros temas como ‘feminismo’ (15), ‘trabalho e direitos’ (13), ‘educação e história’ (11) também se destacaram entre as pautas. Outras temáticas como ‘diversidades’, corpo e saúde da mulher’, ‘políticas’, ‘etnia’, ‘arte e cultura’ também aparecem como temas recorrentes nesses coletivos, revelando que as pautas nunca estão isoladas.

O estudo indicou que 19% dos coletivos atribuem sua origem à necessidade de representatividade coletiva, enquanto 17,5% afirmam que a sua criação se deu após um ou mais episódios de violência física, verbal ou psicológica vivenciada no meio acadêmico. Nessa fase exploratória da pesquisa, não foi possível identificar o motivo da criação de 63,5% dos coletivos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Motivos que levaram à criação dos coletivos de mulheres mapeados.



Fonte: Elaboração das autoras.

Legenda:

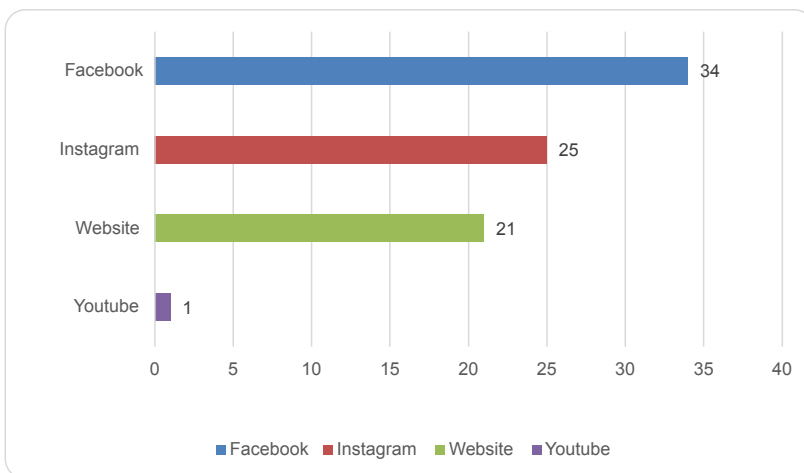
Não Identificado: Não disponível, não identificado ou não explícito em redes sociais.

Representatividade: Relatos de necessidade de promoção do debate, pesquisa, ensino e extensão ou inspiração política.

Violência: Coletivos com origem relacionada diretamente a algum incidente violento, seja físico ou simbólico.

Por fim, analisou-se como se dava a divulgação dos coletivos de mulheres, além das mídias sociais mais utilizadas (Gráfico 3).

Gráfico 3. Redes sociais utilizadas para divulgação dos coletivos de mulheres mapeados



Fonte: Elaboração das autoras.

O Facebook foi o meio mais utilizado, com 34 dos 63 coletivos tendo um perfil/página nessa rede social. Entretanto isso não está relacionado ao engajamento e atividade dos coletivos, uma vez que nem todos os perfis possuem informações atualizadas, organizadas e suficientes que permitam compreender a dinâmica do grupo. Isso pode ser comprovado pelo fato de não ter sido possível identificar informações para completar o preenchimento das categorias temáticas desta pesquisa. Analogamente, 71% dos coletivos ainda utilizam apenas um recurso digital para divulgação, o que dificulta a disseminação de informações do grupo e até mesmo a identificação por outras mulheres da mesma universidade. Assim, é possível associar a falta de qualificação da divulgação como um obstáculo para que outras mulheres se engajem nesses coletivos ou mesmo o identifiquem como um espaço de acolhida e resistência dentro da universidade.

O SILÊNCIO QUE GRITA: MULHERES E RESISTÊNCIA NA UNIVERSIDADE

*Ouve-me, ouve o meu silêncio. O que eu te falo
nunca é o que eu falo e sim outra coisa. Capta
essa coisa que me escapa.*

Clarice Lispector⁸

Um grande desafio para este estudo foi a identificação dos coletivos de mulheres existentes nas universidades federais brasileiras. Primeiro, porque a revisão bibliográfica demonstrou que esse mapeamento ainda não havia sido feito no país e os poucos estudos encontrados concentravam-se na área dos estudos organizacionais em apenas uma universidade ou região. Destaca-se que só recentemente, em 10 de agosto de 2023, o Ministério das Mulheres e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher apresentaram o Mapa Colaborativo das Mulheres Brasileiras, uma iniciativa para identificar e mapear diversos grupos, coletivos, entidades, movimentos, redes e organizações que defendem os direitos das mulheres no país, a fim de garantir um processo preparatório inclusivo e diverso para a V Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, prevista para 2025 (BRASIL, 2023). Percebe-se que esse novo modo de organização social tem chamado a atenção pelo importante papel que representa na participação social, dimensão essencial para efetivação de políticas no Sistema único de Saúde (SUS), mas ainda com raríssimos trabalhos de mapeamento por instituições oficiais.

Outro desafio para a identificação desses coletivos está no modo informal como se organizam, apresentando características autogestivas e transitórias. Além disso, muitas universidades não reconhecem a existência desses coletivos e não cedem espaço para sua divulgação no site da instituição, dificultando a sua disseminação no meio acadêmico. As universidades que têm os coletivos presentes em suas páginas, muitas vezes, apresentam dados incompletos ou desatualizados, o que é outro obstáculo para identificação dos coletivos de mulheres no país, uma

8. LISPECTOR, Clarice. *Água Viva*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

vez que o modo espontâneo como são divulgados nas redes sociais não costumam trazer informações suficientes e atualizadas.

Nesse contexto, não foi possível identificar coletivos de mulheres em 26 universidades públicas federais, todavia a ausência desse dado pode ser mais reveladora que o próprio dado. Dificilmente a ausência de coletivos em universidades possa significar que não existe a “necessidade” de coletivos de mulheres nesses espaços. De acordo com o referencial teórico abordado no início deste capítulo, a colonialidade presente nas universidades brasileiras impede o reconhecimento desses coletivos e “apaga” a sua existência por meio de um discurso que deslegitima esses movimentos e o saber produzido por eles dentro da universidade.

Destaca-se que os coletivos de mulheres nascem em um contexto repleto de violência e opressão contra minorias, que, não faz muito tempo, eram proibidas de frequentar a universidade, espaço marcadamente masculino, elitista e racista. O apagamento desses agrupamentos dentro das universidades representa a luta que as mulheres têm empreendido para resistir e ocupar um lugar que insiste em expulsá-las de todas as formas. A não identificação de coletivos de mulheres nessas universidades também pode demonstrar que, em algumas universidades federais, mais que em outras, o silenciamento se impõe como uma cultura naturalizada.

O estudo também demonstrou que a maioria dos coletivos está localizada na região Sudeste e Sul do país, mesmo que nessas regiões não estejam o maior número de universidades. Além das diferenças geográficas e históricas, a organização em torno das universidades federais dessas regiões foi um terreno profícuo para o surgimento de novos movimentos sociais, dando origem aos coletivos de mulheres mais antigos do país, como é o caso do Coletivo Feminino Plural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), fundado em 1996. As regiões Sudeste e Sul sempre estiveram no epicentro das principais transformações sociais, históricas e políticas brasileiras, sendo as primeiras faculdades de medicina implantadas no Rio de Janeiro e na Bahia no século XIX.

Por outro lado, a colonialidade pode ser constatada nas diferenças regionais em um país de dimensões continentais, onde algumas regiões acabam por se beneficiar mais que outras. O apagamento das singularidades da população brasileira se dá na perspectiva macro e micro, resultando em baixo investimento em regiões mais afastadas das capitais, do Sudeste e

Sul do país. Diante dessa realidade, políticas públicas que levam em conta recorte racial e de renda, como o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e a política de cotas de vagas nas universidades federais destinadas aos estudantes de escola pública, têm grande centralidade na promoção de acesso ao Ensino Superior para toda a população. Todavia ainda não existe uma política consistente destinada às mulheres dentro das universidades, como se suas demandas fossem totalmente invisibilizadas para a sociedade.

A ausência de dados quanto aos motivos que levaram a criação de 64% dos coletivos de mulheres pode ser justificada pela falta de organização e padronização das informações que são divulgados. Muitas vezes, esses coletivos são coordenados de modo voluntário por diferentes integrantes. Como já mencionado, os coletivos apresentam uma informalidade que se reflete no modo como são divulgados. Quando foi possível fazer essa identificação, 17,5% deles foram motivados por incidentes que envolvem violências vivenciadas no âmbito da universidade e 19% pela inexistência de representatividade para pautas relativas às minorias.

Mesmo diante da escassez de dados, é imperativo chamar atenção para o fato de que aproximadamente um em cada seis coletivos de mulheres tiveram início após um evento de violência na universidade. Esse dado reforça a necessidade de ampliar o conhecimento sobre esses coletivos, a fim de dar visibilidade às violências e opressões vivenciadas pelas mulheres no contexto acadêmico e, assim, discutir, fortalecer e elaborar políticas públicas que atuem na prevenção dessas violências, na desnaturalização da colonialidade e na promoção de ações afirmativas para todas as minorias, sobretudo para as mulheres racializadas.

Destaca-se que discutir as questões que envolvem as mulheres na universidade desde um olhar para os coletivos femininos significa fazer emergir as opressões ocultadas pela colonialidade no campo acadêmico. É relevante destacar que, nas culturas pré-coloniais, as mulheres também enfrentavam desigualdades em relação aos homens. No entanto a colonização e a influência colonial resultaram na perda e alteração dos aspectos culturais e sociais locais (MIGNOLO, 2005), o que as deixou ainda mais vulneráveis aos efeitos perversos da globalização.

Os temas de gênero e feminismo ainda são considerados periféricos, por isso existe a necessidade de revelar e esclarecer o que está oculto pelo

sistema de gênero colonial/moderno, questionando o papel dos coletivos de mulheres na transformação do conhecimento na universidade pública sob a perspectiva do feminismo decolonial. Na esteira desse pensamento, a reflexão que se pretende fazer desde o feminismo decolonial desmonta sistemas opressivos na universidade ao abordar questões de gênero, raça e classe levando em consideração perspectivas não eurocêntricas. O que se propõe é construir um lugar de escuta dando visibilidade às histórias de mulheres, deslegitimando violências e reconstruindo laços para redefinir o modo de praticar ciência. A colonialidade presente na universidade se manifesta a partir da colonialidade do saber, do ser e do poder, e os coletivos universitários se apresentam como resistência decolonial a essa realidade (AMARAL, 2019).

A colonialidade é sustentada pela “racialização” e relações de produção racializadas, pelo eurocentrismo como forma de controle das subjetividades e pela hegemonia do Estado-nação, construído como periferia pós-colonial. Importante ressaltar que essa hegemonia não é obtida pela força, mas pelo consenso cultural, pelos discursos dominantes traduzidos em histórias únicas e institucionalizados, acarretando a marginalização e a deslegitimação daquilo que difere dos modelos sancionados (MIGNOLO, 2005).

No que diz respeito às disparidades de gênero, salienta-se que, embora não haja uma hierarquia de opressões, é preciso reconhecer que a diferença se dá de forma relacional e que algumas mulheres estão mais sujeitas a serem atingidas pelas estruturas que resultam das iniquidades, especialmente as mulheres negras, aquelas que vivem em condições de extrema pobreza, fora do mercado de trabalho formal e/ou em empregos precários e aquelas com identidades de gênero e expressões que não se conformam com a norma cisgênera padrão (AKOTIRENE, 2023; ARAÚJO, 2005).

Não é por acaso que as pautas mais recorrentes nos coletivos foram “empoderamento”, “violência”, “interseccionalidade” e “sexualidade e gênero”, sendo esse mais um indício de que são temas oriundos das vivências de mulheres no meio acadêmico. Esse fato demonstra que os coletivos de mulheres têm representado um espaço seguro no qual é possível discutir as questões que atravessam a vida dessa população na universidade. Por outro lado, também demonstra a incapacidade das

instituições universitárias federais em promover debates sobre temas urgentes, afinal, representatividade e violência deveriam ser pautas da universidade pública a fim de garantir lugar de escuta para todas as mulheres discentes, docentes ou funcionárias. Todavia o que se observa é um ocultamento dessas questões e uma falta de vontade política e preparo institucional para lidar com os poucos casos que chegam a ser denunciados (COSTANTI, 2018).

Para reconhecer a diversidade de identidades femininas e masculinas, é importante desconstruir a ideia de um sujeito-mulher universal e superar a dicotomia entre igualdade e diferença, pois, para que exista igualdade, é necessário haver acolhimento às singularidades que diferem (ARAÚJO, 2005; FEMENÍAS, 2013). Do mesmo modo, existe uma ampla variedade de identidades que vão além das categorias binárias, homem e mulher, não sendo o feminismo o oposto do machismo (BARBOSA, 2020).

Os coletivos femininos são os que mais incorporam diferentes questões em suas lutas, o que pode ser observado pelo fato de suas postagens nas redes sociais pesquisadas incluírem a defesa de causas que vão além de suas bandeiras principais. Os exemplos mais frequentes são os grupos que também defendem o fim da discriminação racial e lutam pelos direitos da população LGBTQI+. Além dessas pautas, é possível perceber que outros temas aparecem dentro dos grupos, abrindo espaço para discussões que afetam toda a comunidade acadêmica, mas principalmente as identidades subalternizadas. A variedade de temas faz emergir opressões singularizadas presentes no espaço universitário, que normalmente são ocultadas por generalizações. Assim, foi possível identificar questões que atravessam agrupamentos de mulheres trans, não-binárias, negras, mães e toda a diversidade do ser mulher.

Nesse contexto, destaca-se a interseccionalidade, que é uma abordagem analítica desenvolvida pelo feminismo negro para dar visibilidade às experiências e demandas intelectuais que eram ignoradas pelo feminismo branco e pelo movimento antirracista centrado nos homens negros. Surgindo como uma crítica feminista negra às leis antidiscriminação que não consideravam as vítimas do racismo patriarcal, o conceito foi criado por Kimberlé Crenshaw e ganhou popularidade acadêmica após a Conferência Mundial contra o Racismo realizada em Durban em 2001 (AKOTIRENE, 2023).

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (AKOTIRENE, 2023, p. 14).

Importante destacar que a interseccionalidade reconhece a colisão das estruturas e a interação simultânea das identidades, destacando o fracasso do feminismo hegemônico em abordar as questões das mulheres negras e o caráter machista do movimento negro. Refletindo sobre os temas discutidos nos coletivos de mulheres a partir da interseccionalidade, é possível perceber uma estratégia que traz à centralidade as narrativas de mulheres, abordando, simultaneamente, as interseções complexas entre o racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. A interseccionalidade revela que as mulheres negras ocupam espaços distantes da norma cisgênera branca heteropatriarcal. Elas são mulheres de cor, lésbicas e pertencentes a países do terceiro mundo, afetadas pelas diversas formas de exclusão que surgem das diferenciações impostas desde a colonização até a colonialidade, como discutido por Maria Lugones e Avtar Brah (AKOTIRENE, 2023).

Essa perspectiva deve ser aplicada aos estudos sobre coletivos universitários, assumindo-se a sua potência e protagonismo na resistência a colonialidade na universidade. Eles representam os gritos insurgentes que dão visibilidade às histórias de mulheres, aquilombadas em coletivos femininos, deslegitimando violências, rompendo com a história única contada sobre elas, (re)construindo laços ao mesmo tempo em que (re)constroem o saber sobre si e sobre o mundo, criando um modo novo para praticar ciência (AMARAL, 2019).

PISTAS PARA POSSÍVEIS (RE)COMEÇOS

Este capítulo buscou mapear os coletivos femininos presentes nas universidades federais brasileira na intenção de contribuir com reflexões sobre a resistência de mulheres diante da colonialidade moderna.

As perspectivas de descolonização aqui compartilhadas foram construídas no diálogo com outras epistemologias, como o feminismo negro e o feminismo da diferença, para problematizar a subalternização das mulheres no meio acadêmico, valorizando experiências diversas. As lutas pela igualdade com equidade são o princípio de todas as proposições apresentadas com o objetivo de descolonizar a universidade, a sociedade, a vida, através da exposição das assimetrias de poder.

Ao mapear os coletivos de mulheres, foi possível perceber o importante papel que representam na resistência feminina, constituindo-se em espaços privilegiados para a produção de novas ideias e conhecimentos. A diversidade de pautas relacionadas às experiências de grupos subalternizados nas universidades insere os coletivos em um contexto privilegiado para romper com o pensamento colonialista na universidade, uma vez que possibilitam o encontro de diversas vozes para debater pautas sociais e coletivas desde o lugar que ocupam, recuperando o saber sobre si mesmo e resistindo ao apagamento.

As pautas mais discutidas pelos coletivos de mulheres evidenciam os desafios enfrentados pelas mulheres na universidade ao mesmo tempo em que indicam o seu protagonismo nos debates contra a falta de representatividade e conquista de direitos. Nesse aspecto, as teorias feministas oferecem perspectivas para mudar o olhar sobre as relações de gênero na universidade, permitindo que tanto mulheres quanto homens se libertem de estereótipos impostos pela cultura colonialista. Afinal, reconstruir o feminino também implica na reconstrução do masculino (ARAÚJO, 2005).

Todavia, para avançar nessa reflexão, Akotirene (2023) alerta para a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo, cisheteronormatividade e patriarcado. Nesse sentido, é preciso ter em mente que estruturas historicamente construídas exercem opressão e vulnerabilizam de maneiras distintas mulheres de diferentes classes, raças, etnias, sexualidades e identidades de gênero dissidentes. Não existe hierarquia entre opressões, mas diferenças que precisam ser analisadas desde a perspectiva da complexidade, considerando as relações entre os diversos contextos que fazem com que as mulheres negras, indígenas e terceiro mundistas sejam mais vezes atingidas pelas avenidas identitárias.

Finalmente, é possível afirmar que os coletivos de mulheres têm a potência de tornarem visíveis aquelas que foram invisibilizadas,

sub-representadas e subalternizadas na universidade. Afinal, calar uma voz é fácil, mas calar muitas vozes é quase impossível.

Reconhece-se que ainda há muito por conhecer, não tendo essa pesquisa a pretensão de esgotar o tema aqui apresentado. Outrossim, espera-se que este estudo tenha despertado o interesse de outr@s pesquisador@s, para que, unidas, nossas vozes possam soar muito mais alto. Afinal, “Quando o mundo inteiro está em silêncio, até uma voz se torna poderosa.”⁹

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade: Feminismos Plurais**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2023.

ALMEIDA, C. Mulheres são minoria entre reitores e nas bolsas de pesquisa mais prestigiadas. **O Globo**, 28 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/mulheres-sao-minoria-entre-reitores-nas-bolsas-de-pesquisa-mais-prestigiadas-22336228>. Acesso em: 07 de nov. 2023.

AMARAL, I. G. **Fronteiras do saber decolonial de gênero: leitura dos coletivos feministas na universidade pública**. 2019. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Lavras, Minas Gerais, Lavras, 2019.

AMARAL, I. G.; NAVES, F. **Revista Brasileira de Estudos Organizacionais**, v. 7, n. 1, p. 877-910, jan-mai 2020.

ARAÚJO, M. DE F. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psicologia Clínica**, v. 17, n. 2, p. 41-52, 2005.

9. YOUSAFZAI, MALALA. Discurso, Harvard, Setembro de 2013.

ARORA, A. *et al.* Proportion of Female Speakers at Academic Medical Conferences Across Multiple Specialties and Regions. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 9, p. e2018127, 28 set. 2020.

AVILA, M. Colonialidade e Decolonialidade: você conhece esses conceitos? **Politize**, 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/colonialidade-e-decolonialidade/>. Acesso em: 05 nov. 2023.

BARBOSA, J. P. M. **(Des)tecendo a produção de cuidado à mulher em situação de violência**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2020. 232 p.

BARBOSA, J. P. M. *et al.* Percepções de Mulheres-Docentes sobre o Trabalho/Ensino Remoto: Uma Questão de Gênero. In: ADUFES. Associação dos Docentes da Universidade Federal do Espírito Santo. **Trabalho remoto na UFES – caderno 3: impactos da pandemia sobre docentes aposentadas/os e em exercício**. Marília: Lutas Anticapital, 2022. p. 51-94.

BAUER, Carlos; JARDILINO, José Rubens Lima. Apontamentos sobre uma história recente: gênese e desenvolvimento da universidade brasileira. **Rhela - Revista História de la Educación Latinoamericana**, v. 7. año 2005.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Tradução de Sérgio Milliet. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

BIZERRIL, M. X. A.; LE GUERROUÉ, J. L. FUP: a construção coletiva de um campus interdisciplinar. In: SARAIVA, R.C.F.; Diniz, J.D.A.S. (Org.). **Universidade de Brasília: trajetória da expansão nos 50 anos**. 1. ed. Brasília: Decanato de Extensão, 2012. p. 23-30.

BLAY, E. A.; CONCEIÇÃO, R. R. A mulher como tema nas disciplinas da USP. **Cadernos de Pesquisa**, n. 76, p. 50-56, fev. 1991.

BRASIL. Ministério das Mulheres. MMulheres e CNDM lançam Mapa Colaborativo das Mulheres Brasileiras. **Portal Gov.br**, Presidência da República, Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2023/agosto/mmulheres-e-cndm-lancam-mapa-colaborativo-das-mulheres-brasileiras> . Acesso em: 08 nov. 2023.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Geledés**, São Paulo, mar. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina-partir-de-uma-perspectiva-de-genero/> . Acesso em: 23 out. 2023.

CASAD, B. J. *et al.* Gender inequality in academia: Problems and solutions for women faculty in STEM. **Journal of neuroscience research**, v. 99, n. 1, p. 13-23, 2021.

CECI, S. J. *et al.* Women in Academic Science: A Changing Landscape. **Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society**, v. 15, n. 3, p. 75-141, 2014.

CHERYAN, S. *et al.* Why are some STEM fields more gender balanced than others? **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 1, p. 1-35, jan. 2017.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Como o movimento de mulheres contribuiu para construção do SUS. **Portal COFEN**, 13 nov. 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/como-o-movimento-de-mulheres-contribuiu-para-construcao-do-sus/> . Acesso em: 02 abr. 2024.

CONNELL, R.; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013.

COSTANTI, G. 'Há um pacto de silêncio': casos de estupro na USP são subestimados. **Carta Capital**, 03 ago. 2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/ha-um-pacto-de-silencio-casos-de-estupro-na-usp-sao-subestimados/> . Acesso em: 04 nov. 2023.

DUTRA, N.L.L. A expansão do ensino superior privado a partir de 1990: limites e possibilidades. **Artifícios, Revista do Difere**, v. 2, n. 4, 2012.

EUROPEAN COMMISSION. **She Figures 2012: Gender in Research and Innovation**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/ba8dc59b-61b8-4c03-9176-373fd9ddac82/language-en>. Acesso em: 04 nov. 2023.

FEDERICI, S. A razão e rebeldia do Salário Doméstico. **Outras palavras**. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://outraspalavras.net/feminismos/a-razao-e-rebeldia-do-salario-domestico/>. Acesso em: 29 set. 2023.

FEMENÍAS, M. L. La utopía feminista como transgresión. **Aletria**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 11-22, 2013.

FERNANDEZ, B. P. M. Teto de vidro, piso pegajoso e desigualdade de gênero no Mercado de trabalho brasileiro à luz da economia feminista: por que as iniquidades persistem? **Revista Cadernos de Campo**, n. 26, p. 79–103, 2019.

FISHER, M. *et al.* Making it to the PhD: Gender and student performance in sub-Saharan Africa. **Plos one**, v. 15, n. 12, p. e0241915, 14 dez. 2020.

FLORESTA, N. **Direitos das mulheres e injustiça dos homens**. São Paulo: Cortez, 1989.

FONAPRACE. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. **IV Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras - 2018**. Brasília: ANDIFES, FONAPRACE, Universidade Federal de Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioeconomico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES-2018.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2024.

FREITAS, M.C., DAVID, I.P. Coletivos no contexto da universidade pública: um ensaio teórico. In: SEMEAD Seminários em Administração, 22., 2019, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: PPGA/FEA/USP, nov. 2019.

GERULL, K. M. *et al.* Are Women Proportionately Represented as Speakers at Orthopaedic Surgery Annual Meetings? A Cross-Sectional Analysis. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 478, n. 12, p. 2729-2740, 1 dez. 2020.

GONÇALVES, S.A. Estado e expansão do ensino superior privado no Brasil: uma análise institucional dos anos de 1990. **Educar**, Curitiba, n. 31, p. 91-111, 2008.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. In: HOLLANDA, H. B. de. (Org.). **Pensamento Feminista Hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. 2020. s.p. (edição Kindle).

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior 2022: notas estatísticas**. Brasília: Inep, 2022. Disponível em: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/notas_estatisticas_censo_escolar_2022.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

JOELS, M.; MASON, C. A tale of two sexes. **Neuron**, v. 82, n. 6, p. 1196-1199, 2014.

JOHNSON, C. S.; SMITH, P. K.; WANG, C. Sage on the Stage: Women's Representation at an Academic Conference. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 43, n. 4, p. 493-507, 14 fev. 2017.

JUNIOR, J. R. A. C. **Mobilidade social e melhoria de vida de egressos cotistas das universidades federais brasileiras**. 2023. 507 f. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2023.

LETA, J. Mulheres na ciência brasileira: desempenho inferior? **Revista Feminismos**. v. 2, n. 3, p. 139-152, set.-dez. 2014.

LUGONES, María. Colonialidad y Género. **Tabula Rasa**, Bogotá (Colombia), n. 9, p. 73-101, julio-diciembre 2008.

LUGONES, María. Toward a decolonial feminism. **Hypatia**, v. 25, n. 4, p. 742-759, 2010.

LUGONES, María. Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples. In: MONTES, Patricia. **Pensando los feminismos en Bolivia**. Serie Foros 2. La Paz, Bolivia: Conexión Fondo de Emancipación, 2012. p. 129-140.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, set.-dez. 2014.

MEDEIROS, L. R. Representatividade em coletivos estudantis: análise com base nas relações estabelecidas no contexto universitário. **Revista de Ciências Humanas**, v. 17, n. 1, 2017.

MELNIKOFF, D. E.; VALIAN, V. V. Gender disparities in awards to neuroscience researchers. **Archives of Scientific Psychology**, v. 7, n. 1, p. 4-11, 25 nov. 2019.

MIGNOLO, W. D. **A colonialidade de cabo a rabo**: o hemisfério ocidental no horizonte conceitual da modernidade. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

MOLL, J.; MANFIO, C. A. C. Educação e desigualdade social: o sentido de ações afirmativas de cotas raciais neste contexto. **Ciência em Movimento**, v. 21, n. 42, p. 25–37, 2019.

MONTOYA, A. G. De organizaciones a colectivos juveniles panorama de la participación política juvenil. **Última Década**, v. 32, p. 61-83, 2010.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. **Biomedical Research Workforce Working Group Report**. Bethesda: National Institute of Health, 2012.

NEVES, C.E.B.; MARTINS, C.B. Ensino superior no brasil: uma visão abrangente. In: DWYER, Tom *et al.* (Org.). **Jovens universitários em um mundo em transformação**: uma pesquisa sino-brasileira. Brasília: Ipea; Pequim: SSAP, 2016.

OLIVEIRA, L. F. de; CANDAU, V. M. F. Pedagogia decolonial e educação antirracista e intercultural no Brasil. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 15-40, abr. 2010.

PAIVA, A. R. *et al.* (Org.). Movimentos sociais e teoria crítica: notas sobre a redemocratização brasileira. In: D'ARAUJO, M. C. S. **Redemocratização e mudança social no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2014.

PAREDES, J. C.; GUZMÁN, A. A. **El Tejido de la Rebeldía**. Que es el feminismo comunitário? La Paz: Comunidad Mujeres Creando Comunidad, 2014.

PETINELLI-SOUZA, S.; CORCETTI, E.; SARTORI, M. Subrepresentación femenina en CTI: El caso de la Universidad Federal de Espírito Santo. **Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia**, n. 16, p. 662-678, 2021. e-ISSN 2444-0221.

PUC-RIO. Dce Raul Amaro. **Centros Acadêmicos**. Disponível em: <http://dcepucrio.org/novo/>. Acesso em: 06 jun. 2023

QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y America Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **La Colonialidad del Saber, Eurocentrismo Y Ciencias Sociales**. Buenos Aires: CLACSO-UNESCO, 2000. p. 201-246.

RIBEIRO, A. I. M. Mulheres educadas na colônia. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes; VEIGA, Cynthia Greive. **500 anos de educação no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

RIBEIRO, C. A. C. Desigualdades de gênero no ensino superior e no mercado de trabalho no Brasil: uma análise de idade, período e coorte. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 2, p. 301–324, 2016.

RISTOFF, D. I. A tríplice crise da universidade brasileira. **Avaliação - Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 4, n. 3, 1999.

SAWATSKY, A.P.; RATELLE, J.T.; BECKMAN, T.J. Qualitative Research Methods in Medical Education. **Anesthesiology**, v. 131, n. 1, p. 14-22, 2019.

SEABRA SANTOS, F.; ALMEIDA FILHO, N. **A quarta missão da Universidade: internacionalização universitária na sociedade do conhecimento**. Brasília: EdUnB; Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2012.

SHARPE, E. E. *et al.* Representation of Women Among Invited Speakers for Grand Rounds. **Journal of Women's Health**, v. 29, n. 10, p. 1268-1272, 1 out. 2020.

SHARPE-VALADARES, P. Estudos introdutórios. In: FLORESTA, N. **Opúsculo humanitário**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: INEO, 1989.

THE LANCET. Feminism is for everybody. Editorial. **The Lancet** (London, England), v. 393, p. 493, 2019.

TRAINA-CHACON, J.M.; CALDERÓN, A.I. A expansão da educação superior privada no Brasil: do governo de FHC ao governo de Lula. **Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)**, México, UNAM-ISUE/Universia, v. 6, n. 17, p. 78-100, 2015.

TRINDADE, H. Por um novo projeto universitário: da “Universidade em ruínas” à “Universidade Emancipatória”. In: SOUSA JÚNIOR, J.G. (Org.). **Da Universidade necessária à Universidade emancipatória**. Brasília: Editora UnB, 2012, p. 89-142.

WALSH, Catherine. Interculturalidad colonialidad y educación. **Revista Educación y Pedagogía**, v. 19, n. 48, mayo-ago. 2007.

WILLIAMS, W. M.; CECI, S. J. National hiring experiments reveal 2:1 faculty preference for women on STEM tenure track. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 112, n. 17, p. 5360-5365, 13 abr. 2015.

ZHUGE, Y. *et al.* Is There Still a Glass Ceiling for Women in Academic Surgery? **Annals of Surgery**, v. 253, n. 4, p. 637-643, abr. 2011.

3

STEPHANIA MENDES DEMARCHI
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
JEREMIAS CAMPOS SIMÕES
PATRICIA PAULINO BIANCHINI
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

MULHERES TRABALHADORAS NA ENFERMAGEM: UM ESTUDO TEÓRICO SOBRE O TRABALHO FEMININO E A RELAÇÃO HISTÓRICA COM O CUIDADO EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

Historicamente, a desigualdade entre homens e mulheres foi estabelecida no meio social, com a mulher sendo posta na condição de dependente e refém da autoridade masculina. Por isso, ao se pensar sobre as relações de gênero, é necessário considerar como essas relações podem contribuir na manutenção e alicerce de estrutura para a produção de desigualdades sociais e subjetivas, tanto na vida privada quanto na vida do trabalho, o que torna necessário a criação e valorização de legislações, órgãos e políticas públicas específicas para o rompimento dessas iniquidades (SAFFIOTI, 2005; CUNHA; JÚNIOR; LEMOS, 2019).

Apesar de inúmeras conquistas, nos últimos anos, tanto a vida pública como a vida privada da mulher têm sido marcadas pela desvalorização, violência e falta de direitos, que se revelam de diversas formas, por exemplo na desigualdade salarial e no assédio sexual no trabalho. Assim, as mulheres, ainda hoje, experimentam sofrimento em diferentes dimensões da vida, como a discriminação no trabalho, nos estudos, na vida doméstica, nos meios de comunicação – em cada rua de cada cidade. Não suficiente, ainda existem aquelas mulheres que experimentam maior carga de sofrimento, em especial as mais pobres, as de áreas rurais e faveladas, as com baixa instrução, as imigrantes, as que vivem em países com sistema religiosos que as impedem de ter liberdade ou de exercerem cidadania e as cujas etnias são discriminadas, entre outras (OLIVEIRA, 2005; RUBIN, 2012).

No Brasil, destacam-se componentes negativos para a qualidade de vida das mulheres, tais como o preconceito social, a maior exposição à violência, o excesso de responsabilidades, a dupla jornada e a discriminação no mercado de trabalho, tanto no que se refere a função exercida quanto

na remuneração recebida (VENTURI; RECAMÁN, 2004). Além disso, as mulheres estão mais expostas ao assédio sexual nos locais de trabalho, que é ainda maior em empregos com baixo salário, entre as mais jovens e entre as que trabalham no setor de serviços (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006).

Porém, ainda que a história da mulher seja marcada por pressões para o desenvolvimento de um condicionamento social marcado pelo controle e submissão, devemos lembrar que as mulheres foram capazes de resistir e lutar por seu posicionamento na sociedade, mesmo naquelas predominantemente machistas e patriarcais (CRUZ, 2013). Essa resistência reflete em maior visibilidade social e política sobre problemas de gênero em nosso país, seguida de implantações de ações em defesa dos direitos humanos das mulheres. As conquistas até aqui realizadas são a soma das forças de movimentos sociais, de diversos setores da sociedade e da ampliação sobre esse debate em âmbito político ou jurídico (CUNHA; JÚNIOR; LEMOS, 2019). A seguir, refletiremos sobre o processo histórico entre as mulheres e o trabalho do cuidado.

SILVIA FEDERICI E HELEITH SAFFIOTI: UM OLHAR SOBRE A MULHER NO MUNDO DO TRABALHO

As relações de gênero são uma imposição cultural sobre o que seria ser homem e o que seria ser mulher em uma sociedade. Além disso, sua definição sempre está apoiada em relações de poder, nas quais a mulher é considerada inferior e ocupa um lugar abaixo do homem na organização social (MACIERA; ROCHA, 2019). Todas as sociedades baseiam a sua organização em questões de gênero, e isso influencia e afeta as relações de trabalho, culminando na chamada divisão sexual do trabalho (SAFFIOTI, 2015). Definimos aqui a divisão sexual do trabalho, de acordo com Hirata e Kergoat (2007, p. 5)

é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação

social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares, etc).

A divisão sexual do trabalho começa no início das organizações sociais nas quais as mulheres ficavam responsáveis pelo cuidado da prole e da plantação, enquanto os homens com a obrigação de adquirir a caça. Como, no caso dos homens, a atividade não era necessariamente diária, sobrava mais tempo livre a eles, o que fez os homens se reunirem mais e criarem juntos um sistema simbólico e eficiente para reinar sobre as mulheres (SAFFIOTI, 2015).

A partir disso, os corpos das mulheres foram dominados para exercer trabalhos não remunerados ou gerar mão de obra. Isso também pode ser constatado no período das colonizações, em que os povos que tinham seus territórios invadidos, e, por isso, perdiam o direito sobre eles, eram dominados conforme as necessidades dos colonizadores. Tanto os objetivos quanto os fins dessa colonização eram definidos a partir do quesito gênero: os homens geralmente eram assassinados, enquanto as mulheres serviam para três principais fins: força de trabalho, reprodutoras da força de trabalho ou serviços sexuais aos homens dos povos vitoriosos (SAFFIOTI, 2015).

Na Idade Média, o que havia era a dependência das mulheres em relação aos homens de sua família, porém de forma limitada, visto que a autoridade de seus maridos e pais era menor quando comparada ao comando do senhor feudal, de modo que esse limite se dava pelo fato da terra ser entregue a unidade familiar e não somente ao homem. As camponesas, por exemplo, não somente trabalhavam na terra, mas também podiam tomar posse dos produtos de seu trabalho e não precisavam depender do marido. No período feudal, não existia separação entre produção de bens e reprodução da força de trabalho, dessa forma, todo trabalho era visto como algo de valor para o sustento familiar (FEDERICI, 2017).

Já em relação ao trabalho de cuidado, ele não era menor fora do capitalismo. Antes disso, no período feudal, as mulheres cozinhavam, limpavam, plantavam de forma coletiva (não de forma isolada) e também

trabalhavam nos campos, além de criar os filhos, lavar, fiar e cuidar da horta, serviços domésticos que, então, não erão desvalorizados (FEDERICI, 2017). Ademais, organizavam-se politicamente e dividiam o poder com os homens. Porém, com o surgimento do capitalismo, nasce uma grande perseguição contra as mulheres, e aquelas ousaram resistir foram consideradas bruxas, sendo torturadas, presas ou queimadas em praça pública (SANTANA, 2019).

No capitalismo, as diferenças nas relações de gênero foram reforçadas, começando com a divisão sexual do trabalho e as hierarquias sociais construídas a partir da desvalorização do trabalho reprodutivo (FEDERICI, 2020), além da implantação de novas regras sociais para as mulheres, principalmente nas famílias burguesas. Nesse momento, acontece a valorização da intimidade e da maternidade e surge um apelo à construção social de um ambiente familiar sólido, com um lar acolhedor, filhos educados e esposa que cuida do marido e das crianças. Esse novo papel da mulher é endossado pelas narrativas institucionais da saúde, educação e comunicação (D'INCAO, 2004). Tais constructos, mais uma vez, colocam a mulher numa posição de atender às expectativas de serem cuidadoras felizes e amorosas da classe trabalhadora e, portanto, recusar essa função feminina é recusar o papel que o capital forjou para as mulheres (FEDERICI, 2019a).

Diante disso, ocorre o aumento da misoginia, o trabalho reprodutivo deixa de ser considerado um trabalho e a mulher é posta cada vez mais em um lugar social de desvalorização. Assim, na família burguesa, a mulher perde poder, já que é excluída dos negócios e passa a ser dependente do marido, devido as propriedades do homem burguês, ou, nas famílias trabalhadoras, de uma autoridade do homem proveniente do salário que ele recebe (FEDERICI, 2017).

Devemos mencionar que, apesar do trabalho doméstico não ter salário, ele gera o bem mais precioso do sistema capitalista: a força de trabalho. Por meio do trabalho doméstico, cuida-se da mão de obra assalariada em termos físicos, emocionais e sexuais, preparando-o para a lutas diárias. Além disso, cuidar das crianças é cuidar da futura mão de obra. Isso mostra que, atrás de cada fábrica, escola, escritório ou mina, há trabalho oculto de milhões de mulheres (FEDERICI, 2019b).

Mesmo sabendo que, de forma resumida, o capitalismo é um sistema baseado na exploração do trabalho humano, principalmente do trabalho

da mulher, nessa divisão capitalista do trabalho, as mulheres foram corpos dominados pela biologia e alguns comportamentos são conferidos como inatos a elas (FEDERICI, 2020). Diante disso, o cuidar da casa é imposto à mulher e lhe é atribuído como algo natural da psique ou da personalidade feminina, como se fosse um desejo vindo das profundezas dessa “natureza feminina” (FEDERICI, 2019a).

Dessa forma, o capitalismo também se apropriou da capacidade reprodutiva da mulher e a colocou a serviço de cuidar da força de trabalho e servir ao mercado de trabalho. Porém não só no serviço do lar a mulher foi explorada nesse sistema, podendo serem citadas as mulheres que trabalhavam como espinha dorsal da força de trabalho das indústrias na Europa e as mulheres escravizadas nas plantações americanas, que ainda eram forçadas a engravidar para alimentar a indústria de criação de escravos e a amamentar filhos dos senhores (FEDERICI, 2020). Mesmo no regime escravista, homens e mulheres, apesar de escravizados, não eram tratados da mesma forma, pois as mulheres recebiam menos alimentação, sofriam ataques sexuais dos seus senhores, eram castigadas de forma mais cruéis e, também, sofriam danos que atingiam seus filhos quando estavam grávidas (FEDERICI, 2017).

Dessa forma, o capitalismo se mostra como a reformulação do patriarcado, que influencia na discriminação salarial das trabalhadoras e na segregação ocupacional feminina, além de as deixarem à margem de decisões econômicas e políticas (SAFFIOTI, 2015). No trabalho doméstico, por exemplo, destacamos que há a histórica ausência do salário, o que pode ser um dos indicativos do porquê dos salários baixos para mulheres, visto que os empregadores sabem que as mulheres estariam acostumadas a trabalhar de graça em casa, encontrando-se, às vezes, desesperadas para ganhar o próprio dinheiro, estando, assim, dispostas a trabalhar por valores baixos e condições precárias de trabalho (FEDERICI, 2019a).

Dessa forma, “O problema não é necessariamente o trabalho doméstico e de cuidados, mas o lugar ocupado pelo trabalho de reprodução da vida no capitalismo” (SANTANA, 2019). Assim, o trabalho doméstico é base das sociedades capitalistas, sendo importante ressaltar que a submissão das mulheres ao homem não se dá pela “improdutividade” do trabalho doméstico, mas ao seu não pagamento, ao ponto que o salário confere poder aos homens (FEDERICI, 2017), que pode ser chamado de

“patriarcado do salário”, e, à vista disso, consegue disciplinar, reproduzir e expandir o proletariado. O que encontramos, então, no capitalismo, é a “feminização da pobreza” (FEDERICI, 2017).

No Brasil, o capitalismo influencia nas políticas e na qualidade de vida das mulheres, se fazendo assim relevante refletirmos sobre o trabalho das mulheres brasileiras.

REALIDADE VERDE E AMARELA: MULHERES NO MUNDO DO TRABALHO NO BRASIL

No capitalismo, apenas atividades que geram produtos para o mercado são consideradas como tendo valor. Assim, o trabalho que não é classificado dessa forma não é visto como trabalho (FEDERICI, 2017). É importante ressaltar que o que a história nos mostra é que as mulheres sempre trabalharam, mas a liberação para o mercado de trabalho remunerado só se deu com a revolução do sistema econômico (GAUDÊNCIO, 2005). Porém a revolução industrial foi marcada pelas péssimas condições de trabalho e baixos salários que eram oferecidos ao proletariado, e, mais uma vez, as mulheres e suas crianças estavam mais vulneráveis do que os homens. Nessa época, todos os membros da família trabalhavam, sendo pago o menor salário possível, e, com objetivo de reduzir ainda mais os salários, a burguesia contratava mulheres (ENGELS, 2010).

Em consequência da Revolução Industrial, houve um aumento significativo na saída das mulheres do ambiente doméstico para o mercado de trabalho. Nos países da Europa, o aumento da população econômica ativa se deu devido a entrada das mulheres no mercado e, entre 1965 e 1991, o número de mulheres trabalhando nesse mercado passou de 39,6 para 53,2 milhões. Já na América Latina, o número triplicou, passando de 18 para 57 milhões. No Brasil, o crescimento da força de trabalho feminina foi de 13,6% em 1950 para 47,2% em 1990 (WERMELINGER *et al.*, 2010).

No Brasil, como no resto do mundo, as mulheres conquistaram os primeiros empregos nas fábricas de tecido e, posteriormente, no comércio, em escritórios e em bancos. Em 1920, apenas 9,9% dos operários no país

eram mulheres, que podiam, inclusive, trabalhar à noite sem adicional noturno. Em 1917, houve um projeto de lei, que tramitou por 13 anos, para legislar sobre o trabalho feminino, que teve como conquista a liberação da mulher para o trabalho sem autorização do marido, sendo considerado um absurdo à época (GAUDÊNCIO, 2005).

A despeito dessa aparente vantagem de ir “trabalhar fora”, o que o desenvolvimento industrial fez foi aumentar a exploração sobre esses corpos. Vistos como seres baratos, dóceis e submissos, chegavam a trabalhar em jornadas que iam das 5 horas, da manhã, até as 23 horas. Muitas mulheres morriam de tuberculose devido às más condições de trabalho nas fábricas. É comum também relatos de mulheres que voltavam aos postos de trabalho apenas três dias após o parto, em jornadas de trabalho de 13 horas diárias, e com o leite materno sendo desprezado, jorrando o dia inteiro sobre o vestido. Dessa forma, o que marca o tempo da mulher no ambiente de trabalho da era moderna é a negação e supressão de direitos (GAUDÊNCIO, 2005; ENGELS, 2010).

Porém, apesar dos inúmeros problemas ressaltados, torna-se fundamental avaliar que foi a partir desse momento que as mulheres começaram a ter mais acesso à educação e à possibilidade de novos empregos. Com as guerras mundiais, houve ainda mais a necessidade da mulher no mercado de trabalho, principalmente em carreiras superiores. Mesmo que, no início, esse incentivo fosse para “carreiras femininas”, em que se destacavam ofícios que reproduziam as atividades domésticas, como os ofícios de costureira, babá, enfermeira, parteira e doméstica, entre outras, com o passar do tempo, outras profissões foram conquistadas, como as de advogada, médica, engenheira e docente universitária (WERMELINGER *et al.*, 2010).

A despeito dessas mudanças, ainda hoje, a maioria das mulheres exercem atividades vistas como femininas, o que demonstra que a necessidade de trabalhar fora das mulheres acaba levando seu trabalho reprodutivo para as ruas, sendo suas profissões uma extensão do trabalho doméstico. Além disso, o trabalho fora de casa dá origem a novas formas de violência contra elas (FEDERICI, 2019b), como podemos exemplificar nesse relato encontrado no livro *História das Mulheres no Brasil*:

Levantam-se, em geral, às 4h da manhã, preparam a comida para elas e os demais membros da família que trabalham fora e também para os que ficam

na casa. Às 6h, “pegam” o caminhão ou ônibus para uma jornada de trabalho de nove a dez horas, inclusive aos sábados. Ao chegarem à casa, por volta das 18h ou 19h, ainda vão preparar o jantar, lavar roupa, limpar a casa e cuidar dos filhos, podendo receber ajuda de outras mulheres, pois a participação masculina no trabalho doméstico é muito rara. Nunca dormem mais de seis horas por dia. Aos domingos, dedicam-se às tarefas domésticas. Raramente, sobra-lhes tempo para o lazer. Em muitos casos, prevalece a violência doméstica perpetrada pelo homem. Apesar de o poder do homem ter sido abalado com o assalariamento da mulher e filhos, as relações assimétricas continuam. Pode-se ainda afirmar que essas mulheres vivenciam uma situação de dupla ou tripla discriminação social: a que marca a condição feminina, a de trabalhadora e a de raça ou etnia. Enquanto trabalhadoras, essas mulheres suportam o duro fardo de um trabalho desvalorizado e ao mesmo tempo extremamente penoso; enquanto mulheres, recebem menores salários do que os homens, além de outras formas de dominação e de discriminação manifestas no espaço do trabalho e também da casa; enquanto negras ou mestiças, sofrem as consequências do preconceito racial. É justamente no entrecruzamento dessas três situações sociais que as experiências de submissão e resistência são gestadas. (SILVA, 2004)

O que fica destacado aqui são as desigualdades de gênero, classe e raça que estão presentes no interior do trabalho de cuidado, já que os cuidadores são, em sua maioria, mulheres, negras, pobres e migrantes (HIRATA, 2016). Essa não é uma realidade exclusiva do Brasil atual, no período da escravidão, a mulher negra era obrigada a cuidar e amamentar o filho dos seus “donos”, enquanto seu bebê era amamentado depois, entregue para adoção ou mesmo morto (CIVILETTI, 1991), sendo, a essa mulher escravizada e mãe, atribuído o cuidado do bebê da mulher branca e renegado o cuidado ao seu próprio bebê.

Dessa forma, ao observarmos o papel da mulher em sociedades capitalistas e divididas por classes, o que vemos é a desvalorização da mulher e do trabalho feminino como parte de um sistema baseado na exploração do ser humano pelo ser humano. Diante disso, o que temos é a naturalização dessa lógica cruel, principalmente entre as camadas de trabalhadoras mais pobres (SAFFIOTI, 2015).

Por isso, se faz importante destacarmos que todos temos direitos ao trabalho digno, conforme o artigo 23 da Declaração Universal dos Direitos

Humanos, que diz que todo ser humano tem direito a um trabalho em condições justas e adequadas, além do direito de receber uma remuneração justa, que lhe garanta uma existência compatível com a dignidade humana (UNICEF, 1948). Porém, os direitos fundamentais e direitos trabalhistas são comumente violados ou inexistentes quando se tratam das mulheres. Historicamente, há falta de proteção laboral e igualdade nas relações do trabalho, dificuldade de ingresso no mercado de trabalho e, principalmente, diferenças salariais (SIQUEIRA; SAMPARO, 2017).

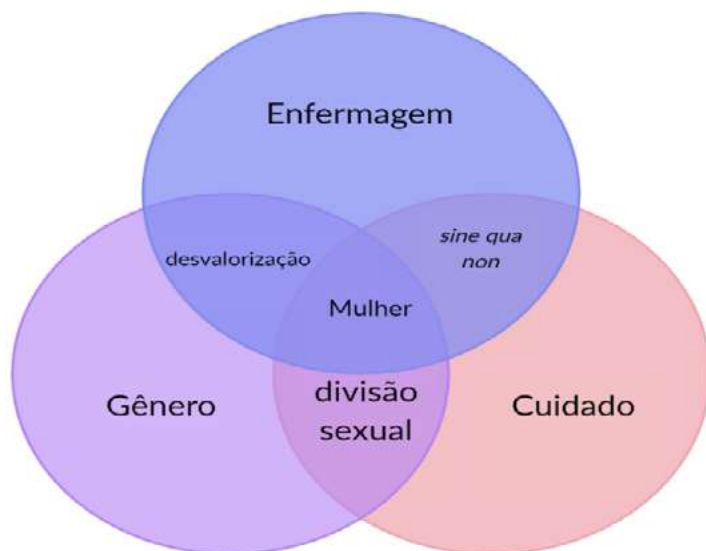
Com o objetivo de diminuir a desigualdade entre gênero no mundo do trabalho, algumas ações foram formuladas no Brasil, como a Constituição Federal de 1934, que proibiu a diferença salarial em relação aos homens e o trabalho em locais insalubres e criou a proteção à maternidade sem prejuízo do salário. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, reforçou ainda mais a proteção do trabalho da mulher (GAUDÊNCIO, 2005).

No Brasil, historicamente, o trabalho da mulher foi permeado pela supressão e violação dos direitos. Quando esse trabalho é o de cuidar, torna-se ainda mais precário, seja na remuneração ou no reconhecimento social, produzindo assim desvalorização (HIRATA, 2016). Nesse cenário, temos o trabalho da enfermagem, área composta majoritariamente por mulheres e que tem como principal atividade o cuidado, tornando-se, assim, uma profissão de interesse para refletir a divisão sexual do trabalho.

CUIDADO ENQUANTO PROFISSÃO EM SAÚDE: MULHER, DIVISÃO SEXUAL NO TRABALHO E A ENFERMAGEM

Diante da realidade apresentada, podemos afirmar que são inúmeros os desafios que as mulheres trabalhadoras enfrentam. Neste trabalho, nosso foco serão as trabalhadoras de enfermagem e como seus desafios podem ser interpretados a partir do processo histórico do que é ser mulher, ser da enfermagem e exercer o cuidado. Essas dimensões são apresentadas no diagrama de Venn, na Figura 1.

Figura 1. Relação entre gênero, cuidado e enfermagem.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O cuidado constitui uma necessidade básica para a sobrevivência da vida humana (SILVA; LIMA; MISHIMA, 1993). O Estado, o mercado e a família são atores sociais do cuidado, mas que agem de forma desigual e assimétrica. No Brasil, o Estado age a partir de programas de cuidado coletivos, como creches e escolas que garantem cuidado as crianças. O mercado promove o cuidado, geralmente, oferecendo serviços, como empresas especializadas em *home care*. A família, por sua vez, é a instituição predominante do cuidado, que é responsabilidade dos seus membros, sobretudo das mulheres, mas também de pessoas externas à família, como empregadas domésticas ou diaristas (HIRATA, 2016).

Existem duas correntes que tentam responder o porquê do cuidado ser associado ao papel feminino. A primeira, com enfoque psicobiológico, justifica que o maior investimento das mulheres na família refletiria essa predisposição para o cuidar. E a segunda, mais coerente ao nosso ver, que tem enfoque no histórico-social, se baseia no estudo de como a cultura

enfoca na preservação dos papéis de gênero (CARVALHO *et al.*, 2008). É devido ao processo sócio-histórico que o trabalho de cuidado foi, por muito tempo, exercido por mulheres no espaço doméstico de forma gratuita e realizado por “amor” (HIRATA, 2016).

Uma forma de justificar a prevalência das mulheres na função de cuidar refere-se ao tempo que as sociedades agrícolas e pastoris da antiguidade, nas quais a mulher voltava-se para o cuidado das crianças e do plantio. Porém, ainda hoje, a maioria das tarefas associadas ao cuidado estão sobre a responsabilidade da mulher. Mesmo em classes média e alta, a função de cuidar dos filhos e administrar a casa recaem sobre elas, que, nesses casos, atribuem o cuidado a educadores, creche, serviços domésticos, que, tipicamente, também são realizadas por mulheres (CARVALHO *et al.*, 2008).

Na construção do padrão do papel social feminino, elementos como a medicina, a Igreja e o Estado foram instrumentos de implantação de um ideal para comportamento social. É importante mencionar que o papel social é um aspecto cultural da humanidade, e a dinâmica social de sua organização entre os indivíduos faz com que as regras definidas ganhem relevância ao ponto de parecerem biológicas, como se fôssemos programados para tal modelo de comportamento (CRUZ, 2013).

Porém ressaltamos o pensamento de Simone de Beauvoir: nenhum destino inato é definido para o comportamento da mulher, é a socialização que elabora características que formam o ideal a ser alcançado para o feminino, assim, desde muito pequenas, ensinam-lhe a cozinhar, costurar, cuidar da casa, ter pudor, como se vestir, como se comportar (DE BEAUVOIR, 1967). Dessa forma, tomamos como base que o lugar ocupado pelo sexo feminino nos papéis de gênero, cuidado e mercado de trabalho é consequência de um processo sócio-histórico (CASTRO; SANTOS; SANTOS, 2018). Esse processo sócio-histórico foi dividido formando a construção sexual do trabalho de cuidado, que atribuiu cuidados para serem exercidos de forma diferente entre os gêneros. Cabia, ao homem, cuidar do território, expulsar inimigos, proteger as mulheres e animais; já, à mulher, cabia o cuidar das crianças, idosos e moribundos (SILVA; LIMA; MISHIMA, 1993).

Porém, com o desenvolvimento do capitalismo, foi atribuído um valor simbólico na divisão sexual do trabalho, dando, aos homens, as tarefas de prestígio, autoridade e criatividade, tais como a de economistas, cientistas,

políticos, médicos etc. Já as mulheres ficaram com as tarefas de pouco reconhecimento social, como donas de casa, mãe e esposa. Mesmo após as mulheres ingressarem no mercado de trabalho, suas profissões seguem uma extensão de suas atividades dentro do ambiente domésticos, como é o caso de professoras, enfermeiras e secretarias (SÃO PAULO, 1994 apud SPLENDOR; ROMAN, 2003)¹. Assim, ao avaliar o trabalho do cuidado em relação ao gênero, percebe-se que o cuidar, mesmo quando executado no espaço público, possui aspecto consagrado do ambiente privado, sendo considerado “feito por amor” (GUIMARÃES, 2016).

Dessa forma, refletir sobre a mulher, a enfermagem e o cuidado na perspectiva de gênero se fazem relevantes, já que possuem uma íntima relação. A enfermagem é a profissão que tem como condição *sine qua non* o cuidado, sendo encarada como uma “profissão de mulher” e o cuidado, por sua vez, visto de forma histórica como um atributo feminino. (SPLENDOR; ROMAN, 2003). Além disso, observa-se, nos serviços de saúde, um quantitativo significativo de mulheres, sendo, por isso, importante considerar as categorias de análise de gênero, patriarcado e divisão sexual do trabalho do cuidado.

Os ambientes hospitalares reproduzem, em suas práticas, a divisão sexual do trabalho do cuidado típica do modo capitalista, e a dimensão histórica que liga a mulher aos cuidados de saúde se reflete no quantitativo de mulheres nos serviços hospitalares até os dias atuais (ELIAS; NAVARRO, 2006). Na compreensão histórica do processo de feminização na área da saúde, devemos levar em consideração que, no desenvolvimento do cristianismo, houve a institucionalização do papel feminino no cuidado com as irmãs de caridade, sendo os hospitais controlados pelos religiosos até meados do século XVIII. Porém, após esse período, houve a profissionalização da medicina e as mulheres tiveram seu trabalho visto como subordinado ao conhecimento e autoridade do médico, o que contribuiu para a formação da imagem social desvalorizada da enfermagem (SILVA; LIMA; MISHIMA, 1993).

Outro papel relevante a considerar é a influência de Florence Nightingale, na Inglaterra, ao institucionalizar uma profissão para as

1. SÃO PAULO. Conselho Estadual da Condição Feminina. *Cadernos CECF – Educação*. Construindo a igualdade entre os sexos, 1994.

mulheres, com base em valores considerados naturalmente femininos, legitimando a relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as da enfermagem (cuidado) (LOPES; LEAL, 2005). Essa dicotomia traduz as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. Nesse sentido:

O diagnóstico e a terapêutica médica representam os atos-fim, o saber que embasa a organização e os processos de trabalho na saúde. Os atos médicos são concretos, quantificáveis, justificam maior salário e pagamento por ato realizado. Isso nos confronta com a visibilidade do trabalho médico, enquanto que o trabalho de enfermagem, por sua vez, se incorpora aos fins, se invisibiliza. Sua existência concreta se materializa nas jornadas contínuas, nas 24 horas de presença no hospital, por exemplo, que exprimem a intensividade do trabalho e sua indispensabilidade. [...] Eis que essas concepções e a qualificação (competências e valores) definidas pelo empregador (os serviços e a prática médica), sustentam, de um lado, a hierarquia e os baixos níveis salariais da enfermagem e, de outro, os postos mais valorizados nesse aspecto e na estrutura de poder (LOPES; LEAL, 2005).

Essa herança histórica se reflete no trabalho da enfermagem, que pode ser vista como gueto profissional feminino, gerando desvalorização, desprestígio e a própria negação do sofrimento provocado pelo trabalho, já que deve ser visto como devoção ou abnegação. Isso ocorre mesmo com as profissionais de enfermagem estando nos mais diversos setores do serviço de saúde (ALMEIDA, 2018; ELIAS; NAVARRO, 2006) e ocupando a maioria da força de trabalho dentro das instituições.

No momento da execução das suas atividades, os trabalhadores da enfermagem praticam o cuidado direto ao paciente, sendo esse cuidado sua função principal no contexto do serviço de saúde, pois é nele que está o foco da profissão. Porém é diante desse foco que se encontra uma razão da desvalorização desse trabalho, já que o cuidado antigamente não exigia treinamento e era considerado atividade para criadas domésticas (ARGENTA; PIRES, 2002). Além disso, o trabalhador da enfermagem enfrenta diversos desafios, como baixos salários, sobrecarga de trabalho, duplo emprego, falta de influência nos espaços de poder etc. (ARGENTA; PIRES, 2002). Há, ainda, questões como o relacionamento desagradável

entre a equipe multiprofissional, os recursos humanos insuficientes, a burocracia institucional, as ofensas por parte do paciente e o não reconhecimento do trabalho (ALMEIDA, 2018).

O processo de trabalho da enfermagem é hierarquizado, organizando-se em equipes heterogêneas (enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira). Essa relação de trabalho é atravessada por questões sociais, de gênero e de raça/cor, conforme observado em estudo sobre perfil da enfermagem coordenado por MACHADO *et al.* (2012), que tomou como objeto a organização do trabalho do cuidado humano realizado majoritariamente por mulheres com duplas e até mesmo triplas jornadas, em função dos baixos salários, de atividades domésticas, da invisibilidade, da desvalorização e do não reconhecimento social e econômico desse trabalho.

O transcurso da pandemia de covid-19 elevou, momentaneamente, o reconhecimento social da enfermagem a patamares de importância poucas vezes identificadas na história da profissão. Com isso, abriram-se janelas de oportunidades para que se desnudasse a realidade perversa das condições de trabalho da categoria e, ao mesmo tempo, se tornassem visíveis reivindicações, de décadas da categoria, por melhores condições de trabalho e salário digno, como a luta histórica por um piso salarial nacional para toda categoria da enfermagem.

Embora, no pico da pandemia, tenha havido muitos e merecidos aplausos e o reconhecimento social, que tornou visível o extenuante, cansativo e insubstituível trabalho da enfermagem, a realidade das condições de trabalho, jornada de trabalho e salários continuaram imutáveis. Isso, apesar dos esforços, movimentos e luta da categoria da enfermagem por mudanças dessa realidade, particularmente no que diz respeito a aprovação e implementação de piso salarial mínimo da enfermagem, negando-se, assim, direitos que podem vir a beneficiar a saúde da população e um contingente expressivo de mulheres, que compõem a maior parte da enfermagem.

Dessa forma, as dificuldades para que as lutas da enfermagem e de outras profissões do cuidado não se efetivem plenamente numa sociedade capitalista devem-se às características patriarcais, machistas, misóginas e racistas que estruturam a sociedade brasileira, com impactos nas instituições. Resta-nos perguntar: por que, após tantas décadas de lutas e com o

reconhecimento de que não se produz saúde, não se organizam serviços e não se implantam políticas públicas de saúde sem o trabalho do profissional de enfermagem, ainda persistem as mazelas? Ou seja, porque as principais reivindicações e garantia dos direitos dos trabalhadores de enfermagem são tão pouco acolhidos e garantidos pelo Estado e suas instituições?

Podemos pensar se a resposta dessas perguntas não estaria relacionada a relação de gênero e raça, já que enfermagem é uma profissão, majoritariamente, composta por mulheres, em sua maioria negras e pardas, e que recebe um dos mais baixos salários no setor saúde (técnicos e auxiliares de enfermagem). Assim a relação da enfermagem com cuidado, gênero e raça deve-se ser pensada, já que profissão está ancorada no cuidado humano, mas isso também reflete na própria condição da categoria, tendo em visto o papel social, econômico e cultural que o cuidar tem em numa sociedade capitalista, ratificando os argumentos sobre gênero, desigualdades de classes além da categoria de raça/cor (MACHADO *et al.*, 2012; SAFFIOTI, 2015; FEDERICI, 2020; HOOKS, 2020; BENTO, 2022).

Essa situação é uma extensão do uso da força de trabalho da mulher, que, na sociedade, por muito tempo, realizou ou realiza trabalhos não pagos e não reconhecidos (ELIAS; NAVARRO, 2006). Diante disso, apesar de não podermos esquecer as conquistas das mulheres, se faz importante lembrar que o trabalho da mulher no capitalismo é explorado ao máximo porque, nesse sistema, a força de trabalho feminina é subordinada aos interesses dos empresários. Quanto mais desenvolvida a tática de exploração, mais fica evidente a dominação dos gêneros. Destarte, a dominação patriarcal e a exploração capitalista andam de mãos dadas (SAFFIOTI, 2015).

CONCLUSÃO

As questões de gênero, o cuidado e a enfermagem apresentam uma intrínseca aproximação com as percepções históricas do que é ser mulher. Dessa forma, a divisão sexual e técnica do trabalho e a desvalorização do cuidado e do trabalho da enfermagem influenciam como as mulheres irão vivenciar sua existência e como será sua qualidade de vida e o seu processo de adoecimento e do cuidar de si.

Neste texto, fizemos um resgate histórico sobre o que é ser mulher no mundo do trabalho e como é ser mulher trabalhadora de enfermagem. A partir de estudos teóricos apoiados em autoras como Silvia Federici (2017, 2019a, 2019b, 2020) e Heleith Saffioti (2005, 2015), podemos compreender a construção histórica do trabalho da mulher e como se produz a sua desvalorização. O que vimos foi a desvalorização do trabalho feminino em amplo aspecto e que isso reflete também nas trabalhadoras do cuidado em saúde de forma geral.

Nesse processo histórico, a divisão sexual e técnica do trabalho coloca a mulher como a responsável pelo cuidado e situa as atividades exercidas por ela como não possíveis de serem dignamente remuneradas, respeitadas e valorizadas. Dessa forma, urge que se criem estratégias que confluem para a garantia de direitos, inclusive o de não adoecer em função das condições de trabalho, e de abertura de espaços para o cuidar de si como valores inegociáveis na produção do trabalho em saúde e na produção de vida para si e para o outro.

Isso posto, sugerimos que próximas pesquisas privilegiem a relação entre gênero, classe, raça/cor, cuidado e enfermagem, aspectos que devem ser avaliados de forma mais profunda, buscando, de preferência, um diálogo interdisciplinar que permita a análise do impacto desses conceitos sobre a mulher atual.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A.R. de. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Nursing*, São Paulo, v. 21, n. 247, p. 2482-2488, 2018.

ARGENTA, M. I.; PIRES, D. E. P. de. Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para a profissão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 55, n. 5, p. 603-604, 2002.

BENTO, Cida, *O Pacto da Branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022

CARVALHO, A. M. A. *et al.* Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 431-444, 2008.

CASTRO, A.B.C.; SANTOS, J.S.; SANTOS, J.S. Gênero, patriarcado, divisão sexual do trabalho e a força de trabalho feminina na sociabilidade capitalista. In: SEMINÁRIO CETROS. Crise e mundo do trabalho no Brasil: desafios da classe trabalhadora, 6., Fortaleza, 2018. **Anais [...]**. Fortaleza: UECE, 2018.

CHAPPEL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at work**. Geneva: International Labor Organizacinal, 2006.

CIVILETTI, M. V. P. O cuidado às crianças pequenas no Brasil escravista. **Cadernos de Pesquisa**, n. 76, p. 31-40, 1991.

CRUZ, V. de O. Feminino: a construção histórica do papel social da mulher. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 27., 2013, Natal. **Anais [...]**. Natal: ANPUH, 2013.

CUNHA, M.C.C.C.; JÚNIOR, L.P.R.; LEMOS, F.C.S. Documentos, leis e políticas públicas no enfrentamento à violência de gênero. In: MATTIOLI, O.C.; ARAÚJO; M.F. **Violência nos contextos institucional, social e econômico**. Curitiba: CRV, 2019.

DE BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: a experiencia vivida. 2 ed. Tradução de Sergio Milliet. São Paulo: Difusão europeia de livros, 1967.

D'INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: DEL PRIORE, Mary. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução de B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2010.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019a.

FEDERICI, S. **Mulheres e caça às bruxas**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019b.

FEDERICI, S. **Beyond the periphery of the skin**: Rethinking, remaking, and reclaiming the body in contemporary capitalism. Binghamton (NY): PM Press, 2020.

GAUDÊNCIO, G. Mulher e Trabalho. In: BRASIL. Presidência da República. **Marcadas a Ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

GUIMARÃES, N. A. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. **Cadernos pagu**, n. 46, p. 59-77, jan.-abr. 2016.

HIRATA, H. O trabalho de cuidado. **Sur: revista internacional de direitos humanos**, São Paulo, v. 13, p. 53-64, 2016.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, p. 595-609, 2007.

HOOKS, bel. **O feminismo é para a todo mundo**: políticas arrebatadoras. Rio de Janeiro, 2020.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**, n. 24, p. 105-125, jan.-jun. 2005.

MACHADO, M.H *et al.* Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, 2012.

MACIERA, G.P.; ROCHA, L.F. Violência de gênero: o machismo e o patriarcado no discurso do agressor. In: MATTIOLI, O.C; ARAÚJO; M.F. **Violência nos contextos institucional, social e econômico**. Curitiba: CRV, 2019.

OLIVEIRA, S. “Nem homem gosta de bater, nem mulher de apanhar” fortalecendo a rede de proteção. In: BRASIL. **Marcadas a Ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005

RUBIN, B. O papel das conferências mundiais sobre as mulheres frente ao paradigma do empoderamento feminino. **Leopoldianum**, v. 38, n. 104-6, p. 61-84, 2012.

SAFFIOTI, H.I.B. Apresentação. In: BRASIL. **Marcadas a Ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTANA, B. Prefácio. In: FEDERICI, S. **Mulheres e caça às bruxas**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019.

SILVA, E. M.; LIMA, R. A. G. de; MISHIMA, S. M. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, n. 3-4, p. 301-308, 1993.

SILVA, M. A. M. De colônia a boia-fria. In: PRIORE, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

SIQUEIRA, D.P.; SAMPARO, A.J.F. Os direitos da mulher no mercado de trabalho: da discriminação de gênero à luta pela igualdade. **Revista Direito Em Debate**, v. 26, n. 48, p. 287-325. 2017

SPLENDOR, V. L.; ROMAN, A. R. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. **Revista Contexto & Saúde**, v. 3, n. 4, p. 31-44, 2003.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 13 abr. 2020

VENTURI, G.; RECAMÁN, M. Introdução. In: VENTURI, Marisol Recamán; OLIVEIRA, Suely. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

WERMELINGER, M. *et al.* A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em saúde para debate**, n. 45. p. 54-70, 2010.

4

GABRIELA DE BRITO MARTINS
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

**(COR)POSSIBILIDADES
DE VIDA E SAÚDE
NO TRABALHO EM
TEMPOS DE PANDEMIA:
ESCREVIVÊNCIAS
E NARRATIVAS DA
ATIVIDADE COMO APOSTA
POLÍTICO-DISCURSIVA
DE RESISTÊNCIA**

INTRODUÇÃO

Este artigo trata-se de um estudo que convoca narrativas e histórias de vida de trabalhadoras da saúde como fio condutor da análise do trabalho em tempos de pandemia. Para tal, ousamos, aqui, a análise de cartas e relatos de experiências de agentes comunitárias de saúde (ACS), no contexto de pandemia, como dobra evocativa de um olhar de dentro, um tecer da vida e do trabalho de mulheres trabalhadoras da saúde, que, como cidadãs, no seu fazer, compõem forças, desejos e aspirações.

A Clínica da Atividade, de Yves Clot (2007; 2010), trazendo a atividade de trabalho, como unidade de análise, e suas aproximações com a *escrevivência*, de Conceição Evaristo (2017; 2020), como aporte disparador de análise, conduzem um mergulhar num percurso das narrativas do trabalho em saúde e suas intersecções. “A nossa escrevivência não pode ser lida como história para ninar os da casa grande e sim para incomodá-los em seus sonos injustos” (EVARISTO, 2017).

A expressão ‘escrevivências’, utilizada pela primeira vez por uma escritora negra proveniente de família de classe média baixa, aparece como uma sentença, um despertar de uma inquietação social (EVARISTO, 2017).

Escrevivência, em sua concepção inicial, se realiza como um ato de escrita das mulheres negras, como uma ação que pretende borrar, desfazer uma imagem do passado, em que o corpo-voz de mulheres negras escravizadas tinha sua potência de emissão também sob o controle dos escravocratas, homens, mulheres e até crianças. E se ontem nem a voz pertencia as mulheres escravizadas, hoje a letra, a escrita, nos pertencem também (EVARISTO, 2020, p. 30).

Uma fome, um desejo que incita por perfurar texturas, tramas e trilhas do cotidiano, deixando a nus olhares e expressões múltiplas do experimentar das tessituras do viver. Ao fazer com(tato) com experiências que com(fundem) com a vida que experimentamos, concebemos escrita e vivência, escrita e existência, vida e arte... escrevivência.

Escreviver a atividade de trabalho das ACS toma-nos como uma obra que se forja destituída de elitismos, especialismos ou projetos de gestão e análise do trabalho advindos de um olhar de fora.

Nessa aposta clínica, tomando a atividade como unidade central de análise, optamos pela Clínica da Atividade, que valoriza a invenção, recusando abordagens higienistas em saúde do trabalhador (CLOT, 2010). Tal proposta corrobora com uma ética de estudo e intervenção em que a neutralidade é rejeitada, um estudo sobre os conhecimentos da experiência com enfoque nos saberes do ofício e dos recursos coletivos de linguagem e técnica tecidos na história desses ofícios (OSÓRIO, 2016).

Assim, o estudo das narrativas de histórias de vida em curso de trabalhadoras da saúde, como proposto neste estudo, objetivou colocar em análise a experiência viva das ACS durante a pandemia de covid-19. Buscou-se a análise do trabalho feminino em suas intersecções, sendo a produção de conhecimento, a invenção de si e do mundo, uma produção de desejos em atividade subsidiada, em última instância, pela vida e pelo plano coletivo de forças moventes acessadas no viver (CLOT, 2007; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Trata-se, portanto, de ingressar na história para sair da mesma. Produzir desvios na construção de um outro possível que possa aproximar-nos de raízes históricas que nos constituem e singularizam.

Nessa perspectiva, as palavras querem dizer outras coisas. Partir de um outro é evidenciar espaços de exclusão e condições que com(fundem) e co(movem). Escrever é o procedimento, e muito acontece nesse processo e nunca saberemos como estaremos nesse percurso, nem ao terminá-lo. Em sua dimensão coletiva, as narrativas, assim como o trabalho, são modos de agenciamentos enquanto grupo, no qual o funcionamento do coletivo grupal influi diretamente sobre a dinâmica de evolução, uma organização e reinvenção do trabalho (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Esse caminho inspirado em Evaristo (2016) revela o quão insubmissa

pode ser essa escrita libertária, que registra “o quase gozo da escuta”, de gostar de ouvir a “voz outra”, de sentir, de fazer histórias e (com)fundir histórias próprias e de mulheres que nos antecederam, e ecoam em nosso sentir e viver.

O que escrever, como escrever, para que e para quem escrever? Escrevivência, antes de qualquer domínio, é interrogação. É uma busca por se inserir no mundo com as nossas histórias, com as nossas vidas, que o mundo desconsidera (EVARISTO, 2020, p. 35).

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa e descritiva das situações e experiências de trabalho. As participantes, mulheres agentes comunitárias de saúde (ACS) atuantes no município de Vitória (ES), são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Perfil das participantes da pesquisa.

Nome Flor (fictício)	Idade (anos)	Filhos	Cor da Pele	Renda Familiar (em Salários Mínimos)	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Trabalho (anos)
Maria Begônia	40	1	Negra	Até 5	Casada	Superior Completo	17
Maria Bromélia	55	N/D	Negra	N/D	Casada	Médio Completo	19
Maria Alfazema	44	N/D	Negra	N/D	Solteira	Médio Completo	18
Maria Amarylis	40	1	Negra	Até 4	Casada	Superior Cursando	17
Maria Íris	58	N/D	Parda	N/D	Casada	Médio Completo	19

Nome Flor (fictício)	Idade (anos)	Filhos	Cor da Pele	Renda Familiar (em Salários Mínimos)	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Trabalho (anos)
Maria Azaleia	45	3	Parda	N/D	Casada	Médio Incompleto	18
Maria Dália	49	N/D	Parda	N/D	Casada	Superior Completo	16
Maria Orquídea	41	2	Parda	Até 5	Casada	Superior em andamento	19
Maria Hibisco	54	3	N/D	N/D	Divorciada	Médio Completo	17
Maria Girassol	57	2	Parda	Até 5	Casada	Médio Completo	22
Maria Gardênia	53	2	Negra	N/D	Casada	Médio Completo	23
Maria Acácia	51	1	Parda	Até 2	Casada	Médio Completo	24
Maria Amarantho	56	2	Negra	N/D	Casada	Superior Completo	18
Maria Lírio	55	N/D	N/D	N/D	Casada	N/D	21
Maria Rosa	58	2	Parda	Até 2	Casada	Médio Completo	20
Maria Jasmim	44	1	Parda	Até 4	Casada	Superior Cursando	7
Maria Papoula	36	2	Branca	Até 6	Casada	Médio Completo	16

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir dos dados do Quadro 1, podemos observar que se trata de uma equipe formada exclusivamente por mulheres, com predominância de idade entre 50 e 60 anos (9), com tempo de trabalho entre 7 e 24 anos, o

que denota baixa rotatividade e alto nível de permanência na função. Tais características contribuem para que as narrativas das ACS sinalizem maior adesão e participação no acompanhamento e constituição dos processos de trabalho e dinâmica dos serviços na assistência à saúde.

As narrativas apresentadas foram construídas a partir de grupos focais, observações e entrevistas registradas a partir de gravações e cartas escritas pelas participantes, que se realizaram de 16 de agosto de 2022 a 4 de outubro de 2022, embasando reflexões a partir da atividade situada em seu contexto e das experiências e desafios enfrentados no contexto da pandemia. A análise dos diários de campo e produção de cartas foram realizadas a partir de aproximações da Clínica da Atividade, de Clot (2007; 2010), com as escritivências, de Evaristo (2017; 2020).

Clot (2007) considera a atividade de trabalho triplamente dirigida como unidade elementar de análise do trabalho, posto que, “na situação vivida, ela é dirigida não só pelo comportamento do sujeito ou dirigida por meio do objeto da tarefa, mas também dirigida aos outros” (p. 97).

Evaristo (2016), por sua vez, ao trilhar pelos caminhos das escritivências como narrativas insubmissas, afirma a urgência da escrita de mulheres, trazendo o debate de desigualdades e preconceitos, numa perspectiva interseccional. Uma escrita afirmativa de defesa de direitos, de formação, de escuta e de espaços de fala. Uma possibilidade de compreensão de outras vivências e de outras histórias que não as dominantes, nem eurocêntricas, dando visibilidade a sentidos e reconhecimentos de uma sociedade tão diversa.

Nesse entendimento, o método consiste em, a partir das escritivências da atividade dirigida, compreender como as trabalhadoras lidam com as intersecções relacionadas à própria história e à história do trabalho e como tentam escapar dos empecilhos das situações de trabalho e das contradições existentes nesses três polos de determinação da ação no trabalho: para si, para o objeto/tarefa e para os outros.

ESCREVIVÊNCIAS DA PANDEMIA: INTERSECCIONALIDADES NO AGIR EM SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva, como um campo voltado para a compreensão da saúde no âmbito da promoção, prevenção e cuidado, toma por objeto de estudo não somente indivíduos, mas os grupos sociais, a coletividade (PAIM, 2003; 2006).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal forma de organização da Atenção Primária à Saúde (APS). A característica central do modelo é o enfoque voltado para a saúde integral das famílias e comunidade, o que torna fundamental o desenvolvimento de ações de planejamento em saúde adaptadas ao contexto local (SARTI *et al.*, 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como proposta a atenção contínua à população do território de atuação, numa aposta de cuidado integral às famílias, funcionando como mola propulsora de reorientação do modelo na APS (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2010).

Na APS, entre as ações que tangenciam as atribuições voltadas para o trabalho das agentes comunitária de saúde (ACS) estão:

- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas;
- Orientar as famílias quanto ao uso adequado dos serviços de saúde;
- Identificar, por meio de visitas domiciliares periódicas e monitoramento das famílias, situações de risco;
- Aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura auxiliar durante a visita domiciliar, encaminhar casos e situações de risco identificados aos outros membros das equipes de saúde;
- Auxiliar no planejamento e implementação das ações de saúde tanto localmente, ao encaminhar informações do território de abrangência para as ESF, quanto nacionalmente, alimentando dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Se, por um âmbito, as premissas da APS preconizam ações de acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, podemos constatar que a inserção das equipes de ACS na APS tem o papel direcionador do processo de trabalho com foco nas famílias, privilegiando

a promoção, proteção e recuperação da saúde, fomentada de forma integral e continuada. Por essa premissa, a educação e a orientação em saúde mostram-se como principais norteadores do trabalho nos diferentes territórios, direcionando ações que promovem a aproximação e construção de vínculos da ACS com os moradores do território de atuação.

No agir em saúde, para as ACS, a matéria-prima é o encontro. Merhy (2002), ao analisar os processos de trabalho em saúde, afirma que, hoje, o território em disputa é o campo de ação do trabalho vivo em ato e propõe a problematização dos modos de produzir saúde, gestão e cuidado.

O contexto de pandemia de covid-19 apresentou-se como analisador da saúde no contexto do trabalho, especificamente na APS. A insuficiência dos sistemas de saúde durante a pandemia, limitando o atendimento e tratamento da população contra um vírus potencialmente letal, deixou evidente a histórica tradição do sistema capitalista em sobrepor o lucro à vida. A crise sanitária mostrou, ainda, o quanto são as mulheres que arcam com os mais pesados ônus dessa crise que, nesse sentido, não pode ser creditada a um vírus, mas ao capitalismo que destrói populações e sistemas inteiros (FEDERICI, 2022).

Nesse contexto, urge a necessidade de buscar novos meios de vida, novas formas de reconstruir meios de agir em saúde, somando conhecimentos e perspectivas. Nas palavras de Canguilhem (2002, p. 64),

a vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora rigidez geométrica, ela é o debate ou explicação (...) como um meio em que há fugas, vazios, esquivas e resistências inesperadas. É preciso repetir ainda uma vez. Não fazemos profissão de fé de indeterminismo, apesar de, hoje em dia, este ser muito bem aceito. Achamos que a vida de qualquer ser vivo, mesmo que seja uma ameba, não reconhece as categorias de saúde e doença a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula.

Por esse olhar, a produção de saúde no trabalho se constitui na capacidade de enfrentar e resistir às muitas adversidades que se produzem no viver e trabalhar, construindo realidades desviantes e renormalizantes da trajetória de vida.

Méllo, Santos e Albuquerque (2022), ao analisar diferentes estudos sobre o trabalho das ACS no contexto da pandemia de covid-19, apontam a importância das ACS na garantia de uma APS integral e os desafios enfrentados pelas relações precárias de trabalho, pelo deslocamento de ACS para atividades administrativas no interior das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou pelas barreiras sanitárias, distanciando-as da relação com a comunidade em tempos de pandemia.

Lotta e Pavez (2010), antes mesmo da crise provocada pela pandemia, sinalizaram que 64% das práticas realizadas pelas ACS não estavam previstas na legislação, configurando-se como desvio de função. Num distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, os estudos mostram que os documentos do Ministério da Saúde (MS) de orientação das práticas das ACS na pandemia focam essencialmente em ações de vigilância em saúde e administrativas nas UBS e auxílio na recepção e atendimentos, deslocando as ACS do foco principal da função no acolhimento e visitas.

No que tange à saúde de trabalhadoras da saúde, a pandemia escancarou

a fragilidade institucional da gestão do SUS, desafiando-a no que tange à elaboração de respostas articuladas e efetivas para a gestão do risco ocupacional entre os profissionais da área da saúde (ROGERIO *et al.*, 2021, p. 8).

A ausência ou escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs) para as ACS demonstra problemas estruturais no trabalho em saúde pública: a divisão técnica e social do trabalho, numa desvalorização do trabalho das ACS, bem como da própria vida por parte do Estado brasileiro (MÉLLO; SANTO; ALBUQUERQUE, 2022).

Na experiência do cuidar, o que propomos é que o cuidado de si se constitua como o primeiro despertar, uma inquietude no curso da existência que dá acesso ao ser, uma convocação ética a ir além, com atenção à experiência dos encontros (FOUCAULT, 2004).

Em se tratando de trabalhadoras da saúde, especificamente as agentes comunitárias de saúde, produzir espaços de fala sobre o cuidado de si durante a pandemia enseja o debate sobre o corpo: no processo de trabalho, ele produz saúde para que e para quem? Incita-nos a olhar para um corpo que trabalha: ele é visto como “corpo-como-vivido” ou apenas como dados

estatísticos? Ou como barreira de proteção a serviço da produtividade, da produção, contribuindo para a necropolítica de Estado? O corpo que aqui, não possui escolha, vontade, muito menos direito a saúde, ao cuidado de si (MBEMBE, 2016; FOUCAULT, 2004; 2014).

A fim de discutir tais acessos que trazemos a interseccionalidade dos corpos que trabalham, a fim de entender: que corpo é esse e onde ele está? Diante desse projeto de colonização da vida, quem foram os corpos autorizados a cuidar e serem cuidados? Quem foram os corpos autorizados a falar? Quem pode falar? O que acontece quando nós falamos? Sobre o que nos é permitido falar? (RIBEIRO, 2019)

A Interseccionalidade busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação (...). Além disso, trata da forma como ações e políticas específicas geram pressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (AKOTIRENE, 2019, p. 73).

Num contexto de pandemia, intensifica-se a percepção da realidade em que grupos sociais são identificados, segregados e deixados para morrer, pois pouco vale seus corpos diante da lógica neoliberal capitalista (MBEMBE, 2016; MELO; RODRIGUES, 2020).

A busca dos estudos interseccionais aponta para um olhar transdisciplinar sobre quais espaços são dados a esse corpo e onde esse corpo está sendo negado, visto que esse corpo experimenta as modificações do espaço em si (AKOTIRENE, 2019). A interseccionalidade também nos permite compreender as inúmeras vivências desses corpos com sua subjetividade e analisar a realidade do mundo experienciado e completo nele mesmo (AKOTIRENE, 2019).

Destaca-se que o termo interseccionalidade, inaugurado por Crenshaw (2002), demarca o paradigma da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, o sexismo e as violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras (AKOTIRENE, 2019, p. 58-59).

Nessa perspectiva, o acesso às narrativas e escritas da experiência tem a ênfase na inventividade e intervenção, um dialogar da experiência de

vida em curso e a experiência refletida e problematizada como plano de produção de si e do mundo. Por essa via, o si é efeito do cuidado, é o que surge como processo de subjetivação na experiência do cuidado.

No que tange ao trabalho em saúde, são mulheres que ocupam majoritariamente a linha de frente nas profissões de saúde e dos chamados “serviços essenciais” (FEDERICI, 2022, p. 9). Na APS, o trabalho de ACS, atividade exercida em sua maior parte por mulheres, temas relevantes a serem discutido são “o significado de ser mulher”, “ser ACS na comunidade” e “cuidar de si na pandemia”, levando em conta fatores econômicos, políticos culturais, físicos, subjetivos e de experiência, numa aposta de construção de um olhar interseccional para as ACS no trabalho em tempos de pandemia.

As ACS, na linha de frente na atenção primária no combate à pandemia de covid-19, estão cotidianamente sob o risco de adoecer, seja pela exposição ao coronavírus ou por fatores associados às condições de trabalho. São muitos fatores que tangenciam a atividade das ACS em tempos de pandemia: cansaço físico e psicológico; natureza do trabalho, que exige o contato e atendimento direto a população; insuficiência ou negligência na adoção de medidas de proteção e cuidado das ACS, especialmente por desigualdades relacionadas ao acesso a medidas de proteção, tais como EPI e isolamento social; entre outros (MACIEL *et al.*, 2020; ALMEIDA, 2023).

Nesse contexto, discussões interseccionais são pertinentes e desafiadoras no sentido de elucidar as consequências dinâmicas e estruturais da interação de dois ou mais eixos de subordinação na constituição de desigualdades básicas que estruturam posições de mulheres, raça e classe, entre outras (CARNEIRO, 2011; RIBEIRO, 2019; AKOTIRENE, 2019)

Nessa perspectiva, ao refletir sobre o trabalho feminino, especialmente de agentes comunitárias de saúde, a aposta nos estudos interseccionais contribui para um olhar para questões afetadas, particularmente, por gênero, raça e classe, a fim de dar visibilidade às diversas desigualdades, diversidades e pluralidades presentes na atividade de trabalho enquanto história e em curso, a fim de criarmos novas formas de vínculo social e cooperação na vida cotidiana.

Neste trabalho, ao nos inspirarmos nas escrevivências do agir em saúde de ACS, a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica para a análise do trabalho inseparável da análise estrutural do racismo, do capitalismo e do cisheteropatriarcado, produções de

“avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais” (AKOTIRENE, 2019, p. 19).

A noção das intersecções que se relacionam na atividade de trabalho de ACS se articula com a perspectiva de saúde proposta por Canguilhem (2002), em que a saúde não é conceito científico-ideal e abstrato, mas um conceito empírico que fala da relação do sujeito humano com o meio.

A saúde é a criação de novas normas de vida, num sistema social que as mantém e as ameaçam e por assim dizer, regulam. A organização das normas correlativas em um sistema social incita os seres vivos a serem afetados e a reagirem, “numa unidade em si, senão por si, para si” (CANGUILHEM, 2002, p. 211).

Nesse sentido, a interseccionalidade pode ajudar a enxergarmos as opressões, combatê-las, reconhecendo

a autoridade intelectual de todas as mulheres que um dia foram interrompidas. A interseccionalidade é sofisticada fonte de água, metodológica, proposta por uma intelectual negra, por isso é tão difícil engolir seus fluxos feitos mundo afora (AKOTIRENE, 2019, p. 114).

Em consonância com a aposta interseccional, a produção de escrituras da atividade, tal como proposta neste estudo, surge como constituição de espaços de luta política, evidenciando a realidade e a transformação da mesma pelas próprias ACS. Assim, afirmamos, numa escritura da atividade das ACS, uma produção de saúde para além do conhecimento, da informação, mas como experiência que nos toca, constituindo um pensar-agir atrelado à produção de afetos, emoções e laços invisíveis que compõem as tessituras e tramas das histórias de vida, no intuito de despertar, aguçar o desejo pelo saber, pela crítica e pela produção de outros olhares e sentidos para a vida, a saúde e seus desfechos. Uma problematização sucessiva e incessante da realidade que se dá por uma ação implicada que, para além da interpretação, pretende acessar a experiência, ampliando-a em outros olhares e sentidos, numa inventividade da vida.

ESCREVIVÊNCIAS DA ATIVIDADE: UM OLHAR INTERSECCIONAL PARA O TRABALHO COMO POTÊNCIA DE AGIR

Antes-agora-o que há de vir.

Eu fêmea-matriz.

Eu força-motriz.

Eu-mulher

Abrigo da semente

Moto-contínuo

Do mundo.

EVARISTO, 2008, p. 18

A Clínica da Atividade propõe olhar o trabalho como uma atividade dirigida a uma função social, que é e tem uma função psicológica. A escolha pela narrativa das trabalhadoras, num escrever de suas experiências, nos convoca a trilhar por caminhos vívidos na experiência de trabalho. A produção de escrituras no trabalho de agentes comunitária de saúde (ACS), assim, do ponto de vista da atividade, estende o olhar interseccional aos movimentos da história em curso no contexto de trabalho.

Clot (2007), a partir do conceito de atividade dirigida, nos propõe um modo original de promover sentido para a análise do trabalho. Para ele, “trabalhar é sempre enfrentar uma heteronomia do objeto e da tarefa” (p. 95). A atividade de trabalho é definida por Clot (2007) como sendo triplamente dirigida: pelo sujeito, para tarefa, mas também aos outros.

Em outras palavras, a função do trabalho tem uma ‘dupla vida’. A vida social dessa função não explica sua vida psicológica. É a segunda que se explica – em todos os sentidos do termo – pela primeira, numa repetição sem repetição (CLOT, 2007, p. 9).

Na busca de compreender para transformar, a Clínica da Atividade direciona então outros olhares para a relação saúde e trabalho. No lugar de diagnosticar riscos psicossociais, a análise do trabalho irá abordar os recursos psicossociais para a ação nos contextos de trabalho. No lugar da

saúde pautada pelo adoecimento, ou no “déficit do sujeito”, propõe-se promover um reencontro do sujeito com sua atividade, tomando, por exemplo, o sofrimento como sinalizador do trabalho impedido e expressão da violência institucional. Nessa ótica, o sujeito da ação é necessariamente um trabalhador implicado, que se observa e se posiciona ativamente, combativamente e inventivamente na experiência de trabalhar, reexistir e transformar a partir da análise de seu próprio trabalho, podendo fazê-lo melhor, como dito, quando se considera o apoio do outro, o coletivo (BENDASSOLLI, 2011). “A subjetividade na ação profissional não é um ornamento ou uma decoração da atividade. Ela está no princípio do seu desenvolvimento, configura-se como um recurso interno deste último” (CLOT, 2007, p. 18).

É importante frisar que a atividade de trabalho não se reduz a situações dadas, mas implica também em variabilidade, imprevisibilidade, enfim, na mobilização subjetiva para lidar com imprevistos, buscar ideias e soluções. Compreendemos que a atividade que é de fato realizada a cada instante pelos trabalhadores “é sempre singular, uma tentativa do sujeito de produzir o seu meio, renormatizar, reinventar mesmo que no mais ínfimo, as maneiras de viver (e trabalhar)” (BOTECHIA, 2006, p. 145).

Trata-se de fazer uma outra gestão do trabalho consagrando todos os esforços à busca de um só objetivo: aumentar o poder de ação dos coletivos de trabalhadores sobre o ambiente de trabalho real e sobre si mesmos. A tarefa consiste, então, em inventar ou reinventar os instrumentos desta ação, não mais protestando contra os constrangimentos, mas pela via de sua superação concreta (CLOT *apud* OSÓRIO, 2007, p. 2).

Pelo exposto, enfatiza-se que a proposta da Clínica da Atividade seria provocar deslocamentos e derivas: que o sujeito do sofrimento dê passagem para o sujeito da ação; que o trabalho como fator de adoecimento seja repensado e reprogramado, ao ponto de se transformar e se fortalecer enquanto atividade criadora; enfim, que fatores de constrangimento da vida sejam mapeados a ponto de observação, debate e análises críticas.

Afinal, “o trabalho é uma base que mantém o sujeito no homem, visto que é a atividade mais transpessoal possível” (CLOT, 2007, p. 8). Nessa perspectiva, afirma-se que a vida, na sua complexidade, precisa

ser compreendida “no curso das relações de trabalho, que é uma trama, um campo instável, uma rede de conexões que não para de se produzir” (ATHAYDE, 1999, p. 25).

O trabalho mostra, assim, a relação da saúde com a “potência de agir”. Nele, todo sujeito é capaz de lidar com situações, desde que tenha a oportunidade de confrontar-se consigo mesmo e com o que faz, além de receber apoio do que é produzido pelo coletivo de trabalho (CLOT, 2010).

As escrevivências, ao serem confrontadas na atividade, acionam a produção de debates que reverberam e nos afetam a criar nas bordas, compor laços, afirmar diferenças, perder contornos, des-formar, des-estruturar como parte inevitável dos ritmos da vida e, assim, andar “como se quisesse emendar um tempo ao outro, agarrando tudo, o passado-presente-e-o-que-há-de-vir” (EVARISTO, 2017, p. 111).

Evaristo (2020) propõe a construção de escrevivências como escrita-viva, incômoda, curiosa, investigativa, potencializadora, construtora de um pertencimento, num entendimento da vida como curso de re-existência.

A escrita nasceu para mim como procura de entendimento da vida. Eu não tinha nenhum domínio sobre o mundo, muito menos sobre o mundo material. Por não ter nada, a escrita surge como necessidade de ter alguma coisa, algum bem. E surge da minha experiência pessoal. Surge da investigação do entorno, sem ter resposta alguma. Da investigação de vidas muito próximas à minha. Escrevivência nunca foi uma mera ação contemplativa, mas um profundo incômodo com o estado das coisas. É uma escrita que tem, sim, a observação e a absorção da vida, da existência (EVARISTO, 2020, p. 34).

Tal aposta se liga à Clínica da Atividade numa abordagem do trabalho vivo, em situação, e as escritas são como produção de confrontações que deslocam e potencializam a ação e a vida no trabalho.

O trabalho abordado pelas Marias participantes da pesquisa é esse objeto construído, desconstruído e reconstruído na atividade, tecido a cada situação, na experiência de trabalho. Para tal, interessa-nos a experiência vivida e ativa do trabalho como atividade de transformação que compõe sentidos, desejos e aspirações. A experiência de trabalhar é sempre uma (re)criação de um modo de vida que se forma junto ao que é

produzido. A organização do trabalho estabelece regras, normas, procedimentos e protocolos, mas também tem a capacidade de ordenar uma vida em meio ao compartilhamento de fazeres e experiências, acontecimentos vividos, carregados de histórias e invenções cotidianas (OSÓRIO, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

– NOS BECOS DA MEMÓRIA DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

*A literatura marcada por uma escrevivências
pode com(fundir) a identidade da personagem
narradora com a identidade da autora. Essa
con(fusão) não me constrange.*

EVARISTO, 2017

Os textos que aqui se apresentam foram analisados sob a inspiração das escrevivências de Evaristo, especialmente em *Becos da memória* (EVARISTO, 2017). Nessa obra, a autora conta que foi sua primeira tentativa de misturar escrita e vida e sugere que ela pode ser lida como uma ficção da memória.

Para ela, narrar é sempre reinventar uma realidade, o que, em análise do trabalho, se com(funde) com a saúde como potência de agir (CLOT, 2010). As escrevivências da atividade aparecem como forma de convocação, das que trabalham, a porem, em palavras, o ponto de vista da sua atividade e torná-la comunicável e provocadora de debate de saberes, dramáticas, escolhas e arbitragens (SCHWARTZ, 2014; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Nessa aposta, nos propomos a experimentar sensações, sentidos, experiências e rearranjos nas narrativas das ACS sobre suas histórias do cotidiano de trabalho.

AS HISTÓRIAS SÃO INVENTADAS, MESMO AS REAIS, QUANDO SÃO CONTADAS

Também já afirmei que invento sim e sem o menor pudor. As histórias são inventadas, mesmo as reais, quando são contadas. Entre o acontecimento e a narração do fato, há um espaço em profundidade, é ali que explode a invenção.

EVARISTO, 2017, p. 11

Todo trabalho tem história. A história do trabalho das Marias, agentes comunitárias de saúde (ACS) participantes deste estudo, se com(funde) e se interliga com suas próprias histórias de vida, por fazerem parte do território de atuação antes mesmo de iniciarem as atividades profissionais. Com brilho nos olhos, elas narram como foi o início do trabalho como ACS e as mudanças que o trabalho repercutiu em suas vidas.

A garantia de emprego: estabilidade na profissão

Como muitas de minhas colegas, iniciei minhas atividades laborais muito nova, aos 14 anos de idade. Hoje estou com 40 anos. Sempre trabalhei com o público, em todos os meus trabalhos. Trabalhar como Agente de Saúde nunca passou pela minha cabeça, porém, por outras questões, passar em concurso público na época era “garantia de emprego”. Esse ano fiz 17 anos de serviço. Ufa, como o tempo passou rápido. Dessa profissão, tenho boas e más lembranças, mas todas me fizeram crescer tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Eu pude presenciar muitas crianças nascerem e muitos idosos partirem. Eu também perdi uma colega de trabalho para a covid-19. Ao longo desses anos, fiz amigos que vou levar para além desse espaço. Sendo Agente Comunitária de Saúde conquistei alguns bens e minha graduação em Serviço Social, minha pós e, futuramente, meu mestrado. Foi sendo ACS que construí minha família, e é sendo ACS que estou contribuindo para que minha filha hoje, aos 14 anos, possa ter sonhos. (Maria Begônia)

Você precisa trabalhar, pra ver se levanta sua autoestima!

Eu tinha acabado de perder meu pai, há 1 ano, e estava debaixo da minha varanda e a minha cunhada me perguntou: quantos anos você tem? Eu, 19 anos. Você está precisando arrumar um trabalho, estudar, não vai fazer nada? Desde que seu pai morreu você não faz mais nada, parou no tempo. E eu realmente tinha parado no tempo, não tinha feito mais nada. E ela era doidona, mas estava me dando conselho que ela não seguia. Você precisa trabalhar, pra ver se levanta sua autoestima, você é tão inteligente, sabe conversar... Sabe o que eu falei... Se o emprego me quiser, ele que venha na minha porta! E ela tá viva pra contar isso... Ah... daqui a pouco chama... fui olhar um monte de ACS na minha porta eu já pensei... lá vem esse povo me encher o saco (risos). E pediram... desce aqui um pouquinho, eu de top e bermudinha, magrinhaaa, e elas me chamaram pra fazer a prova. Vai ter o concurso, vão fazer.... você vai gostar, se você não gostar você sai. Aí falei...então tá. Aí falei com meu marido e ele disse: isso tudo é peixada, você vai lá perder tempo. Fui falar com a mamãe e ela disse: vai não, isso é coisa de político, palhaçada... todo mundo falava isso, que era indicação de político. Fiz inscrição, fiz a prova e a mulher da entrevista falou: e você? Eu era a mais quieta. Quando saiu o resultado, nem acreditei, passei, e em primeiro lugar, nem acreditei. Cheguei na sala do gerente na unidade e o gerente me olhou de cima embaixo e disse: Você que passou pra ACS? Novinha, bonitinha, né, que que vai fazer aqui de ACS... (risos) E estou há 17 anos indo... Eu falei que o emprego viria na minha porta se ele quisesse e veio viu rrsrrs (Maria Papoula)

Como ACS, você vê uma vida nascer e uma vida se encerrar

Eu comecei muito nova, sempre com o público, escola de informática, garçonete, clínica de otorrino, associação bancária, (...). No período que eu fiquei doente, foi muito complicado, trabalhei 6 anos na última empresa antes de entrar aqui... conseguir um emprego fixo era difícil, , 6 meses numa, mais 3 meses noutra... fiquei mais 3 meses em uma empresa no centro de compensação e não conseguia emprego; e aí lendo sobre negócio de concurso, eu falei assim: preciso estudar agora, parar pra entrar num concurso e ter uma garantia de emprego, ninguém vai poder falar você não entra, o máximo que podia acontecer era entrar e ficar 3 anos e não passar no estágio probatório, se acontecesse alguma coisa. Eu comecei a estudar, passei para ACS, administrativo. Dois pela Cáritas e uma pela PMV. O que me chamou primeiro foi aqui.

Eu vi crianças nascerem, que hoje me chamam de tia, e vi idosos partirem. Você acompanha um idoso, de repente ele é acometido por alguma doença e você vai acompanhando o sofrimento da família. Você vê do nascimento ao fim da vida. É até bizarro de se falar: você vê uma vida nascer e uma vida se encerrar, e foi nessa profissão que eu pude ver isso (Maria Hibisco).

As Marias falam sobre a estabilidade percebida no trabalho como ACS, bem como da possibilidade de estudar, ganhos de autonomia e ressignificação da vida com a profissão. Dessa maneira, o agir em saúde mostra-se como força motriz que oferece suporte às ACS para que busquem seus projetos de vida, seus sonhos, e para que possam produzir subjetividades. Nesse sentido, nosso olhar para a saúde se debruça enquanto ferramenta que constrói realidades e afirma desejos como produção de autonomia, potência de agir.

À luz da Clínica da Atividade (CLOT, 2007; 2010), a autonomia reorganiza o trabalho em gêneros e estilos da atividade, por aqueles e aquelas que o realizam. As ACS constituem corpos marcados pela arte dos encontros, que insistirão e continuarão a constituir-se, podendo porem-se à prova e aprimorarem-se a cada nova experiência atuante e vibrante do trabalhar-afetar-se na produção de rumos outros da saúde coletiva. Na aposta de que “o vivo conserva nele uma atividade de individuação permanente, ele não é resultado de individuação como cristal e molécula, mas teatro de individuação” (BARROS; PASSOS; 2015, p. 16).

As narrativas nos possibilitam, ainda, a compreensão de outras vivências e de outras histórias que não a dominante. As entradas pelas narrativas das trabalhadoras, as Marias, com base em Evaristo (2017; 2020), suscitam um olhar para os acontecimentos levando em conta a verdade de que nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história. A escolha de uma escritora negra para nos guiar nesta discussão afirma, por sua vez, nosso compromisso político decolonial e nos desvincula dos perigos de uma história única.

Evaristo (2018), ao falar da personagem Maria-Nova em *Becos da Memória*, fala de duas coisas que ela gostava de colecionar: selos e histórias que ouvia. À Maria-Nova caberia o papel de crescer com as histórias que ouvia, guardá-las, compartilhá-las com o próprio corpo e, portanto, fazer vivas as histórias dela e dos outros.

Maria-Nova estava sendo forjada a ferro e a fogo. A vida não brincava com ela e nem ela brincava com a vida. Ela tão nova e já vivia mesmo. Muita coisa, nada ainda, talvez ela já tivesse definido. Sabia, porém, que aquela dor toda não era só sua. Era impossível carregar anos e anos tudo aquilo sobre os ombros. Sabia de vidas acontecendo no silêncio. Sabia que era preciso pôr tudo para fora, porém como, como? Maria-Nova estava sendo forjada a ferro e fogo (EVARISTO, 2018, p. 57).

Assim como para Maria-Nova, as escrevivências da atividade das Marias-ACS deste estudo, como aposta de análise do trabalho, implicam em colocar as instituições em análise, alargar o seu alcance político, numa atitude crítica que afirma processos de singularização em uma relação de responsabilidade que refirma a existência coletiva como dimensão política, uma clínica que critica, que fortalece a capacidade de problematizar e transformar a realidade (AMADOR, 2016).

A Clínica da Atividade se propõe a criar condições que permitam restaurar o poder de agir das ACS nos contextos de trabalho e da vida. Mais do que enumerar queixas ou elaborar um diagnóstico dos problemas, a ação volta-se para o engajamento subjetivo das ACS, com vistas à transformação das atividades reais.

O medo e o gato

Pra mim essa folha representa tudo.... esse gato tá com medo.

Lá no início eu preciso disso, passando por situações difíceis e este serviço me ajudou bastante a começar com uma vida nova, minha filha pequena.

O trabalho ajudou a cuidar da minha filha, estar presente, levar pra escola, almoçar com ela.

Medos de coisas que acontece na área, cobranças, antes tinha saúde boa, hoje não tenho mais.

As vezes fica preso, não consegue nem falar do que sente, fica preso.

No futuro eu quero florido, mais tranquilo (Maria Jasmin).

Vemos, no resgate da história do trabalho das ACS, que a saúde e a autonomia se relacionam. A ampliação do poder de agir das ACS é percebida na medida em que o trabalho em situação oferta motivação e caminhos para o cuidado de si, o agir em saúde e a assistência aos membros de uma comunidade.

À FLOR DA PELE: QUANDO NOSSO ENGASGO E CHORO SE COM(FUNDEM)

E como lidar com uma memória ora viva, ora esfacelada? Surgiu então o invento para cobrir os vazios de lembranças transfiguradas. Invento que atendia ao meu desejo de que as memórias aparecessem e parecessem inteiras. E que ajudou nesse engenho? Maria-Nova
EVARISTO, 2017, p. 23

Vimos que Evaristo (2018), ao inserir Maria-Nova em sua narrativa, além de garantir a transmissão das histórias dos moradores da favela, acaba produzindo misturas entre as próprias experiências da menina com as histórias que ela ouve. Evaristo também confessa o quanto o cenário das histórias contadas em *Becos da Memória* reflete as suas memórias do passado e experiências que atravessam as contadas pelos personagens, num encontro de histórias que se com(fundem).

Numa perspectiva ergológica, o trabalho é um encontro histórico, que implica escolhas e dramáticas do uso de si, por si e pelos outros (SCHWARTZ, 2004). As variabilidades no trabalho e na vida nos levam a produzir microescolhas, microgestões de um corpo-si que resiste a ser objetivado (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 196).

Por essa via, podemos dizer, então, que as ações das ACS carregam consigo histórias, apostas e valores entre o “trabalhar por si e o trabalhar pelos outros”. As Marias apontam essas marcas, da dor ao prazer de acompanhar as histórias das famílias da comunidade, que se misturam com as delas, e enfrentar dilemas no atendimento às demandas da população, da família e de si mesmas, dramáticas que provocam sensações à flor da pele num corpo que é atravessado pelo cotidiano em suas possibilidades e limitações, como percebidos nos relatos abaixo:

O silêncio e a fita crepe

Ouvimos cada coisa na rua, na área, na unidade, às vezes é melhor ficar calada. Na reunião eu queria falar, não conseguia ficar calada, num momento em que não estava sendo ouvida, era interrompida, porque eu falo muito, levo muito problema.... o que eu fiz...coloquei uma fita crepe na boca e ninguém entendeu nada, mas deu certo. Prezo muito pela família, lá em casa a gente é assim, todo mundo junto e misturado, uma família de aglutinados que vive bem... o que dá pra um dá pra todos.... a gente briga, mas daqui a pouco está muito unido de novo.... o que aprendi com ser mãe, entender o filho como ele é e não como eu gostaria que fosse. Mas acho que deu certo, tenho muito orgulho da minha filha, do que ela é. A meditação faz parte da minha vida, quando eu tive câncer, aprendi no Santa Rita, canalizar as dores pra tentar diminuí-las...isso eu trouxe pra minha vida, pra aliviar o estresse no dia a dia. É algo do meu passado que trago até hoje, quarentei esse ano e vivo o meu presente como se fosse meu futuro.... sou muito feliz pela vida que tenho e se papai do céu me levar hoje, falo isso com a minha filha, que eu sou feliz. A gente tem que realmente buscar uma vida melhor, então desde que eu trabalho, eu faço isso e ensino isso pra minha filha. Mas se não tiver sabedoria, isso acaba. Prezo deixar pra minha filha o conhecimento, incentivo isso. A única pessoa que pode te impedir de fazer as coisas é você mesma (Maria Begônia).

Sem palavras, hoje eu choro, não quero falar...

Eu era muito obesa, não tinha expectativa de nada. Surgiu essa fala no bairro de ACS. Eu estava na minha casa, cuidando dos meus filhos, mexendo com um barzinho que eu montei na sala da minha casa pra ter um dinheiro... aí não fiquei sabendo por boca de ninguém. O vento trouxe um papel pro meu pé, eu chutava ele, e ele grudava, resolvi abaixar e vi o que estava escrito: CONCURSO PRA AGENTE COMUNITÁRIA. Igreja: a minha. Mas como assim que eu não estava sabendo? Corri, corri, igual uma louca porque no outro dia seria a prova, juntei os documentos e fui pra fazer a prova na igreja... seja o que Deus quiser. Até então tinha terminado o ensino médio, em administração, queria fazer alguma coisa. Até porque em casa as coisas não iam muito bem... me virava nos 30 pra dar conta. Fui no dia da prova 10 min antes, o rapaz na porta não quis deixar eu entrar porque eu estava atrasada. Eu falei, meu Deus, o que vou fazer, nadei tanto pra morrer na praia. Aí passou um rapaz, gente boa pra caramba e me disse: que tá fazendo aí na

porta? Eu perdi a hora da prova. E ele: como perdeu? Eu também cheguei agora... bora que tá na hora e ele entrou e me colocou pra dentro também. Entrei, sentei lá na frente. As pessoas atrás de mim falavam assim: o que você está fazendo aqui? Seu marido ganha tão bem, você tinha que dar espaço pra quem precisa. Eu sofri uma violência uma agressão tão grande por parte da vizinhança que me conhecia, que não sabia do que eu passava em casa, pra cuidar da casa, das crianças do que eu precisava pra melhorar a minha situação, não a questão da minha casa, a minha questão... eu fui repreendida... quem ganha bem é meu marido e não eu. O céu brilha pra todo mundo. Fiz a prova, uma menina pediu cola, eu disse que a professora estava olhando e ela me repreendeu, eu não estava colando, mas ela chamou a minha atenção. Cheguei em casa e pensei: será que isso vai dar certo? E apaguei da memória. Depois de 15 dias, o vizinho chegou me avisando que eu tinha passado em primeiro lugar. Sério? Fiquei anestesiada. E quem tinha passado em segundo era uma mulher muito querida na comunidade e que precisava muito.... E fui coagida pra deixar a vaga pra ela, porque ela precisava mais. Mas eu também precisava fazer algo por mim, eu estudei, precisava melhorar a situação, fiz exames, corri atrás, consegui fazer meu passado ficar melhor, porque ele não era bonito, não gosto nem de falar dele porque não traz boas recordações. E pensar no presente, que eu vivo hoje melhor que o passado. O futuro a Deus pertence, e eu espero que seja melhor, mas eu consegui realizar muita coisa, graças a deus. Tudo o que tenho e meu filhos (emocionada) eu devo a minha atuação como ACS... foi muito sofrido, mas se eu não tivesse esse lugar, esse trabalho, as pessoas que me acompanham sabem que não seria a mesma, foi um sopro de vida como mulher, dei educação pros filhos, ajudei a construir minha casa, minha honestidade acima de tudo, tudo o que tenho é meu, não tenho nada de ninguém. Fiz redução de estomago, paguei minhas plásticas, tudo é com o dinheiro do meu trabalho, não dependo do meu marido, com o dinheiro de ACS me realizo, é com ele que me visto e faço por mim, ele me faz seguir todos os dias... não é muito, mas com ele eu pretendo, no futuro, ficar cada vez melhor, é isso que eu quero. Eu sou muito emotiva, não escondo nada de ninguém, mesmo quando não falo, demonstro... pra quem não queria falar hein (risos)! (Maria Bromélia)

Escrevivências da atividade. Uma vida, escolhas e embates que vão constituindo nas microações, micropolíticas, ações em favor da vida. As

Marias vão, no percurso, na potência do grupo, encontrando caminhos para falar, para viver, para escrever. A despeito de necropolíticas do Estado diante da pandemia, que atuam no sentido de “deixar morrer” ou de “escolher quem viver, quem proteger, quem atender”, as ACS denunciam essas limitações na fala, no agir, mas também anunciam insubmissas lágrimas, um coletivo de mulheres que, com o próprio corpo, a muitas mãos, constituem desvios, insistem que toda e qualquer vida importa, materializam o agir em saúde em sua integralidade.

DAS (IN)VISIBILIDADES ÀS POSSIBILIDADES DE SOBREVIVÊNCIA

A Clínica da Atividade visa o desenvolvimento de metodologias em que se faz possível a análise do trabalho, nesse caso, tanto para oferecer amparo às agentes comunitárias de saúde (ACS) quanto para ampliar os recursos de um gênero profissional para as mesmas. A premissa de desenvolvimento processual de sujeitos e coletivos pressupõe transformações mais duradouras quando resultam da ação das próprias trabalhadoras.

O que observamos, no desenrolar dos encontros e escritas da atividade, foi que as ACS foram se abrindo mais e se identificando umas com as outras nas histórias. É como se todas as palavras entaladas, silenciadas, ocultas, não ditas, tivessem encontrado, finalmente, um espaço, um arejar, um lugar de expressão.

Palavras ao vento antes estavam entaladas, paradas e se soltaram

Quando escrevo, anoitece em mim. Quando olho pro meu passado, ele é indefinido, uma folha em branco. Eu não vi nenhuma figura que parecesse comigo. Vejo que “palavras ao vento antes estavam entaladas, paradas e se soltaram”. Eu me tornei ACS pra ajudar no tratamento da minha filha e consegui. Sou contente pelo hoje sem ficar muito ansiosa com o amanhã...é uma luta diária, sou muito ansiosa. Como ACS tento fazer o máximo para ajudar a comunidade (Maria Jasmim).

A-com-teceu comigo

As colegas ficam falando e eu fico aqui viajando no tempo, é cada história que eu relembro, muita coisa vem, eu tenho muitas, até situações familiares que acontecem, todo mundo sabe e a gente fica assim, nossa, como eu vou trabalhar, e até de coisas que estão acontecendo com os pacientes e você não sabe e quando vai saber, pensa, nossa, só eu que não sabia, podia ter feito alguma coisa... Visitar as famílias e as pessoas sabiam e falava assim... eu sabia, mas ficava com tanta pena de você. Quando descobri que meu irmão estava com leucemia. Quando é com os outros, eu dou suporte... mas e quando é comigo? Meu irmão fez exame na empresa, tudo certo. Mas sentia cansado. Fez exame no posto e viu a doença. Hoje eu vejo os pacientes de forma diferente, pode chegar alguém andando no posto que pode estar pior do que aquele que chega caído, tem que atender todo mundo. **Aconteceu comigo.** Meu irmão chegou andando... consultou, pediu exame, o médico disse que não precisava, ele insistiu.... fez o exame e foi embora. A tarde apareceu o resultado, fui receber e dar a notícia pra ele. Ele disse: vou morrer é? Fui passando um momento muito difícil. Só eu sei, às vezes chego aqui na sala, calada, ninguém sabe, mas Deus sabe o que estou passando. A gente sente medo da área, de tiroteio, de descobrir que está doente, medo de falar e ser mal interpretada, dificuldade de confiar e falar o que eu sinto... hoje eu tenho dificuldade de falar e me soltar. Sou grata na situação do meu irmão porque todo mundo ajudou, sou muito grata. Sentir na pele fez diferença, hoje trabalho diferente, sinto mais. Sempre morei aqui no bairro, mas eu não fazia ideia da quantidade de pessoas que eu não conhecia e que me conheciam e sabia quem eu era, foi uma surpresa para mim (Maria Acácia).

Mirei no que vi e acertei no que não vi

Festeira... Eu antes era uma pessoa mais festeira, não me preocupava com o amanhã, vivia o hoje. Hoje penso mais no futuro, na família, nos filhos... depois que virei mãe a cabeça virou assim... muda. Antes fazia o que queria, tomava anabolizante, fiz besteiras... hoje eu penso que tem pessoas que dependem de mim... No futuro, quero calma... me vejo num canto de roça, tranquila, numa vida sossegada e em paz comigo e com minha família... (Maria Papoula)

Como proposta clínica, o que se tem aqui é a oportunidade de encontrar, nos processos de trabalho em saúde, a possibilidade de

desenvolvimento e formação profissional, com vistas a constituição e efetivação dessa coletividade, encontros e misturas de gêneros e estilos no trabalho em ato.

AS ESCRIVIVÊNCIAS DA ATIVIDADE COMO MEIO DE RESISTÊNCIA NO CONTEXTO DE PANDEMIA

É incipiente afirmar que a pandemia de covid-19 se apresenta como analisador histórico, um acontecimento que provoca rachaduras nos instituídos do trabalho em saúde. No contexto do trabalho na APS, especificamente no trabalho das ACS, a produção de saúde no trabalho se configura como um lugar de imprevistos, constituindo-se na capacidade de enfrentar ruídos, falhas, sentidos e significações, a fim de resistir às muitas adversidades que se produzem no viver e trabalhar, construindo realidades desviantes e renormalizantes da trajetória de vida.

As escritivências da atividade, produzidas pelas agentes comunitária de saúde (ACS) nos encontros, mostraram-se potentes ao provocar engajamentos que ressoam afetos, cuidado e sentidos nas participantes. Tal aposta no cuidado de si traz como desdobramentos a capacitação das agentes no aprimoramento das relações e intercessões na atividade de trabalho, afetos e competências importantes no exercício profissional engajado, comprometido ativamente com o bem-estar de si e dos usuários.

As perdas e os nós: não estamos sós!

Aqui todo mundo tem um ente querido que já foi e estávamos juntas no momento. Eu perdi meu irmão tragicamente, todo mundo foi no velório. A colega perdeu a mãe, não veio bater o ponto, eu senti uma coisa e liguei pra ela pra perguntar por que ela não veio bater o ponto, pra brincar com ela. Nunca fiz isso, mas naquele dia me deu um estalo e liguei e a filha deu a notícia. Vovó passou mal e mamãe foi atrás. A outra ACS que faleceu era igual ela assim (mesmo nome meu), éramos muito ligadas. Falei, vão lá! E ela disse, nem tenho dinheiro de passagem, e eu disse nem eu... pedimos carona no

ônibus, nunca tinha feito isso... fomos e quando chegamos ela estava sozinha. E naquele momento nós ficamos com ela. E como é bom sentir que não está sozinha. Especialmente nesses momentos de morte, todas aqui já passamos por esses momentos. Na pandemia esse medo era muito presente, muito incerto. Estamos falando de nós, do que construímos juntas! (Maria Papoula)

O momento dessa fala emocionada de Maria Papoula evidencia a ressonância do grupo nesse caminho desviante do cuidado de si, do nós, enquanto trabalhadoras da saúde. O desafio de cuidar de quem cuida! A resposta dessa experiência viva mostrou o quanto acompanhar as narrativas das mulheres trabalhadoras da saúde, por serem tecidas no dia a dia de suas práticas, numa relação na qual a escrita é mobilizadora e potente, nos aciona a entender as forças constituídas (instituídas) e em constituição (instituintes).

Ao arejar reflexões em saúde a partir de suas histórias, afirmamos vidas que protagonizam o tensionamento, que resistem e subvertem a lógica em vigor, promovendo estilização no “jogo de cintura” diante de imprevistos, no “se virar do sambar da vida”. Em meio ao cansaço pelos impedimentos e restrições, surgem lacunas que criam passos, pistas e ruas para a dança, dando fôlego, respirando caminhos e insistências pela via de deslocamentos daquilo que é instituído.

As escrevivências da atividade mostraram-se potentes em captar as forças invisíveis e torná-las visíveis, fazer o movimento, e, por assim dizer, na produção de implicações combativas em nós, um diálogo potencializador de aberturas a outros modos de vida (DELEUZE, 2007).

Por essa via, a aposta na produção de escrevivências da atividade é a do não suportar. É a produção de uma escrita-escuta potente que problematize, inquiete e incomode e recuse qualquer posicionamento de especialistas ou experts da saúde, numa espécie de higienismo renovado. Que nós, profissionais de saúde, alimentadas de crítica e clínica, inspiradas nas escrevivências das ACS-Marias participantes desta pesquisa, possamos compor forças e transformar realidades no cotidiano do trabalho em saúde.

As escrevivências da atividade se constituem, pela escrita-viva das participantes, como potência de agir para as ACS no contexto de pandemia. Experimentações de desejos... o agir em saúde que provoca

escolhas políticas e éticas no fazer, que se conecta com acontecimentos e suas dispersões em múltiplas direções. Enquanto escolha metodológica para a intervenção em clínicas do trabalho, efetivou-se como produção de inflexões no modo hegemônico de pensamento que convocam emoções, sentidos, afetos múltiplos, escolhas implicadas, experiência potente e desejante no viver e fazer pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como proposta a construção de uma intervenção em Clínica da Atividade a partir da construção de narrativas e histórias de vida de trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia.

Ao debruçarmos no trabalho de construção de narrativas e cartas sobre o trabalho em tempos de pandemia, a experiência possibilitou um olhar para a história de mulheres agentes comunitárias de saúde (ACS), numa aposta pelo despertar, pelo arejar as pesquisas e abordagens dos processos e políticas em saúde.

O presente estudo nos conduz à construção de escriturais da atividade de trabalho dessas ACS durante a pandemia como um caminho potente de análise e transformação do trabalho em sua tripla dimensão: para si, para o objeto/tarefa e para os outros.

Sob inspiração de Evaristo (1996; 2005; 2010a; 2010b; 2016; 2017; 2018; 2020), os resultados sinalizam a produção de narrativa. Cartas como via de constituição de uma corporalidade a partir do re-florescer de uma expressividade coletiva que, em meio a cicatrizes, marcas, tramas e sequelas da pandemia, denunciam heranças de uma cultura de exploração, desvalorização e impedimento ao direito a autoproteção e o cuidado de si.

Propusemos a construção de uma pesquisa-vivida atravessada por essa ampliação da nossa potência do sentir, para também aumentar a nossa capacidade de pensar e existir. Nesse sentido, há a possibilidade de fazer do conhecimento o mais potente dos afetos. Um conhecimento que parte do corpo, um corpo que sente, que é afetado, que está no mundo cercado por outros corpos atravessados pelas experiências de vida, pelo contexto sociopolítico. A aposta é a composição de corpos (in)submissos,

que insistem em ir além, seguir no intuito de refletir sobre nós mesmos, nossa vida, nossas relações, nosso trabalho, nossas escolhas, nosso mundo.

Em tempos de intolerâncias e retrocessos quanto ao acesso a direitos fundamentais, este estudo aborda histórias de vida de mulheres trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia como escrita criativa e potente, afirmando-se como um incômodo às produções científicas hegemônicas, numa aposta da escrita como política-discursiva de resistência.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALMEIDA, J. A. **Até que a flor de Mandacaru floresça: sistematização de experiência de vigilância popular em saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19**. 2023. 102 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Escola de Governo Fiocruz Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2023.

AMADOR, F.S. Um posfácio, uma conversa... In: OSÓRIO, C.; ZAMBONI, J.; BARROS, M. E. B. **Clínica do Trabalho e Análise Institucional**. Rio de Janeiro: Nova Aliança, 2016.

ATHAYDE, M. Psicologia e Trabalho: que relações? In: MANCEBO, D.; JACOVILELA, A. (Orgs). **Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1999.

BARROS, R.B; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BENDASSOLLI, P. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, março 2011.

BOTECHIA, F.R. **O desafio de compreender-desenvolver um regime de produção**

de saberes sobre o trabalho e suas relações: a “Comunidade Ampliada de Pesquisa”. Dissertação (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 set. 2017.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CLOT, Y. **A Função Psicológica do Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2007.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de Agir**. Belo Horizonte: Fabre Factum, 2010.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas** [online]. v. 10, n. 1, 2002, pp. 171-188. DOI: 10.1590/S0104-026X2002000100011

DELEUZE, G. **Lógica do Sentido**. São Paulo: Perspectiva, Edusp, 2007.

EVARISTO, C. **Literatura negra: uma poética de nossa afro-brasilidade**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

EVARISTO, C. Gênero e etnia: uma escre(vivência) de dupla face. In: MOREIRA, Nadilza Martins de Barros; SCHNEIDER, Liane (Org.). **Mulheres no mundo: etnia, marginalidade, diáspora**. João Pessoa: Idéia, Editora Universitária UFPB, 2005.

EVARISTO, C. Literatura negra: uma voz quilombola na literatura brasileira. In: PEREIRA, Edimilson de Almeida (Org.). **Um tigre na floresta de signos: estudos sobre poesia e demandas sociais no Brasil**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010a.

EVARISTO, C. Conceição Evaristo por Conceição Evaristo. In: DUARTE, Constância Lima (Org.). **Escritoras mineiras: poesia, ficção, memória**. Belo Horizonte: FELE/UFMG, 2010b. p. 11-17.

EVARISTO, C. **Insubmissas Lágrimas de Mulheres**. Belo Horizonte: Editorial Malê, 2016.

EVARISTO, C. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas, 2017.

EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nandyala, 2017.

EVARISTO, C. **Becos da Memória**. Rio de Janeiro: Pallas, 2018.

EVARISTO, C. Da grafia-desenho de minha mãe, um dos lugares de nascimento de minha escrita. In: DUARTE, Constância Lima; NUNES, Isabella Rosado (Orgs.). **Escrevivência: a escrita de nós. Reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo**. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

FEDERICI, S. **Reencantando o mundo: feminismo e a política dos comuns**. 1. ed. São Paulo: Elefante, 2022.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito: curso dado no College de France (1981-1982)**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. **Aulas sobre a vontade de saber: curso do Collège de France (1979-1971)**. São Paulo. Martins Fontes, 2014.

LOTTA, G. S. L.; PAVEZ, T. R. Agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 15, n. 56, art. 7, p. 109-125, 2010.

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. L. P. C. dos; CARNEIRO, R. A. da S.; SOUZA, E. A. de; PRADO, N.M. de B.L.; TEIXEIRA, C. F. de S. Agente Comunitário de Saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 25, 4185-4195. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder soberania estado de exceção política de morte. **Arte & Ensaios**, n. 32, p. 123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 13 de out. 2022.

MELLO, L. M. B. D; SANTOS, R. C; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de covid-19: scoping review. **Saúde em Debate** [online], v. 46, n. spe1, p. 368-384, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E125

MELO, A. de O. S.; RODRIGUES, M. N. Pandemia e Estado Necropolítico: um ensaio sobre as Políticas Públicas e o agravamento das vulnerabilidades da população negra frente ao covid-19. **Revista Fim do Mundo**, n. 4, jan./abr. 2021.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NOGUEIRA, C.B. *et al.* Prazer e sofrimento nas organizações: o trabalho e suas relações com a saúde mental. In: GRASSELLI, A.M.G. *et al.* (Orgs.). **Psicologia: Formação e Construções Coletivas**. 1. ed. São Paulo: Opção, 2015.

OSÓRIO, C. **Trabalho e Perspectiva clínicas**. Belo Horizonte, 2007.

OSÓRIO, C. Clínica da Atividade e Análise Institucional: Inflexões do Transformar para compreender. In: OSÓRIO, C. *et al.* **Clínicas do Trabalho e Análise Institucional**. Rio de Janeiro: Nova Aliança, 2016. p. 37-64.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-CARVALHO N.D. (Eds.) **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MED, 2003.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no sec XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Grupo Editorial Letramento, 2019.

ROGERIO, W.P.; ARAUJO, M.P.S; SOUZA, F.M.; LIMA, O.C.; MACIEL, ELN; PRADO, T.N. Proteção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: análise dos planos de contingência das capitais brasileiras em tempos de pandemia. **Rev Bras Saúde Ocup** [Internet], 2021. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000011521>.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M; MERHY, E.E. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n, 3, p. 861-870, 2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da atenção primária a saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 2020.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de hoje**, v. 49, n. 3, p. 259-274, 2014.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010.

5

BRUNA HEINTZE FERREIRA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA: OLHARES, ESCUTAS E ACOLHIMENTO PELAS TRABALHADORAS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um problema de violação de direitos humanos de ampla magnitude que impacta profundamente a saúde por trazer sofrimento para as mulheres (SCHRAIBER *et al.*, 2005). Dessa forma, os efeitos da violência podem permanecer por uma vida inteira e atingir gerações, com danos na saúde, na educação, no trabalho e no bem-estar econômico de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades (WHO, 2010). Devido a esses impactos, a violência é considerada um fator preocupante para a população brasileira e para o setor saúde, visto que acarreta mortes e traumas físicos e emocionais (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

No Brasil, desde a década de 1980, a violência contra a mulher tem sido pauta das lutas do movimento feminista e também objeto de formulação de políticas públicas que abarquem a questão de gênero (FARAH, 2004). Signatário dos acordos internacionais, o país adotou a definição de violência, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994, como: “todo ato de violência de gênero que resulte em ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada” (BRASIL, 1996).

As violências podem ser caracterizadas de acordo com os agentes que a exercem (policial, institucional, social, econômica, política, dentre outros) ou conforme a população que é acometida (violência étnica ou racial). As mulheres formam um grupo que vivencia, de maneira recorrente, vários tipos de agressões e abusos, físicos, verbais e sexuais, cometidos por parceiros ou ex-parceiros, familiares, amigos, desconhecidos,

instituições públicas e, até mesmo, pelo Estado (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2013, 30% das mulheres no mundo já haviam sido vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo (OMS, 2013). Dados do *Atlas da Violência 2020* mostram que, em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil. No Espírito Santo, em 2018, a taxa de homicídio por 100 mil mulheres foi de 4,9 (CERQUEIRA *et al.*, 2019). Embora o número de homicídios femininos tenha apresentado diminuição de 8,4% entre 2017 a 2018, essa melhora tem sido verificada apenas para as mulheres não negras, evidenciando uma outra realidade: as desigualdades raciais (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

Nesse cenário, destaca-se um estudo realizado por Santos e colaboradores (2020) com 991 mulheres usuárias de unidades de saúde no município de Vitória, no Espírito Santo, sobre a prevalência e os fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo ao longo da vida. Dentre os diversos tipos de violência, tal estudo destacou, principalmente, a psicológica (57,6%), física (39,3%) e sexual (18%). Além disso, como fatores associados, o estudo chama a atenção para o fato de que as mulheres com piores condições socioeconômicas, comportamento de risco para ocorrência da violência contra a mulher (uso de drogas, bebida alcoólica, menor nível de escolaridade) e histórico de agressão na família estão relacionadas a maior ocorrência de violência por parceiro íntimo. A religião foi um fator associado à violência psicológica e sexual, a menor renda apresenta maior prevalência de violência física e o uso de cigarro associa-se às violências física e psicológica. Ainda é importante mencionar que as entrevistadas que apresentaram maiores prevalências desses três tipos de violências foram as que possuíam até oito anos de estudo, que eram divorciadas ou separadas ou que tinham histórico de suas mães terem sofrido violência por parceiro íntimo, uso de drogas e violência sexual na infância (SANTOS *et al.*, 2020).

Um estudo pioneiro realizado em dez países entre 1996 e 1998 e conduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), denominado “Rota Crítica de Mulheres Afetadas pela Violência Intrafamiliar na América Latina”, demonstra o caminho percorrido pelas mulheres para sair da situação de violência. A rota começa com a decisão e determinação das mulheres para se apropriarem de suas vidas e de seus filhos. Tal estudo

trata das experiências das mulheres e das respostas dos prestadores de serviços de saúde. Nesse contexto, o estudo propôs-se conhecer os motivos que levam as mulheres a procurarem ajuda, as dificuldades encontradas no desenvolvimento de tal decisão, as suas percepções sobre as respostas institucionais e as representações sociais e os significados sobre violência intrafamiliar entre o pessoal das instituições que devem oferecer respostas a esse grave problema de saúde pública. Destacam-se as frustrações e renúncias que, em muitos casos, levam as mulheres de volta à situação de violência (SAGOT, 2000).

Mulheres em situação de violência necessitam de ajuda para superar as barreiras sociais, culturais, econômicas e políticas que as impedem de procurar ajuda (SOARES; LOPES, 2018). Seguindo essa lógica, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres conceituou o enfrentamento como a implementação de políticas de forma ampliada e articulada que contemplem todas as manifestações e complexidade das violências que acometem as mulheres. Para tanto, requer ações conjuntas com os diversos setores envolvendo saúde, educação, justiça, assistência social, entre outros, com o objetivo de propor ações de igualdade de gênero, de combate à discriminação de gênero, de desconstrução de padrões sexistas e machistas da sociedade, de práticas que promovam a tomada de consciência das mulheres e que gerem o empoderamento feminino e que garantam o acesso aos atendimentos àquelas em situação de violência, de modo humanizado e qualificado (BRASIL, 2011).

No que se refere à rede intersetorial, a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, determina que os atendimentos às mulheres devam ser realizados de forma articulada na rede de atenção (BRASIL, 2006). Nesse contexto, o setor saúde – com destaque para a Atenção Básica por se constituir num local de acesso frequente das mulheres ao longo da vida – se torna um espaço legitimado para o rastreamento das violências pela relação próxima com a comunidade (VALE *et al.*, 2013).

Nos territórios de atuação da Atenção Básica, segundo Amarijo e colaboradores (2018), a equipe multidisciplinar tem a responsabilidade de fortalecer o vínculo, a escuta e o acolhimento, condicionantes para um modelo de atenção à saúde resolutivo dos problemas sociais com impacto na saúde, como a violência contra a mulher. Dentro desse

contexto, o Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher compreende a importância de intervenções multidisciplinares que contemplem não apenas o combate, mas que também atue na prevenção, na atenção e na garantia dos direitos das mulheres e seus familiares em situação de violência, com finalidade de superar as desigualdades e evitar a morte, como consequência final da violência (BRASIL, 2011). No intuito de evitar um desfecho letal da violência e por ser considerado um fenômeno complexo, multifatorial e com consequências que vão para além das lesões físicas, a Atenção Básica torna-se, então, uma parte integrante da rota percorrida pelas mulheres em busca de rompimento com a situação de violência, e os profissionais de saúde são atores estratégicos nesse processo de enfrentamento.

Nesse local privilegiado para a busca por cuidados em saúde, os serviços de saúde são percebidos pelas usuárias como locais de identificação e rastreio da violência (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Os serviços de Atenção Básica estão em destaque por serem um espaço propício para o acolhimento dessas demandas, visto que esse modelo de atenção tem o vínculo como base da relação profissional/usuário e trabalha com adscrição da população no território (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013). Entretanto, ainda há dificuldade para as mulheres na revelação das situações de violência, reforçada pelo posicionamento de descrédito e julgamento moral feito pelo profissional (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Abordar a violência contra a mulher nos serviços de saúde demanda práticas fundamentadas em pressupostos interdisciplinares, abrangendo os trabalhadores e a formação de profissionais capazes de prestar atenção integral, solidária e humanizada. Essas práticas precisam ser produtoras de projetos terapêuticos singulares que atuem na construção de estratégias conjuntas que incluam trabalhadores, gestores e usuárias, de forma a contemplar e respeitar o contexto social e suas singularidades das mulheres em situação de violência (PEDROSA; SPINK, 2011).

Sendo assim, pelo contexto de vulnerabilidade em que a mulher se encontra na sociedade, em função da divisão sexual do trabalho e da invisibilidade das violências que impactam a vida das mulheres, e sendo o gênero categoria importante de análise para a forma diferenciada da mulher em perceber e se afetar pelas diversas formas de violência, em especial àquela perpetrada por parceiro íntimo, e seus impactos na

saúde, esta pesquisa adotou a ótica da mulher profissional de saúde para contextualizar as definições dos tipos de violências apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em diálogo com os referenciais teóricos de violência.

A partir desse cenário, este estudo teve como objetivo descrever as estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher a partir dos olhares, escutas e acolhimento de trabalhadoras da Atenção Básica do município de Vitória, no Espírito Santo.

O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, NO ESPÍRITO SANTO

Os princípios e fundamentos da Atenção Básica são: ter território definido como base para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde e intersetoriais; garantir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade com resolução dos serviços prestados, devendo consolidar-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde; atuar em território adscrito, com população definida; desenvolver o vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades que se apresentam no território; coordenar e efetivar a integralidade em suas várias dimensões, ligando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, ao mesmo tempo, garantir acesso a ações programáticas e demandas espontâneas, atuando em rede e desenvolvendo articulação entre equipes de saúde e a população dos territórios sob sua responsabilidade de forma a garantir a longitudinalidade; e estimular a participação social (BRASIL, 2012).

O município de Vitória, desde 2006, por meio da Vigilância em Saúde e do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da saúde (NUPREVI), estruturou a Vigilância de Acidentes e Violência, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, sendo o responsável pela implantação e implementação dessa vigilância. Por meio de tais setores, foram construídas as diretrizes de atendimento às pessoas em situação de violência no município de Vitória, as quais orientam toda a Rede de Atenção em Saúde.

Em 2011, foi implantado um serviço específico para violência sexual, o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência de Vitória (SASVV) (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Importante destacar que o SASVV é um equipamento de saúde ambulatorial, interdisciplinar e multiprofissional com o objetivo de oferecer assistência em saúde à vítima de violência sexual em todos os ciclos de vida e a crianças e adolescentes em situação grave de violência, proporcionando atendimento acolhedor, prescrição medicamentosa e contato com a rede de proteção. O SASVV recebe encaminhamentos tanto dos serviços de saúde como da rede intersetorial: delegacia, Ministério Público, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Ressalta-se que os serviços hospitalares e o SASVV dão retaguarda às unidades de saúde nos cuidados às situações de violência. Como parte das diretrizes desses serviços, a recepção das situações de violência que acometem a mulher pode ser feita por qualquer serviço da rede, independente de ser da área da saúde. Além disso, o acolhimento às mulheres em situação de violência deve ser realizado de forma humanizada e com escuta qualificada (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Em se tratando de acolhimento pela Rede de Atenção à Saúde, os trabalhadores são orientados a realizar anamnese, identificação do tipo de violência, exames físicos, exames laboratoriais e raio-X (havendo necessidade) e fazer a notificação compulsória. É importante que o trabalhador preencha o prontuário de modo mais detalhado possível, incluindo o relato da paciente, as lesões e os dados do agressor. Essa conduta está amparada pelo Decreto nº 7.958/2013 e Portaria Interministerial nº 288/2015. Salienta-se, por meio da Portaria nº 204/2016 do Ministério da Saúde, que todos os trabalhadores de saúde são obrigados a realizar a notificação da violência (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Outro aspecto a ser salientado no caso de violência sexual é a obrigatoriedade da realização do teste rápido de HIV e a notificação, em até 24 horas, do ocorrido. Caso a vítima já seja HIV positiva, deve-se encaminhá-la, em até 72 horas, para a unidade de saúde mais próxima de onde ela mora ou para um pronto atendimento. No caso de a mulher em situação de violência sexual não ser HIV positiva previamente, ela deve ser encaminhada para realizar a testagem em um pronto atendimento (PA) ou pronto-socorro (PS). Independentemente do resultados dos exames, é

necessário ainda realizar a contracepção de emergência e quimioprofilaxia para infecção sexualmente transmissível, HIV, tétano, hepatites e coleta de vestígios da agressão em um serviço de referência da saúde ou Departamento Médico Legal (DML) (ESPÍRITO SANTO, 2018). Além disso, deve-se realizar o teste para verificar se há gravidez em ambos casos (HIV positivo ou HIV negativo) e, se o teste de gravidez for negativo, proceder para os encaminhamentos legais (ESPÍRITO SANTO, 2018).

No contexto de violência sexual, caso seja constatada gravidez, os trabalhadores de saúde devem orientar as mulheres sobre o direito ao aborto legal. Caso seja manifestado o desejo de interromper a gravidez, a mulher será encaminhada para o serviço especializado, não sendo necessário o boletim de ocorrência policial. Em Vitória, o local de referência, responsável para o abortamento legal é o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), por meio do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVIVIS) (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Caso a mulher em situação de violência prefira dar continuidade à gestação, ela deverá ser encaminhada aos serviços de pré-natal de alto risco. Em Vitória, esses serviços de atendimento às situações de violência localizam-se no ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e na Maternidade Pró-Mater (ESPÍRITO SANTO, 2018).

No caso de outras formas de violências, como violência física, psicológica, negligência e/ou abandono, financeira/patrimonial, suicídio/tentativa ou intoxicação, é necessário, primeiramente, que o profissional de saúde faça a estabilização inicial da vítima (ESPÍRITO SANTO, 2018). Se houver lesão e o serviço de saúde puder resolver, será feito o procedimento e a vítima receberá os encaminhamentos legais necessários. Caso o serviço não puder resolver a lesão da vítima, ela receberá o encaminhamento para outro serviço de maior complexidade, que deverá seguir o fluxo em acordo com o caso e, após o atendimento, realizar os encaminhamentos legais (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Em todos os tipos de violência, o profissional de saúde precisa fazer os encaminhamentos legais e orientar as vítimas sobre os seus direitos, incluindo a denúncia. Se a vítima não for vulnerável e for consciente, deve-se orientar da necessidade de fazer o boletim de ocorrência (BO) na delegacia. Em todos os casos, deve-se atentar se há o risco de feminicídio

e, em caso positivo, acionar o Centro Integrado Operacional de Defesa Social (CIODES) pelo número 190 (ESPÍRITO SANTO, 2018).

De acordo com a Política de Humanização da Saúde (2013), entende-se por acolhimento o reconhecimento da singularidade do outro em sua necessidade de saúde, que deve assistir e sustentar a relação entre equipe/serviços e usuários do serviço de saúde. O acolhimento apresenta-se como um valor para os processos de trabalho em saúde, é construído de forma coletiva e possui o objetivo de construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013).

Por meio de uma escuta qualificada, compreendida como a atenção, disponibilidade e compreensão oferecida pelos trabalhadores às necessidades dos usuários, é possível garantir o acesso às tecnologias adequadas às suas necessidades, o que torna as práticas de saúde efetivas (BRASIL, 2013).

Diante do fluxo de atendimento, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham a função de monitorar os casos de violência até a alta de todos os serviços de saúde e, ainda, identificar a situação de violência/vulnerabilidade por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos agentes comunitários de saúde (ACS), dos agentes comunitários de endemias (ACE) e das consultas da equipe (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social) na Atenção Básica. Em todos os casos, a vítima necessita de avaliação da equipe de saúde mental (ESPÍRITO SANTO, 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipes multiprofissionais que atuam de modo integrado com as equipes de atenção primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Esse modo de organização do trabalho possibilita realizar discussões de casos clínicos de modo multiprofissional, tanto na unidade de saúde como em visitas domiciliares, e auxilia na construção do projeto terapêutico singular de forma ampla e qualificada e nas ações no território e na saúde de grupos populacionais. Essa atuação de saúde no território pode ser também intersetorial, focando as intervenções na prevenção de doenças e promoção de saúde (BRASIL, 2012).

Após a equipe de saúde verificar a necessidade de intervenção intersetorial na condução do caso de violência contra a mulher, é acionada a rede de cuidado e proteção social, composta pelo Centro de Referência

de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAMSV), realizado por intermédio da Secretaria de Cidadania e Direitos Humanos (SEMCID), pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), realizando então a verificação do território para traçar juntos um plano de ação em acordo com a necessidade de cuidados e proteção, tanto na garantia de direitos como no intuito de empoderar a vítima para realizar o boletim de ocorrência (BO), se não o fez (ESPÍRITO SANTO, 2018).

MÉTODO

O presente estudo é um recorte de parte da dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo, com abordagem qualitativa e de delineamento analítico-descritivo, que buscou responder, a partir da percepção das trabalhadoras de saúde, às seguintes perguntas norteadoras: Como é realizado o enfrentamento da violência contra a mulher na Atenção Básica no município de Vitória? Como a saúde pública pode contribuir para o enfrentamento da violência contra a mulher? Quais as potencialidades e limites do enfrentamento da violência contra a mulher na Atenção Básica? Quais as medidas de prevenção poderiam ser tomadas no âmbito da Atenção Básica contra a violência que acomete a mulher?

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS/UFES), sob número 3.908.483, em 10 de março 2020. Após anuência da Prefeitura Municipal de Vitória para realização da pesquisa e aprovação do CEP, foram contactadas mulheres trabalhadoras de saúde que aceitassem participar do estudo em duas unidades de saúde localizadas na cidade de Vitória, Espírito Santo. As unidades de saúde escolhidas para a pesquisa possuem juntas aproximadamente 120 funcionários, entre homens e mulheres. O território escolhido foi o da região de saúde de Maruípe, composto por 54.402 habitantes de acordo com o censo de 2010.

O critério de inclusão adotado foi ser mulher e estar em atividade profissional na unidade de saúde no momento da pesquisa. Como critério

de exclusão, teve-se estar em trabalho na modalidade *home-office* ou afastada por licença do serviço.

Devido à situação da pandemia de covid-19, a coleta de dados precisou ser adaptada, respeitando-se as recomendações de biossegurança da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pré-acordada com os diretores das unidades de saúde. Utilizou-se um questionário com perguntas abertas para as trabalhadoras responderem após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta foi realizada no mês de julho de 2020, após um período de *lockdown* (bloqueio total ou confinamento), fase do protocolo de isolamento por causa da pandemia de covid-19.

Os resultados foram organizados e analisados com o auxílio do *software Atlas ti* para análise temática de conteúdo. Após a organização dos dados, buscou-se compreender os diversos sentidos presentes na linguagem apresentada pelas trabalhadoras de saúde, a partir da elaboração de uma rede de relações. Para esta publicação, destaca-se as categorias de análise: o enfrentamento da violência contra a mulher na Atenção Básica, potencialidades e limites do enfrentamento da violência contra a mulher na Atenção Básica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 12 trabalhadoras de saúde, representadas pelas seguintes profissões: cinco enfermeiras, duas assistentes sociais, uma auxiliar administrativo, uma auxiliar de laboratório, uma auxiliar de saúde bucal, uma cirurgiã-dentista e uma fonoaudióloga. As mulheres tinham de 30 até 54 anos de idade e possuíam de 7 meses a 15 anos de tempo de serviço na Atenção Básica.

Das 12 mulheres, oito eram casadas, duas solteiras e duas divorciadas. Com relação à religião, oito eram católicas, quatro evangélicas e uma afirmou ser de outra religião, sem identificá-la. Em relação ao quesito raça/cor, oito das trabalhadoras se declararam brancas, duas pardas, uma preta e uma amarela. Quanto ao grau de escolaridade, dez trabalhadoras possuíam ensino superior e pós-graduação e duas possuíam ensino médio completo.

Para assegurar o sigilo da pesquisa, as participantes serão identificadas utilizando a letra “P” e um número de 1 até 12 para diferenciar cada trabalhadora que participou da pesquisa, totalizando as 12 participantes.

POTENCIALIDADES E LIMITES DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA

As trabalhadoras de saúde percebem o enfrentamento da violência contra a mulher como algo que envolve a rede de proteção, que inclui os serviços de saúde. Elas descrevem os procedimentos que compõem o fluxo da rede de atenção em saúde, os serviços de saúde especializados em violência como suporte às unidades de saúde e a importância do trabalho multidisciplinar da Atenção Básica. Além disso, destacam a notificação compulsória e o acolhimento humanizado como importantes estratégias na Atenção Básica de enfrentamento à violência contra a mulher.

O município de Vitória conta com a vigilância epidemiológica (NUPREVI) Núcleo de Prevenção da violência e Promoção de Saúde e SASVI - Serviço de Atenção às pessoas em Situação de Violência de Vitória, que dão total apoio às Unidades de Saúde quando necessitam encaminhar e matricular os pacientes, além da prevenção e promoção de saúde (P10).

São utilizados todos os equipamentos públicos municipais, e, sendo necessário, são acionados também os do Estado. É importante salientar que a unidade de saúde é a porta de entrada para a detecção da violência, através dos profissionais clínicos, núcleo de atenção (NASF), agentes comunitários (ACS) e outros que interagem entre equipes em prol da paciente vítima (P3).

O enfrentamento da violência contra a mulher é realizado através da notificação compulsória, após encaminhamento para os equipamentos necessários e acompanhamento pela equipe de saúde de referência do território (P11).

Todos os profissionais são orientados a notificar casos de violência, porém não existe um treinamento. Em função disso, em geral, são encaminhadas para a(o) enfermeiro(a) notificar. Os casos são discutidos em reuniões de equipe com a presença da psicóloga e assistente social e, quando necessário, são feitos matriciamento para definição de estratégias (P6).

Acolhimento à mulher e realizar a escuta ativa, com vistas a identificar o tipo de violência, provável outras agressões; realizar avaliação de risco; ofertar cuidado clínico e psicossocial, de acordo com cada caso; efetuar registros em prontuário; notificar os casos suspeitos e confirmados de violência; fazer os encaminhamentos previstos em lei e as orientações para o seguimento na rede de proteção de forma compartilhada (P7).

Nesse primeiro momento, observa-se que as falas das profissionais encontram-se fortemente vinculadas a protocolos, normas e rotinas institucionais, modos padronizados de práticas numa dada diretriz de uma política pública. Tal constatação nos remete a reflexões sobre como extrapolar o instituído em protocolos institucionais? Como ressignificar o trabalho em saúde no sentido de enfrentamento dos sofrimentos, constrangimentos e afetamentos que envolvem as questões relacionadas às violências contra a mulher?

Entretanto, os resultados evidenciam que as trabalhadoras também apontaram, como estratégia de enfrentamento da violência contra as mulheres, a necessidade da produção de linhas de cuidados que incluam tecnologias leves, tais como o acolhimento e o vínculo, enquanto elementos constitutivos do trabalho em saúde (MERHY, 2003). Ressalta-se que o acesso às tecnologias leves não pode prescindir de modos de acolhimento e vínculo, permeados por encontros puros de amorosidade, solidariedade e respeito, sem julgamentos e preconceitos (MERHY, 2003).

Tais encontros são permeados pelo que Hooks (2020) nomeia como sororidade, ou seja, relações e vínculos que dizem respeito à união das mulheres, ao companherismo. Nesse processo, os medos, os afetamentos, as implicações e o comprometimento parecem entrelaçar trabalhadoras de saúde e usuárias da atenção básica, num encontro no qual se abre possibilidades de acesso a tantas outras tecnologias quantas forem necessárias. A partir dessa experiência, afirma-se que o trabalho em saúde pode ser

também lugar de produção de encontros com o outro, mediatizado por diferentes tecnologias, que são, simultaneamente, leves, leves-duras e duras (MERHY, 2003).

Salienta-se ainda que as violências têm atingido de forma recorrente, e em particular, as mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade, que, não por acaso, é o mesmo perfil da maioria das mulheres trabalhadoras de saúde e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse entendimento, faz-se necessário destacar que a sororidade é uma das estratégias femininas mais poderosas, pois fortalece, une e traz identidade ao coletivo de mulheres na luta pelo enfrentamento das diversas formas de violências contra as mulheres.

Nesse contexto, a identidade feminina é reforçada no encontro entre as usuárias e trabalhadoras de saúde, atuando de modo coletivo na produção do trabalho em saúde, a partir de relações baseadas na auteridade. Nesse processo, ambas se empoderam e se apoiam, com vistas a romper com o círculo vicioso das relações de violência, no qual diferentes mulheres em diferentes espaços sociais têm, historicamente, sido submetidas, inclusive ao produzirem o trabalho em saúde.

Outro importante aspecto a ser destacado refere-se ao fato de que as trabalhadoras de saúde também reconhecem a Atenção Básica como lugar de acolhimento às mulheres no percurso inicial da rede de proteção, buscando o rompimento do ciclo da violência, conforme legitimado pelas trabalhadoras de saúde.

Pelo modelo de organização do trabalho em saúde na Atenção Básica, focado no território, as unidades de saúde são locais privilegiados para o rastreio das violências. Por isso, muitas vezes, tornam-se lugares de acolhimento, pelos trabalhadores, às mulheres no percurso inicial da rede de proteção intersetorial em busca pelo rompimento do ciclo da violência.

Além disso, essas trabalhadoras acreditam que a Saúde Coletiva apresenta como contribuição ao enfrentamento da violência contra a mulher o acesso aos serviços de forma humanizada; o monitoramento dos casos identificados, reforçando métodos de prevenção à violência; as orientações, por parte dos trabalhadores de saúde, às mulheres sobre as situações de violências; e o incentivo à autonomia para tomada de consciência da mulher sobre formas de empoderamento, por meio de grupos de apoio na Atenção Básica.

Colocar em prática ações que promovam o empoderamento feminino, interfiram nos padrões da sociedade, assegurem um atendimento (P1).

Cuidado e respeito no atendimento e na escuta ofertada nos serviços de saúde e em toda rede. Garantir um atendimento e atenção humanizada. Serviços de referência para atendimento à violência (P12).

Através de palestra, conscientização, empoderamento familiar, apoio psicológico (P11).

Mantendo sempre seus equipamentos de rede de atenção à saúde com foco especial a essa demanda que necessita de acompanhamento constante às vítimas (P3).

A partir das falas das entrevistadas, na estratégia de enfrentamento à violência, destacam-se a “escuta” e o “acolhimento” como expressões que representam as formas de cuidado em saúde prestadas às mulheres em situação de violência e sensibilização das trabalhadoras de saúde com a temática.

O profissional que está sensível às dificuldades da pessoa em conseguir se expressar verbalmente, o que significa escutar, acolher e observar as experiências da pessoa. Temos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (P5).

Nesse contexto, a escuta qualificada e o acolhimento possibilitam enfrentar o silêncio feminino. Destaca-se que um dos limitadores do enfrentamento da violência contra a mulher, na percepção das trabalhadoras de saúde participantes do estudo, foi a opção pelo silêncio sobre o fenômeno, associado às “denúncias não realizadas pelas mulheres em situação de violência”. Importante salientar a complexidade envolvida nesse processo, que é multifatorial e dependente de diversas circunstâncias, sendo um fator que contribui para aumentar ainda mais a invisibilidade do fenômeno.

Destaca-se o acolhimento humanizado como um dos facilitadores ao enfrentamento da violência, na medida que abre as possibilidades de

assegurar acesso aos serviços de saúde, sendo produtores de vínculos e afetamentos, perpassados por relações de auto-confiança e responsabilização e sustentados por processos cuidadores que promovam a vida, a autonomia e o resgate da auto-estima e sejam, particularmente, produtores de encontros entre as usuárias-trabalhadoras de saúde.

De acordo com a Política de Humanização da Saúde, entende-se por acolhimento o reconhecimento da singularidade do outro em sua necessidade de saúde. Deve assistir e sustentar a relação entre equipe/serviços e usuários do serviço. O acolhimento apresenta-se como um valor para os processos de trabalho em saúde, é construído de forma coletiva e possui o objetivo de construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários/as com sua rede socioafetiva. Através da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores de saúde às usuárias do serviço, é possibilitado o acesso à tecnologia adequada, de acordo com a necessidade particular de cada usuária, o que evidencia uma prática efetiva de saúde (BRASIL, 2013).

Importante destacar que as potencialidades do enfrentamento da violência contra a mulher na Atenção Básica possuem o foco na escuta ativa, no acolhimento e no estreitamento do vínculo com a comunidade como formas de humanizar e sensibilizar os atendimentos para lidar com a complexidade da temática.

A capacidade de realizar o acolhimento sabendo ouvir a pessoa e os planos assistenciais são potencialidades da UBS (P4).

Conhecimento do território, profissionais envolvidos, vínculo com as famílias e lideranças comunitárias, equipamentos apoiadores no território (P10).

O acolhimento mostra-se potencialmente com escuta qualificada e elaborada de plano assistencial compartilhado com o usuário, respeitando seu contexto familiar e sua decisão (P5).

Apesar de o acolhimento ser um instrumento que possibilita, por meio da escuta, um conforto, ele não se limita a essa prática, compreendendo um atendimento de responsabilidade e resolutividade. Destaca-se a abordagem ampliada dos atendimentos com orientações sobre as possibilidades

de encaminhamentos para o enfrentamento da violência contra a mulher como o Centro de Referências da Mulher e a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (PORTO; BISPO JUNIOR; LIMA, 2014).

Como limites, as trabalhadoras de saúde consideram a denúncia como um fator limitante para a continuidade da quebra do ciclo da violência, visto que, muitas vezes, a mulher que foi vitimada decide não dar seguimento ao caso, não fazendo a denúncia do agressor, o que sugere medo e vergonha da situação.

[...] a omissão da denúncia por parte da vítima seja medo ou não, dificulta o atendimento (P3).

[...] esbarram muitas vezes na dificuldade da vítima (limite) em relatar ou denunciar o caso que medidas possam ser tomadas (P4).

Vejo a dificuldade que as mulheres enfrentam na hora de denunciar, muitas vezes não são compreendidos e colocados em situação vexatória (P9).

[...] baixa adesão das próprias vítimas. Por vergonha ou medo de se expor (P6).

Devido aos impactos da violência na vida das mulheres, e com a compreensão de tratar-se de um fenômeno a ser enfrentado de modo intersetorial envolvendo a Justiça, o Estado, a Saúde e a sociedade civil, é necessário manter em mente que a trajetória da mulher na tentativa de ruptura do ciclo da violência é ambivalente e irregular e não se limita a uma instituição, consolidando-se na construção da cidadania da mulher (SAGOT, 2000; MENEGHEL *et al.*, 2011).

As trabalhadoras de saúde entendem que as medidas de prevenção à violência que acomete as mulheres se fazem necessárias, envolvendo toda a equipe, além de contar com práticas educativas e de orientação sobre os direitos das mulheres no intuito de promover o empoderamento feminino para o desenvolvimento da autonomia.

Criação de grupos de apoio e acolhimento para mulheres em situação de vulnerabilidade. Promoção de palestras educativas e relacionadas aos vários agravos relacionados à violência contra as mulheres (P6).

Rodas de conversas com as famílias, trabalhar grupos para empoderamento feminino, cursos técnicos para possíveis trabalhos autônomos, criar áreas de esporte e lazer no território (pós-pandemia) (P10).

Realização de programas voltados ao combate e à prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. Promoção de campanhas educativas de prevenção. Ensino sobre direitos humanos, igualdade de raça, cor e etnia (P12).

As trabalhadoras de saúde mostram-se sensibilizadas com a violência que acomete as mulheres ao atendê-las e, por vezes, trazem a necessidade de aprimoramento profissional para melhor lidar com essa demanda. É importante destacar que um dos eixos do enfrentamento da violência que acomete as mulheres é a prevenção, que inclui não somente ações educativas como também ações voltadas para a equidade de gênero, raça e cultura de paz, além de campanhas que tragam visibilidade às diferentes manifestações da violência e que desnaturalize esse fenômeno (BRASIL, 2011).

Outro importante aspecto a ser enfatizado refere-se ao fato de que os dados e as realidades dos cenários impõem a necessidade de não se apartar essas discussões das formulações de políticas públicas de combate aos diversos tipos de violências. Nesse contexto, é imperativo considerar as diferenças relativas ao gênero e suas singularidades, num contexto em que há uma crença equivocada de homogeneidade entre as mulheres ou a existência de um “modelo único de mulher”. Ressalta-se que as mulheres são diversas, bem como suas necessidades e realidades, aspectos muitas vezes ignorados por formuladores, financiadores e executores de políticas públicas. A partir dessa compreensão, para um efetivo enfrentamento da violência contra as mulheres, há de se considerar, incorporar e valorizar marcadores diversos como raça, escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho e outras desigualdades sociais que afetam diferentemente as mulheres e suas necessidades. No que diz respeito às estratégias de enfrentamento desse agravo tão complexo, tais marcadores necessitam ser valorizados ao se projetar as linhas de cuidado no trabalho produzido na Atenção Básica à saúde no SUS e também em outros espaços de atenção à saúde, uma vez que eles são lugares produzidos/produtores e normatizadores de violências.

Devido aos impactos da violência na vida das mulheres, e pela compreensão de tratar-se de um fenômeno a ser enfrentado, chama a atenção o fato de que essas questões relacionadas ao gênero têm dimensão global. Nesse sentido, Adichie (2015, p. 28) adverte sobre a necessidade de um mundo mais justo e igualitário, de “um mundo de homens mais felizes e mulheres mais felizes, mais autênticos consigo mesmo”. Esse contexto destaca a importância de um mundo em que a violência não seja normatizada como inerente às relações de reafirmação do poder patriarcal e, conseqüentemente, das relações produzidas pelos modelos das masculinidades tóxicas e hegemônicas, que afetam e são atravessadas por questões de gênero, em especial pela condição de ser mulher e das suas escolhas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu ao objetivo proposto e descreveu as estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher a partir dos olhares e escutas das trabalhadoras de saúde no município de Vitória/ES, reconhecendo a complexidade desse fenômeno multifacetado e interseccional.

Este trabalho possibilitou a ampliação de olhares para além da percepção sobre protocolos, normas e rotinas. As narrativas foram disparadoras de gatilhos na compreensão dos diferentes papéis femininos e de como todas as mulheres são afetadas pelas causas e conseqüências advindas das violências estruturais/institucionais. Nesses encontros-narrativas, percebe-se que muitas mulheres em situação de violências enxergam os serviços de saúde como um espaço seguro, que pode acolher sua dor, apontando para as possibilidades de um outro modo de sobre-vivência e re-existência.

O município de Vitória apresenta uma rede de atenção às vítimas de violência, com protocolos, diretrizes e orientações para atuação dos trabalhadores de saúde bastante detalhados, que inclui os serviços da rede socioassistencial quando os encaminhamentos forem necessários. Embora a rede seja bem articulada, existem lacunas, fazendo com que

ainda seja necessário ampliar os processos de educação permanente, com vistas a ressignificar os processos de trabalho sobre essas temáticas, e as novas formas de enfrentamento, escutas e acolhimento às usuárias vítimas de violência.

Destacam-se a notificação compulsória da violência como necessária para dar visibilidade ao fenômeno e a postura acolhedora dos trabalhadores da Atenção Básica como prática essencial de humanização dos atendimentos para que a mulher vítima de violência se sinta acolhida e com confiança e segurança para relatar os fatos.

As trabalhadoras da saúde que participaram do estudo entendem o enfrentamento da violência contra a mulher na Atenção Básica como algo realizado por meio do fluxo de atendimento em saúde que envolve vários equipamentos de saúde e que se estende para a rede intersetorial de proteção. Assim, as trabalhadoras legitimam a Atenção Básica como local estratégico para identificação das violências e acrescentam, como função importante dos serviços de atenção primária, a condução de orientações para a tomada de consciência de mulheres, no intuito do empoderamento, além do acionamento dos equipamentos socioassistenciais para articulação dos projetos terapêuticos.

As trabalhadoras da saúde agregam, ao protocolo de atendimento, diretrizes da Política de Humanização da Saúde para a atuação profissional. Elas trazem as palavras “escuta” e “acolhimento” como expressões que representam as formas de cuidado em saúde das mulheres em situação de violência e de sensibilização das profissionais de saúde com a temática.

Como mulher, trabalhadora de saúde e pesquisadora, é precisa reafirmar a impossibilidade da neutralidade, de não afetar o desenvolvimento da pesquisa. Salienta-se uma limitação do estudo que foi o fato dele ter sido realizado apenas em serviços públicos de saúde, não atingido o público de planos privados de saúde, além de ter sido realizado no contexto de pandemia de covid-19, o que restringiu a participação de muitas trabalhadoras de saúde.

Por fim, entende-se que esta pesquisa trouxe contribuições relevantes para a área da Saúde Coletiva, por evidenciar a percepção das trabalhadoras de saúde sobre a temática da violência contra a mulher. Diante da magnitude do fenômeno, compreende-se a necessidade de instrumentos para o enfrentamento, de apoio à mulher em situação de violência e de

prevenção no contexto cotidiano de trabalho dos serviços de Atenção Básica, na busca ofertar visibilidade ao fenômeno da violência contra a mulher e de um cuidado qualificado e integrado. O encontro entre trabalhadora de saúde, mulher em situação de violência e pesquisadora implicada remeteu ao compromisso, não só de acolher e mudar olhares sobre o fenômeno estudado, mas, principalmente, de interrogar a necessidade de como avançar, romper silêncios, criar e alavancar estratégias e políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres diante das diferentes e renovadas formas de produção de violências numa sociedade capitalista, patriarcal e misógina.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C.N. **Sejamos todos feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

AMARIJO, C.L. *et al.* Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, 2018.

BRASIL. Decreto nº 1973, de 1º de Agosto de 1996. Dispõe sobre a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 de agosto de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de Agosto de 2006. Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 08 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as mulheres**, Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; Presidência da República, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CERQUEIRA, D. C. *et al.* **Atlas da Violência 2019**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

CERQUEIRA, D. C. *et al.* **Atlas da Violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Prevenção à violência. Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violência**. Vitória, 2018.

FARAH, M.F. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis v. 12. n.1, janeiro-abril 2004.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S., EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.

HOOKS, BELL. **E eu não sou uma mulher?** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011.

MERHY, E.E. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Sao Paulo: Hucitec, 2003.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev RENE**, v. 8, n. 2, p. 93-100, 2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimativas globais e regionais da violência contra a prevalência da mulher e efeitos na saúde da violência por parceiro íntimo e violência sexual sem parceiro**. Genebra: OMS, 2013.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação Médica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PIOSIADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.728-733. 2014.

PORTO, R. T. S.; BISPO JUNIOR, J. P. B.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.787-807, 2014.

SAGOT, M. **Rota crítica percorrida por mulheres afetadas pela violência intra-familiar na América Latina** (estudos de casos de dez países). Organização Pan-Americana de Saúde. Programa mulheres, saúde e desenvolvimento. 2000.

SANTOS, I. B. *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1935-1946, 2020.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* **Violência dói e não é direito**. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP. 2005.

SCHRAIBER, L. B., *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, 2007.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface** (Botucatu), v. 22, n. 66, p. 789-800, 2018.

VALE, S.L.L. *et al.* Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Rev RENE**. v. 14, n. 4, 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. London School of Hygiene and Tropical Medicine. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Genebra: WHO; 2010.

6

ARIANE SILVA CARVALHO
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
HELOISA IVONE DA SILVA DE CARVALHO

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DAS MULHERES NEGRAS QUILOMBOLAS

INTRODUÇÃO

O presente trabalho resulta de uma pesquisa bibliográfica e propõe uma nova caminhada em busca de maiores diálogos e reflexões, em que o conhecimento e a vida sigam uma trajetória de mão dupla, na qual todas as envolvidas no processo possam aprender e também lutar pelos seus direitos de acesso à Saúde Pública.

Acreditamos que as comunidades quilombolas são espaços/tempos de identidades com grande histórico cultural, tradições seculares, produção de saberes e resistência. Conforme dados da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial de 2017, existem 743 comunidades quilombolas reconhecidas e identificadas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Nos anos de 2003 a 2017, foram mapeadas 3.524 comunidades em 24 estados brasileiros. Em todo o estado do Espírito Santo, existem cerca de 100 comunidades quilombolas de acordo com o Relatório de Gestão de 2017 da Secretaria Especial De Políticas de Promoção da Igualdade (SEPPPIR) (BRASIL, 2018).

Considerando o quantitativo de comunidades quilombolas existentes no país e no estado do Espírito Santo, destacamos a importância da realização de um estudo sobre essas comunidades no campo da Saúde Coletiva. Nesse contexto, buscamos identificar a produção do processo saúde, doença e cuidado e de que forma foram impactadas e vivenciaram esses processos no enfrentamento da pandemia e dos adoecimentos em função da covid-19.

Para a realização desta investigação e para permitir uma melhor compreensão do estudo, propomos pesquisar a produção acadêmica sobre a temática “comunidades quilombola” no contexto da saúde-doença e

cuidado das mulheres negras. Partimos das seguintes questões: Existem pesquisas nesse campo? Quantas são? Qual a relevância desses estudos? Onde estão localizadas? Em que período foram produzidas? Quais têm sido as contribuições desses trabalhos para as comunidades quilombolas pesquisadas?

Ao longo da história do Brasil, o conceito de saúde-cuidado e doença vem sendo pesquisado e revisado, pois são produções e concepções que mudam em conformidade com tempo, realidades e estudos. No século XX, a teoria que existia era a da unicausalidade, na qual a doença era considerada exclusivamente causada por um agente etiológico, vírus, bactéria ou protozoários. No entanto acreditamos que a doença não pode mais ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim, as concepções e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece (CANGUILHEM; CAPONI, 1995 *apud* BRÊTAS e GAMBA, 2006)¹. A saúde coletiva precisa ser compreendida em sua complexidade.

TRILHANDO CAMINHOS EPISTEMOLÓGICOS

Realizamos um levantamento bibliográfico do estado da arte da problemática acerca do processo saúde-doença-cuidado das mulheres negras quilombolas com a finalidade de construir um embasamento teórico sobre o tema e conhecer as publicações. Optamos por procurar a categoria “saúde coletiva das mulheres das comunidades quilombolas” no Banco de Dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) de 2015 a 2021. É importante ressaltar que encontramos apenas oito trabalhos e, após a leitura, foram selecionados seis deles, sendo cinco dissertações de mestrado e uma tese de doutorado, nos provocando sobre a necessidade de se ampliar a busca, uma vez que existem lacunas referentes

1. CANGUILHEM, G. O.; CAPONI, S. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995.

à temática. Acreditamos que existam mais pesquisas em outros bancos de dados.

Ressaltamos que essa busca se constitui como modo de fortalecimento das pesquisas em Saúde Coletiva, identificando questões ainda pouco pesquisadas. A análise dos trabalhos relacionados e a discussão de suas relações com esta pesquisa possibilitam repensar as comunidades quilombolas como povos ou comunidades tradicionais, sendo imprescindível considerar a sua inter-relação com as questões culturais que acompanham todo o processo da constituição dos quilombos no Brasil, que podem ou não estar articulados aos modos como se reproduzem o acesso ou não acesso aos serviços e políticas públicas de saúde.

As pesquisas de dissertações de mestrado e tese de doutorado encontradas no banco da Ufes e da Capes foram: *Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas*, de Boa Sorte (2015); *O Olhar Feminino sobre o Cuidado à Saúde da Mulher Quilombola*, de Prates (2015); *Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva*, de Pereira (2016); *A saúde das Mulheres Descendentes de Quilombolas: uma Revisão da Literatura*, de Souza (2018); *Violência contra Mulher Quilombola em Comunidades Rurais no Espírito Santo*, de Luciano (2019); e *Infecções Sexualmente Transmissíveis, Alterações Citológicas de Colo de Útero e Fatores Associados em Mulheres Quilombolas no Espírito Santo*, de Dias (2020). Destacamos, aqui, o quanto as leituras das referidas dissertações e tese contribuíram para nossas reflexões no campo acadêmico e social. Na perspectiva de contribuir para as reflexões sobre os trabalhos encontrados, construímos um quadro comparativo, mostrando as diferenças e similaridades entre este estudo e esses trabalhos. (Quadro 1)

Quadro 1. Quadro teórico com os resultados constituintes da revisão de literatura sobre a saúde coletiva

Autor/Ano	Proposição doEstudos	População/Amostras
BOA SORTE, Elionara Teixeira 2015	Analisar o cuidado preventivo demulheres quilombolas para o câncer do colo uterino.	26 mulheres
PRATES, Lisie Alende 2015	O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola.	13 mulheres
PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus. 2016	Analisar como se dá o acesso e a utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas na promoção da saúde reprodutiva.	18 mulheres com idade de 18 a 49 anos
SOUZA, Suelen de Fátima Silva 2018	Revisar as literaturas existentes a fim de avaliar as publicações sobre a temática da saúde das mulheres em comunidades quilombolas.	10 artigos utilizados na revisão

ra das mulheres negras quilombolas.

	Principais Resultados	Observações
	As mulheres terem que se deslocar para cidade a fim de buscar informações, promoção, prevenção e tratamento de saúde dificulta a adesão ao cuidado profissional.	
	As práticas de cuidados, destacadas pelas mulheres quilombolas encontram-se imbuídas por inúmeros valores, símbolos e significados.	
	Mais de 20% das mulheres com crianças menores de cinco anos relataram menos de seis consultas pré-natais. A incidência de abortos relatados na população Kalunga foi de 8,32% das gestações totais. Com relação à realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, três (23,07%) nunca haviam realizado o exame e a maioria (53,84%, n=7) havia realizado o exame no ano de 2013. As demais realizaram o último exame em 2012 (15,38%, n=2) e 2010 (7,69%, n=1).	A saúde reprodutiva das mulheres quilombolas está aquém do nível ideal, demonstrando como o Estado ainda tem se ausentado diante da realidade e das necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres.
	Os estudos sobre a saúde das mulheres descendentes de quilombolas ainda apresentam escassas publicações.	

Autor/Ano	Proposição doEstudos	População/Amostras
LUCIANO, Thais Verly 2019	<p>Descrever os casos de violência psicológica, física e sexual em mulheres quilombolas em comunidades rurais. Estudo quantitativo em corte transversal, realizado com mulheres quilombolas das comunidades rurais dos municípios de São Mateus e Conceição da Barra, Espírito Santo, Brasil.</p>	<p>Foram entrevistadas 219 mulheres quilombolas de junho/2017 a março/2018. Foi utilizado um instrumento validado para quantificar as prevalências de violência psicológica, física e sexual, etambém foi elaborado um questionário para investigar características sociodemográficas, comportamentais, clínicas, histórico familiar de violência e sobre a lei Maria da Penha. As análises estatísticas utilizadas foram: teste Qui-quadrado, teste Exato de Fisher e Regressão Logística Binária. Utilizou-se como medida de efeito a Razão de Chances.</p>
DIAS, Jerusa Araújo 2020	<p>Pesquisa de doutorado no Estado do Espírito Santo, na Ufes, com otítulo: “Infecções sexualmente transmissíveis, alterações citológicas de colo de útero e fatores associados em mulheres quilombolas. Estudo transversal de base populacional com mulheres quilombolas, no período de março de 2017 a janeiro de 2019.</p>	<p>Utilizou-se um questionário com informações sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Foi realizado exame ginecológico paracoleta de células cervicais para citologia oncótica e para detecção de Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoeae (NG) Trichomonas vaginalis (TV) e papilomavírus humano (HPV), por meio de teste de reação em cadeia pela polimerase em tempo real.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

	Principais Resultados	Observações
	<p>Encontrou-se prevalências de violência psicológica, física, sexual e sexual pelo atual parceiro íntimo de 59%, 41%, 14,1% e 8,2% respectivamente. A violência psicológica por parceiro íntimo manteve-se associada a ter três ou mais parceiros sexuais na vida e vivenciar alguma situação de violência na família com outras pessoas. A violência física por parceiro íntimo manteve associação a uso de método contraceptivo de barreira, ter 3 ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses, parceiro ter outra parceira, parceiro utilizar droga e ter vivência de alguma situação na família relacionada a bebida alcoólica. A violência sexual manteve-se associada a idade de até 30 anos, uso de droga ilícita, coitarca antes dos 15 anos e ter queixa de sintomas ginecológicos. A violência sexual perpetrada pelo atual parceiro íntimo, manteve-se associada a histórico de aborto, parceiro usar droga e queixas de sintomas ginecológicos.</p>	<p>Neste estudo nota-se que os fatores de exposição que contribuíram para o desfecho. Frente a isto intervenções em diversos setores precisam ser direcionadas à mulher e ao homem, uma vez que o comportamento desta precisa ser modificado, no intuito de modificar tal realidade.</p>
	<p>Os principais resultados foram a prevalência de pelo menos uma IST foi de 18,5%. A maior prevalência foi de 11,1% para HPV, seguido de 6,3% por TV e 4,3% por CT. Para o HIV, a prevalência foi de 0,3%, e para sífilis de 4,3%. A infecção por uma ou mais IST foi significativamente associada à idade entre 25 e 44 e ao consumo de álcool.</p>	<p>As mulheres quilombolas apresentaram elevada prevalência de uma ou mais IST e baixa prevalência de alterações citológicas do colo de útero. Fatores Sociocomportamentais, clínicos e de saúde foram independentemente associados à IST.</p>

A dissertação de mestrado encontrada no Banco de Dados da Capes e realizada na Bahia, intitulada *Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas*, de Boa Sorte (2015), nos apresenta o quanto as mulheres quilombolas foram unânimes em afirmar que nunca ocorreu caso de câncer do colo do útero entre as residentes na comunidade e que, para buscarem informações sobre promoção, prevenção e tratamento de saúde, as mulheres necessitam se deslocarem para cidade na busca de atendimento, o que dificulta a adesão ao cuidado profissional.

Já na pesquisa de dissertação de mestrado encontrada no Banco de Dados da Capes e realizada em Santa Maria/RS, Prates (2015) propõe pesquisar o *Olhar Feminino sobre o Cuidado à Saúde da Mulher Quilombola*, identificando que a maioria das mulheres não apresentava trabalho remunerado, não concluiu o ensino fundamental e nunca tinha realizado exame citopatológico. Sendo assim, para a referida pesquisadora, as práticas de cuidados, destacadas pelas mulheres quilombolas em sua pesquisa de campo, encontravam-se imbuídas por inúmeros valores, símbolos e significados.

O trabalho de pesquisa intitulado *Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva*, desenvolvido por Pereira (2016) como sua dissertação de mestrado em Salvador/BA e encontrada no Banco de Dados da Capes, constatou que mais de 20% das mulheres com crianças menores de 5 anos relataram que tiveram menos de seis consultas pré-natais e que a incidência aos abortos relatados na população Kalunga foi de 8,32% das gestações totais. Com relação à realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, três (23,07%) nunca haviam realizado o exame e a maioria (53,84%, n=7) havia realizado o exame no ano de 2013. As demais realizaram o último exame em 2012 (15,38%, n=2) e 2010 (7,69%, n=10). Mediante essas questões, os dados da pesquisa nos apontam que a saúde reprodutiva das mulheres quilombolas está aquém do esperado, demonstrando a ausência do Estado diante da realidade e necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres quilombolas.

No que diz respeito as publicações do ano 2018 encontradas no Banco de Dados da Capes, o trabalho de Souza (2018), intitulado *A saúde das mulheres descendentes de quilombolas: uma revisão de literatura*, se propõe

a realizar uma revisão de literatura do período de 2007 a 2017 com foco na saúde produtiva. A referida pesquisa nos dá subsídios para afirmarmos que há uma carência de literaturas que discutam a temática proposta e que grande parte dos problemas vivenciados pelas mulheres nos quilombos são decorrentes da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, revelando a necessidade de investimento em pesquisas e na assistência à saúde dessas mulheres que sofrem com a vulnerabilidade social.

Pertinente também foi constatar que a localização dos estudos no período de 2015 a 2021 teve uma maior concentração na região Nordeste, principalmente na Bahia, o que nos permite afirmar a relevância desse estudo no campo da saúde, doença e cuidado de mulheres quilombolas, tendo em vista que pode ser compreendido como uma temática que, até então, foi pouco abordada e pesquisada.

Os estudos de Luciano (2019), encontrado no Banco de Dados da Ufes, chama nossa atenção, considerando que foi uma dissertação de mestrado realizada no nosso estado do Espírito Santo. A referida autora revelou, nos resultados de sua pesquisa, a prevalência de 59% das violências psicológica ocorridas no quilombo contra as mulheres entrevistadas, 41% violência física e 14,1% violência sexual pelo atual parceiro. Esses dados alarmantes provocam a necessidade de políticas públicas com intervenções em diversos setores dos serviços públicos, que precisam ser direcionados às mulheres e aos homens quilombolas, uma vez que os comportamentos de ambos precisam ser repensados, problematizados e modificados com o intuito de modificar tal realidade.

Destacamos também a relevância da pesquisa de Dias (2020), realizada na Ufes, com o título *Infeções Sexualmente Transmissíveis, Alterações Citológicas de Colo de Útero e Fatores Associados em Mulheres Quilombolas*, a qual apontou, em seus resultados, a incidência de pelo menos uma infecção sexualmente transmissível (IST) em 18,5% do público-alvo da pesquisa, sendo a maior prevalência de 11,1% para HPV, seguida de 6,3% por TV e 4,3% por CT. Para o HIV, foi de 0,3%, e sífilis, 4,3%. A infecção por uma ou mais IST foi significativamente associada a idade entre 25 e 44 e ao consumo de álcool, concluindo que mulheres quilombolas apresentaram elevada prevalência por uma ou mais IST e baixa prevalência de alterações citológicas do colo do útero. Precisamos, portanto, refletir o quanto os fatores sociocomportamentais e clínicos afetam a saúde e

o cuidado das mulheres quilombolas, independentemente das doenças associadas à IST.

RESULTADOS ENCONTRADOS

O intuito deste estudo foi revisar as literaturas existentes nos bancos de dados da Capes e Ufes, buscando refletir sobre as publicações que envolvem a temática “saúde das mulheres quilombolas”, tendo como população/amostra seis artigos em português, utilizados na referida revisão. Foram encontradas publicações no período de 2007 a 2017 e os principais resultados encontrados mostram que a maioria das pesquisas se constituem de publicações de 2015 a 2016, o que nos possibilita compreender o quanto a temática pesquisada, até então, era pouco abordada. Sendo assim, a partir da pesquisa bibliográfica realizada, entendemos que os estudos da saúde das mulheres moradoras dos quilombos ainda apresentam escassas publicações.

Destacamos os dados obtidos nas pesquisas realizadas na Ufes nos anos 2015 a 2021, que nos permitem problematizar que poucos são os estudos voltados para a saúde das mulheres quilombolas. Os resultados demonstraram uma carência de literaturas que discutam a temática proposta, constituindo-se, principalmente, de publicações recentes e que privilegiam assuntos voltados à saúde reprodutiva feminina.

Assim como Oliveira (2011), partimos do pressuposto que os quilombolas desejam respeito e diálogo sobre o que são e para onde querem chegar. Eles são possuidores únicos de uma cultura e sabedoria aberta ao diálogo e não à manipulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de literatura corrobora que a saúde da mulher quilombola, principalmente no contexto saúde-doença e cuidado no Brasil, tem sido pouco estudada e/ou investigada. Diante do exposto, fica evidente

a grande necessidade de políticas públicas direcionadas às comunidades remanescentes para potencializar as condições de vida dessas mulheres. Os resultados obtidos nos provocam a refletir que as comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais, com ancestralidade negra e autodefinidas pela relação cultural e territorial. Nessa perspectiva, torna-se necessário compreender e respeitar as singularidades dessa população e de suas diversidades étnicas e de gênero, buscando melhorar as questões sociais envolvendo saúde, doença e cuidado.

Essas mulheres quilombolas compartilham sentimentos, cultura, valores e costumes específicos, que foram construídos e preservados ao longo de várias gerações. O quilombo é a realidade na qual estão inseridas, onde há interação com os serviços de saúde e sua cultura popular na relação com a natureza. Portanto, a saúde e o cuidado dessas mulheres não podem ser analisadas isoladamente, é preciso considerar suas experiências ancestrais de vida.

Podemos entender que o processo saúde-doença é o conjunto de relações e variantes que produzem o estado de saúde e doença de uma população, entendendo as modificações e evoluções que ocorreram ao longo da história, incluindo a ciência. Segundo Gualda e Bergamasco (2004), trata-se de um conceito subjetivo, entendendo que o significado do processo saúde-doença pode variar levando em conta seu contexto histórico, características da sociedade à época em questão, assim como os interesses dos diversos grupos sociais. Mediante essas questões apontadas pelas referidas autoras, é necessária a compreensão das comunidades quilombolas a partir dos processos de lutas políticas, culturais e sociais, inseridas no contexto de um país que ainda precisa reconhecê-las como história viva e valiosa, construindo políticas e práticas de saúde que atendam às necessidades de saúde dessas comunidades, com base no atendimento integral e por meio de suas realidades culturais e práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

BOA SORTE, Elionara Teixeira, **Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Relatório de Gestão 2017**. Brasília, 2018.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.

DIAS, A, J. **Infecções sexualmente transmissíveis, alterações citológicas de colo de útero e fatores associados em mulheres quilombolas no Espírito Santo**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2020.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem e cultura e o processo Saúde Doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

LUCIANO, V. T. **Violência contra mulher quilombola em comunidades rurais no Espírito Santo**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

OLIVEIRA, Osvaldo Martins de. Comunidades quilombolas no Estado do Espírito Santo: Conflitos sociais, consciência étnica e patrimônio cultural. **RURIS**, v. 5, p. 141-171, 2011.

PEREIRA, C.O. J. **Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva**. 113 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

PRATES, Lisie Alende. **O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2015.

SOUZA, S. F. S. **Saúde das mulheres descendentes de quilombolas: uma revisão de literatura**. Realize Eventos e Editora, 2018. v. 1.

7

JOSIANY MARTINS FERREIRA FERNANDES
LUZIANE DE ASSIS RUELA SIQUEIRA
JANAINA DA SILVA COSTA
FABIANA TURINO
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**MULHERES EM
SITUAÇÃO DE RUA:
EXPRESSIONES DA
INVISIBILIDADE,
PRECARIEDADE E
VIOLÊNCIAS**

INTRODUÇÃO

*A fogueira queima...
Olho encantada as faíscas
E o céu sem estrelas*
Vera Lúcia de Oliveira¹

A rua tem sido o espaço de sobrevivência particular de muitos indivíduos no Brasil, seja de forma circunstancial ou permanente, o que demonstra, com clareza, um dos inúmeros aspectos perversos do sistema capitalista (CARVALHO; ROCHA, 2015). Considerar a rua como forma de moradia é um dos reflexos mais perversos da desigualdade social no Brasil e no mundo. A ausência de políticas públicas que garantam os direitos do cidadão em situação de rua, como o acesso à moradia, saúde, educação, assistência social, dentre outras, demonstra a negligência do poder público (CEOLIN; TERRA; CARMONA, 2020).

As pessoas que vivem em situação de rua vêm recebendo muitas denominações, comumente abrangendo caráter pejorativo e degradante, incluindo “mendigos”, “pedintes” e “vagabundos” (BOVE; FIGUEIREDO, 2015). Essas caracterizações, dentre outras, invisibilizam o reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direito, camuflando a crueldade do sistema que as empurrou para essa situação, além da ausência

-
1. Ex-moradora de rua, Vera Lúcia de Oliveira viveu 12 anos nas ruas da Baixada Santista, em São Paulo. Ela ficou em 2º lugar no 6º Concurso Nacional de Haikai Masuda Goga. O Haikai é uma poesia formada por três versos de 17 sílabas: 5 na primeira linha, 7 na segunda e 5 na última linha. Não pode ter rima, nem ser sentimental. Sua inspiração é nos elementos da natureza.

de políticas públicas e de proteção que o Estado tem como obrigação oferecer a todos os cidadãos.

Levando-se em consideração que a condição dessa população, muitas vezes, não é apenas uma situação de caráter pessoal e passageiro (BOVE; FIGUEIREDO, 2015), houve um esforço para identificar suas características, com o intuito de refletir sobre suas necessidades a fim de promover o debate sobre a criação de políticas públicas afirmativas.

Atualmente, o conceito utilizado para definir a População em Situação de Rua (PSR) é dado pelo Decreto Presidencial 7.053, de 23 de dezembro de 2009:

[...] um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p. 28).

O Brasil não conta com dados oficiais sobre a PSR. Estima-se a existência, em 2022, de 281.472 brasileiros em situação de rua (NATALINO, 2022). Apesar de a contagem oficial desse segmento ser prevista na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) desde dezembro de 2009, segundo Natalino (2022, p. 04), “tanto o Censo Demográfico de 2010 quanto o de 2022 (ora em andamento), seguiram o método tradicional de contagem, incluindo apenas a população domiciliada nos seus números”.

Com relação ao município de localização da PSR, em 2016, 101.854 indivíduos estavam em situação de rua no Brasil. Desse número, dois quintos (40,1%) habitavam municípios com mais de 900 mil habitantes, e mais de três quartos (77,02%) habitavam municípios de grande porte com a presença de mais de 100 mil habitantes. Além disso, projetava-se que, nos 3.919 municípios com a presença de até 10 mil habitantes, estivessem habitando 6.757 pessoas em situação de rua (6,63% do total). Em suma, a PSR se concentra imensamente em municípios maiores (NATALINO, 2016).

O número de pessoas que vivem em situação de rua vem se intensificando nos últimos anos. A PSR no Brasil aumentou 140% a partir de 2012,

computando quase 222 mil brasileiros em março de 2020 (NATALINO, 2020). Em um esforço recente para ampliar as fontes de informação sobre esse segmento populacional, nova estimativa realizada a partir do Censo Demográfico de 2022 afirma que esse grupo cresceu 38% entre 2019 e 2022, quando atingiu 281.472 pessoas. Destaca-se que, no período 2012 a 2022, o crescimento dessa população foi de 211%, muito superior ao aumento da população brasileira na última década, que foi de 11% entre 2011 e 2021, conforme dados do IBGE (NATALINO, 2022).

Em relação ao sexo, ressalta-se que, antes da pandemia de covid-19, cerca de 18% das pessoas em situação de rua eram mulheres e, durante o primeiro ano (2020) da pandemia, passaram a representar 35% dessa população (MARQUES *et al.*, 2021). Os índices apresentados podem justificar o fato de que a pandemia atingiu principalmente as atividades com maior participação da população feminina, negra e parda, por exemplo comércio, trabalho doméstico, serviços e construção civil. Ademais, o impacto também foi grande no setor informal, que é composto em grande parte por pessoas negras (OXFAM, 2020).

Nesse contexto, afirma-se que essa estimativa mais atual revela o impacto da pandemia de covid-19 nesse segmento populacional, que criou novos vulneráveis e acentuou problemas estruturais e situações históricas de exclusão social (NATALINO, 2022). Dentre os novos vulneráveis da pandemia, destaca-se o aumento das mulheres em situação de rua.

Segundo Escorel (2003), a vida das pessoas que estão nas ruas é a manifestação concreta do processo de desigualdade que assola uma parcela da população excluída de todos os direitos básicos e que faz, nas ruas (espaço público), atividades que faria em uma casa (espaço privado). A falta de moradia dá ênfase à necessidade de proposição da superação das situações sociais adversas. Dessa maneira, essa situação provoca, muitas vezes, uma maior vulnerabilidade emocional e psicológica, tendo repercussões diretamente na construção individual e social de cada pessoa em situação de rua. Não somente agravam o comportamento como, comumente, aniquilam sua capacidade de pensar e até mesmo de viver. Em suma, sua exposição torna-se alvo de injúrias e agressões de inúmeras maneiras, por vezes acentuadas quando atreladas às mulheres nessas condições (NUNES; SOUSA, 2020).

No caso da PSR, vulnerabilidades sociais se articulam às desigualdades de gênero e raça. Monteiro e Chagas (2021) refletem sobre a

vulnerabilidade das pessoas em situação de rua e sobre a mudança do perfil dessa população ocorrida a partir da pandemia. Com relação aos indicadores de gênero, em 2014, utilizando dados do Censo de 2010, o Ministério da Saúde evidenciou a predominância de homens em situação de rua (82%), sendo, com relação à variável raça/cor, 67% homens negros, cuja maioria trabalha em alguma atividade remunerada (70%) (BRASIL, 2014).

Por sua vez, as mulheres em situação de rua representam o total de 18%, sendo a maioria negras e pardas, de baixa escolaridade e faixa etária entre 30 e 50 anos (NUNES; SOUSA, 2020; PINTO, 2019). De acordo com dados do Ministério da Saúde, os principais motivos que levaram as pessoas à situação de rua foram: desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%) e alcoolismo/drogas (35,5%) (BRASIL, 2014).

Em uma análise do censo realizado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro em 2020, destaca-se que 31% das pessoas que vivem nas ruas estão lá há menos de um ano. Dessas, 64% estão nessa condição por perda de trabalho, moradia ou renda. Entre os entrevistados, 42,8% afirmaram que sairiam das ruas se tivessem um emprego (MONTEIRO; CHAGAS, 2021).

Embora em número menor, é preciso considerar que a questão de gênero, associada à vulnerabilidade extrema que acomete as pessoas em situação de rua, coloca as mulheres em situação de desproteção. Por conseguinte, este capítulo, derivado de duas dissertações de Mestrado da Universidade Federal do Espírito Santo, uma em Saúde Coletiva² e outra em Psicologia Institucional³, objetiva refletir sobre as mulheres em situação de rua, para quem as vulnerabilidades notadamente se acentuam, tecendo narrativas, a partir da interseccionalidade⁴ (COLLINS; BILGE,

-
2. FERNANDES, Josiany. **Narrativas de mulheres negras em situação de rua em tempos de pandemia por covid -19 no município de Vitória**. 2023. 165 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.
 3. COSTA, Janaina da Silva. **O avesso das mentiras: entre loucuras e potências, a escrita de nós**. 2023. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.
 4. Interseccionalidade, a partir de Collins e Bilge (2020), é utilizada como categoria

2020). Tal reflexão propõe ressaltar as singularidades expressas pela invisibilidade de sua existência, tensionar a insistência em sobreviver à precariedade e problematizar as políticas públicas para as mulheres em situação de rua, como resistência às diversas formas de violências.

O QUE NOS DIZEM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA?

Quando nos propomos a ouvir suas narrativas, deslocando as mulheres, notadamente as mulheres negras, do lugar de “objetos” de pesquisa, legitimando suas falas, assumimos que essas mulheres são protagonistas de suas histórias de vida. Todavia, é preciso abrir mão do nosso lugar de pesquisadora-especialista, transformando-nos em pesquisadoras abertas ao encontro, à experiência, a uma escuta sensível e instituinte.

Assim, buscando corporificar os dados descritos anteriormente, traçamos, no formato de escrevivências – caminho metodológico inspirado na literatura-vida de Conceição Evaristo (2007) – as vidas de mulheres em situação de rua. O que nos dizem essas mulheres, tidas como descartáveis à sociedade, taxadas de loucas, putas? De que modo essas narrativas nos interpelam, principalmente no que tange à formulação de políticas de saúde e de assistência?

O corpo-vida de Bete⁵

Naquela época eu comia pouco. As cuidadoras me perguntavam “você quer mais um pouco de arroz, feijão, verduras ou carne?” E eu dizia “não quero, querida. Obrigada. Assim já tá bom. Nem sei se vou conseguir comer isso tudo”. Naquela época eu comia muito pouco. Sentada na minha cadeira de rodas, eu olhava pra minha

analítica, trazendo aqui os diversos marcadores que incidem sobre os corpos das mulheres em situação de rua, como gênero, raça, classe, território etc.

5. Conto-escrevivência inserido na dissertação de Janaína Costa (2023), escrito a partir das memórias e registros do encontro com Bete (nome fictício), mulher negra, atendida em instituição de acolhimento para a população de rua.

mão torta; me entristecia. Cobria ela sempre com uma toalha, uma camisa, minha bolsinha, qualquer coisa que reduzisse minha visão à minha mão. Mas a cadeira, essa não dava pra cobrir. Via minhas pernas magras, meus pés quase esqueléticos, lembrava do quanto eu rodei nesse Brasil. Um dia eu contei para uma das psicólogas que eu tinha passado um tempão no Rio de Janeiro. Lá, eu trabalhava como faxineira em uma casa de família; era o emprego que tinha para uma mulher preta, solteira, com mais de trinta. Nem filhos eu tive. Nem terei. Lá no Rio eu conheci todo o tipo de gente. Tinha “amigas da vida”; elas me levavam para sair, me maquiava toda, e a gente ia curtir as noites na Lapa, no centro, em qualquer lugar. Depois, eu voltava para meu quartinho na casa de família que eu trabalhava. Contei até que vivia indo pra Belo Horizonte, onde eu tive família um dia. Ah, mas eu era muito livre para eles; eu bebia, eu fumava, eu vivia. E isso não era coisa de mulher de família. Como eles não me quiseram mais, fui buscar meu rumo. E encontrei muitos rumos, até que o acidente vascular cerebral me encontrou.

Eu queria mesmo era visitar a Aparecida do Norte. Lá, eu nunca fui. Sempre tive esse desejo, e até iria conseguir fazer minha viagem, se eu não estivesse nesta bendita cadeira, com essa mão torta. Assim, abrigada, aleijada, como eu vou? Pedi para a psicóloga ver se conseguia dar um jeito de eu ir. Ela disse que ia ver, mas como eu não fui, acho que ela não conseguiu dar esse jeito.

Depois desse AVC, impossível não ficar deprimida. Fiquei doente de afetos, além de estar doente do corpo e do cérebro. Nada me dava mais vontade. Nada além das minhas saídas semanais pra tomar minhas biritas. Eu bebia com vontade. Chegava no abrigo quase carregada, além de empurrada pela cadeira. Com minha mão torta, eu não podia empurrar minha cadeira nem quando tava sóbria... quem ligava por me empurrar bêbada? Não fazia diferença...

Como eu comecei a participar de algumas atividades que as psicólogas faziam (participava depois de muita insistência delas), a médica que me atendia no Centro de Referência de Atenção à Pessoa Idosa – CRAI – entendeu que o tal do quadro depressivo tinha diminuído. Mas eu não conseguia dormir bem. Eu não comia quase nada. Sentia enjoo o tempo todo. Então a médica decidiu mudar

minha medicação, passou para um remédio que me ajudasse a dormir melhor. E funcionou. Mas eu continuava comendo muito pouco.

Um dia, a psicóloga me convidou para ir a uma churrascaria. Ela disse que ia ser bom, passear, comer coisas diferentes, sair um pouco do abrigo. Eu recusei. Não queria ficar perto de gente, me olhando, olhando para minha mão, para minha cadeira. Não, eu não queria me sentir mais exposta.

Mesmo sem querer me sentir assim, mesmo sem querer olhar para minha mão torta, ou para minha cadeira e minhas pernas esqueléticas, mesmo comendo pouco, eu gostava de ficar no abrigo. Na verdade, eu dizia que queria morar sozinha não só pelo meu desejo de ser dona de mim de novo; eu tinha medo de ir pra outro lugar, pra um asilo. Isso eu jamais aceitaria. Ou eu ficaria no abrigo, ou eu iria para rua. Para um asilo, nunca. Um dia, uma sobrinha minha achou o telefone do abrigo e ligou, dizendo que não sabia onde eu estava e que estavam todos preocupados. Preocupados... eu já tava há oito anos acolhida e a preocupação veio agora? Tá, conversei um pouco com ela, mas foi só isso. Eu não ia voltar pra Minas Gerais. Eu não tinha nada restante lá. Meu lugar agora era aqui, no abrigo, com as técnicas que sempre me atenderam tão bem. Eu até pedi para elas me darem uma foto de cada uma delas, para eu guardar de lembrança. Elas ficaram felizes com meu pedido e disseram que iriam me dar. Mas não deram. Elas deviam estar preparando umas fotos legais para me dar, mas no abrigo é tudo sempre tão corrido, tudo tão imediatista que acho que elas não tiveram tempo. Mas elas conseguiram comprar meu perfume favorito. Como é gostoso o aroma dele... me lembra minha antiga vida. É memória olfativa que chama?

Sabe que elas até me ofereceram uma cadeira motorizada, para eu andar sozinha? Eu adorei a ideia! Só que ela era muito cara, não ia dar para comprar. Eu ia precisar guardar um tantão de dinheiro do meu benefício para conseguir comprar uma. Ficava pensando que seria bom, mas não me devolveria a autonomia e independência que eu tinha antes deste bendito AVC. Ele arruinou minha vida, minha possibilidade de mudanças, meus planos de vida. Sabe, eu queria alugar uma casa para morar sozinha. Sempre vivi sozinha, tomava conta da minha vida. Agora, nesta droga de cadeira, eu precisava de

alguém. Mas eu poderia levar uma pessoa do abrigo mesmo pra morar comigo. Nem pensava que a gente poderia beber até cair. Não me importava, eu já tinha tão pouco; queria pelo menos um lugar para dizer que era meu, uma vida para dizer que era minha de novo. Um lugar onde eu pudesse tomar banho a hora que eu quisesse, comer a hora que eu quisesse. Claro que eu não aceitei nunca que eu não conseguiria fazer isso tudo sozinha. Era um desgosto muito grande precisar dos outros para tudo. Eu quase não tinha coisas, pertences. Lá, eu só podia guardar o que coubesse no meu armário – cada um de nós tem um armário para guardar roupas, sapatos, itens de higiene pessoal. Mas eu queria mais; eu queria guardar minhas fotos, meus perfumes, minhas lembranças da minha vida passada, minha nova cadeira de rodas que me foi concedida depois de acompanhamento no Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES. Mas não dava; o espaço era pequeno; era um espaço para quarenta pessoas. Afinal, não era realmente minha casa. Eu queria tanto estar na minha casa...

Aí chegou a pandemia, o tal do coronavírus. Ninguém pôde mais sair. Eu não pude mais sair aos sábados, como eu gostava. Eu saía para ir em um salão, tomar minhas bebidas, me sentir um pouco livre disso tudo e, às vezes, até esquecer minha condição de vida. Mas eu não podia mais. Ninguém podia mais. Bom, pelo menos as psicólogas compravam algumas coisas para eu comer dentro do abrigo. Eu não pedia muita coisa, pois comia muito pouco. Mas o que eu pedia, geralmente frutas, elas compravam.

Vendo que eu parecia estar mais deprimida do que antes, mais magra, mais descuidada de mim, as psicólogas queriam marcar um salão de beleza para eu fazer as unhas, pintar os cabelos. Mas eu não queria, eu queria continuar no isolamento. Não queria ir num salão que não era o meu, quando eu fazia minhas saídas sozinha / acompanhada para me sentir livre; não era a mesma coisa. Então eu não ia. Um dia, eu fiquei tão nervosa que comecei a gritar dentro do abrigo, que eu tava de saco cheio desta pandemia, que eu queria sair, que eu não aguentava mais. Confinamento é horrível! Ainda mais quando você vive em um serviço de acolhimento que pode ser visto como uma espécie de confinamento, também. Eu não aguentava

mais. As psicólogas conversaram comigo, me lembraram do quanto eu gostava de me cuidar, mesmo com a minha mão torta e minhas pernas esqueléticas. Com essas lembranças de afeto, decidi ir ao salão que elas sugeriram. E foi bom! Voltei me sentindo bem com as minhas unhas. Mas, mesmo assim, alguma coisa de tristeza existia dentro de mim. Eu não sabia bem o que era. Acho que era uma grande salada agri-doce de tudo o que eu já tinha vivido, do que eu estava vivendo e do que eu ainda viveria. Então, da vez seguinte que elas agendaram, eu não fui. Fiquei brava porque a mulher do salão precisou atrasar, e eu já achei que ela não queria me atender. Então não fui. Depois que as psicólogas conversaram comigo, fiquei pensando que talvez eu devesse ter ido, e pedi para elas agendarem novamente, que desta vez eu iria.

Certo dia, as psicólogas e as assistentes sociais conversaram comigo sobre como andava minha mente, se eu tava deprimida. Elas perguntaram por que eu não tinha vontade de comer, se era o gosto da comida, se eu preferia comer outra coisa (ofereceram até comprar marmitex todo dia para mim), e porque eu não queria mais me cuidar indo ao salão, que era uma coisa que eu fazia toda semana. Falaram que eu mal saía da cama, não queria mais participar das atividades que elas preparavam e que estavam preocupadas comigo. Perguntaram também se eu queria que elas marcassem uma consulta com uma psiquiatra. Elas insistiram tanto que eu me irritei e disse logo “não, eu não quero mexer com isso. O que eu quero mesmo é morar na minha casa, cuidar da minha vida. Mas como eu não posso por causa dessa merda dessa cadeira de rodas, então a vida já acabou para mim, mesmo”. Saí da sala brava, porque elas não me entendiam! Mas também, como poderiam? Elas não tinham a mão torta, as pernas esqueléticas presas numa cadeira de rodas, a falta de fome. Elas não poderiam me entender, mesmo que tentassem.

Depois deste dia, fui me sentindo cada vez mais fraca. Tive diarreia por vários dias, mas disse que foi só por causa de uma maionese que eu comi. Não fiz alardes. E mesmo assim, mesmo escondendo minhas doenças debaixo da cobertura da cama que eu ocupava, as cuidadoras se preocuparam demais e conversaram com as psicólogas. Então, de novo, elas ofereceram os tratamentos. Só que, desta vez, mesmo sem

gostar, eu não tinha forças pra dizer “não”. Eu comia muito pouco.

Para ver como andava meu estômago, fizeram uma tal de endoscopia em mim. Esse exame me machucou demais, me fez voltar para o abrigo mais abatida do que eu estava. Se eu comia pouco, naqueles dias eu comia nada, bebia nada. Como a situação durou mais de dois dias, elas me levaram ao pronto atendimento. Lá eu fui atendida muito rapidamente e me mandaram de volta para o abrigo. Ainda pensando no que fazer, elas marcaram uma consulta com a minha geriatra lá do CRAI. Quando a médica me viu, brigou com todo mundo. Disse que não era para ter me levado pro pronto atendimento; que era para ter chamado ela. Mas eu tava vomitando um líquido preto, além da diarreia... como não me levar para o pronto atendimento nessas condições?

Na medida em que fui melhorando, pedi pra comprar um aparelho celular pra mim. Todo mundo tava com um, e eu queria também. Talvez eu conseguisse encontrar algumas antigas amigas do meu tempo de vida feliz. Mas de que adiantaria, se eu não poderia curtir a vida com elas, como elas? Mesmo assim, comprei. Foi uma distração por um tempo, até que eu fiquei mais doente ainda.

Eu tava comendo muito pouco, mas agora também tava com dores nas costas. As psicólogas sugeriram comprar um tal de colchão ortopédico, para me ajudar. Mais uma vez, não deu tempo.

Pela manhã do dia seguinte, eu passei muito mal e chamaram uma ambulância. O SAMU fez os primeiros socorros, mas me encaminhou para o pronto atendimento, porque a coisa era séria. Me prescreveram uma série de procedimentos, exames e tudo mais. Porém, às onze horas da manhã, eu morri. Minha hipótese diagnóstica, de acordo com a minha médica, era uma neoplasia maligna no estômago. Morri com a minha mão torta, minhas pernas, braços, tronco e costas esqueléticas; morri com a equipe tentando me salvar sem poder; morri porque comia muito pouco.

Para muitas trabalhadoras e trabalhadores das instituições pelas quais Bete passou, ela foi mais uma. Mais uma pessoa em situação de rua atendida pelo abrigo; mais uma mulher que “tentamos ajudar”; mais uma mulher negra, alcoolista, sem família. Entretanto, se fizermos uso de um olhar sensível e interseccionalizado, Bete pode nos ensinar a enxergá-la

melhor e refletir sobre suas necessidades, que vão muito além da imagem distorcida sobre sua identidade subalternizada, sua loucura, oculta pelos preconceitos, estereótipos e atravessamentos de gênero. Bete nos explica, atravessada ao/com seu corpo-vida, a complexidade das pessoas e das experiências humanas a partir da interseccionalidade, considerando os contornos de raça, etnia, gênero, nacionalidade, capacidade física e psíquica que influenciaram suas relações sociais, suas experiências individuais, que também são coletivas, e sua vida cotidiana, como sugere Collins (2019).

Bete, em sua vida infame⁶, demonstra que um corpo em situação de rua, de acolhimento, de vulnerabilidade, demanda muito mais do que comida, banho e um lugar para dormir, porque viver é mais do que sobreviver (SAWAIA, 2009). Pois,

[...] por trás da desigualdade social há sofrimento, medo, humilhação, mas há também o extraordinário milagre humano da vontade de ser feliz e de recomeçar onde qualquer esperança parece morta. A Psicologia tem o dever de resguardar essa dimensão humana nas análises e intervenções sociais, desmentindo as clássicas imagens dos desvalidos contentando-se em se conservarem vivos (SAWAIA, 2009, p. 364).

Bete e tantas outras mulheres ouvidas e *escrevividas* na pesquisa demonstram a importância de materializar os dados e as estatísticas – conferindo carne, corpo, vida – para que nos aproxime de suas experiências, proporcionando o diálogo com políticas públicas de saúde e assistência desde suas demandas, não de uma sobrevivida ou de uma vida nua reduzida à mera sobrevivência, mas de uma vida digna, inteira, plena de potência.

Quando nos abrimos às narrativas e à corporeidade das mulheres negras em situação de rua, percebemos que é necessário cultivar o encontro e a experiência de uma escuta atenta e sensível, que busque romper com as histórias únicas (ADICHIE, 2019) sobre essas mulheres. Uma história que as reduz a um corpo vulnerável, ahistórico, violentado cotidianamente,

6. Para Foucault (2006), infame é aquele/a que é invisibilizado na sociedade, a não ser quando confronta o poder. Um sujeito infame não tem história, marca, existência.

um corpo louco, que não pode falar de si. Por isso é fundamental despir nosso olhar dessa investidura conferida pelas instituições (universidade, família, dinheiro, trabalho, machismo, capitalismo etc.) para promover encontros genuínos que potencializam novos modos de vida.

A INVISIBILIDADE DA EXISTÊNCIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

A desigualdade social existente no Brasil decorre de fragmentações da sociedade brasileira. O país vivencia uma situação de contradições, pois, ao mesmo tempo em que está entre as dez maiores economias do mundo, ocupa o oitavo lugar no ranking de desigualdade social, sendo um dos países mais desiguais do mundo. Ademais, na América do Sul, o Brasil é o quarto país que apresenta maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ficando atrás de Chile, Argentina e Uruguai (ONU, 2019). Nesse contexto, percebe-se que projeto neoliberal em curso no país não reconhece a importância do respeito aos direitos fundamentais, tornando mais difícil a vida das pessoas que estão nas ruas, dentre elas, as mulheres e crianças.

Ressalta-se que estar em situação de rua no Brasil é fazer parte de um grupo classificado como excedente do capital, decorrente de uma herança histórica escravocrata e colonizadora, na qual a lógica neoliberal não assegura acesso equitativo às oportunidades (SANTOS, 2020). Essas barreiras, que impedem esse acesso igualitário e equitativo aos bens sociais, são responsáveis por acentuar estigmas, preconceitos, que geram exclusão social, impactando de forma negativa as camadas mais vulneráveis da população, em especial, as mulheres (BARBOSA, HERNANDES; ANDRADE, 2020).

As crises econômicas sempre tiveram uma significativa conotação de gênero. Essas crises, como a recente crise sanitária de covid-19, surgem de processos econômicos historicamente desiguais com relação ao gênero. Na pandemia, a política de corte do orçamento, fundada na redução dos gastos públicos feita pelo Estado, ampliou fortemente as desigualdades

de gênero e destituiu direitos, atuando de forma seletiva e sexista e tendo impacto diferenciado na vida das mulheres (ANDRADE; BARBOSA; SIQUEIRA, 2022).

[...] a austeridade do Estado aumenta a injustiça no uso dos recursos, a concentração da renda nacional e prejudica o crescimento e a geração de empregos. Nesse contexto, é importante ressaltar que a austeridade é responsável pela interrupção de políticas sociais e reversão de direitos conquistados, com efeitos perversos em diversas áreas como seguridade social, saúde, educação, meio ambiente, cultura, segurança, moradia, agricultura familiar, reforma agrária e direitos humanos, ampliando as desigualdades para a população mais vulnerável, ou seja, os impactos negativos dessa política não são sentidos da mesma forma por todas as pessoas (ANDRADE; BARBOSA; SIQUEIRA, 2022, p. 259).

Destaca-se que as mulheres são as mais prejudicadas pelos cortes, dada a desigualdade no acesso ao trabalho e à divisão sexual do trabalho doméstico que as sobrecarrega (ANDRADE; BARBOSA; SIQUEIRA, 2022, p. 260). A presença de alguns fatores de ordem estrutural evidencia ainda mais a reprodução das desigualdades impostas à população feminina, como a falta de local de residência e de emprego e renda, além de mudanças de caráter econômico e institucional de grande impacto social. Soma-se, a isso, características biográficas atreladas à trajetória individual de cada uma, tais como a ausência de vínculos familiares, transtornos mentais, dependência química, perda da família, furto de todos os bens, migração nacional ou internacional, dentre outros que agravam as vulnerabilidades (COSTA, 2005).

Importante ressaltar que os motivos que levam pessoas a estarem em situação de rua são variados. A precarização das condições de vida é somente uma das razões, “porém, reduzir a compreensão do fenômeno a questões econômicas limita sua compreensão e reduz a complexidade que o conota” (SICARI; ZANELLA, 2018, p. 663). Dentre a população feminina que vive em situação de rua, percebe-se, como algumas das principais razões que desencadeiam a fuga das mulheres para as ruas, o aumento do índice da violência doméstica, além da fragilidade dos vínculos afetivos familiares (VILLA *et al.*, 2017). Além da violência intrafamiliar, destacam-se ainda o

desemprego, o rompimento de vínculos e os conflitos familiares (incluindo separação conjugal e perda do poder sobre seus/as filhos/as), o abuso de álcool e outras substâncias ilícitas, o desemprego e o prazer da liberdade que é vivenciado na rua, apontando para questões multifatoriais (MARQUES *et al.*, 2021; SILVA; MACIEL; SOUZA, 2021; SICARI; ZANELLA, 2018).

Apesar da representação numérica da parcela feminina em situação de rua ser menor em relação aos homens, a vulnerabilidade feminina é maior, em decorrência de questões estruturais ligadas ao patriarcado, ocasionando maior risco de violência física e sexual, além da maior incidência de problemas de saúde e sociais (NUNES; SOUSA, 2020). As mulheres em situação de rua vivenciam inúmeras violações de seus direitos ao considerarem a rua como espaço de moradia e/ou sustento, em decorrência do machismo extremamente presente na sociedade brasileira (PINTO, 2019).

A mulher moradora de rua é minoria, se comparada à população masculina. Pode-se explicar porque, historicamente e culturalmente, a mulher sempre desempenhou o papel de reprodutora e responsável pelos cuidados com a prole, ou seja, sempre ou quase sempre, limitada a um espaço físico e social da casa, onde procria e por isso deve viver. Submissa no ambiente doméstico tem tratamento desigual nas relações de trabalho, o que parece se repetir também na rua que é um espaço público (TIENE, 2004, p. 19).

Pode-se perceber uma mudança de perfil da população em situação de rua (PSR) a partir de 2014, que se acentuou com a pandemia de covid-19, uma vez que muitas pessoas perderam o emprego e não tiveram como pagar o aluguel. Além da crise sanitária, a pandemia escancarou a crise social e política subjacente à lógica neoliberal, aprofundando as situações de desigualdades e violações de direitos (SANTOS, 2020). Na perspectiva interseccional, tomando a pandemia como analisadora de processos históricos, evidenciam-se

[...] as desigualdades gritantes de gênero, raça e classe, além do modo como as estruturas políticas e econômicas afetam e matam populações que vivem em condições precárias. A perspectiva da interseccionalidade nos auxilia a pensar como se entrecruzam e potencializam esses eixos de opressão e subordinação. Nesse sentido, localizamos as mulheres entre o grupo mais afetado pelas

consequências da pandemia, sobretudo as mulheres negras, em virtude de ocuparem majoritariamente a base da pirâmide, uma vez que são a maioria entre os trabalhadores informais, recebem os menores salários, vivem em condições precárias de moradia, alimentação e saneamento básico e sofrem com a violência doméstica, que tem crescido neste período de isolamento domiciliar (SILVA *et al.*, 2021, p. 23).

Calais e Esteves (2022), ao escreverem o artigo “Violência e sobrecarga: como vivem as mulheres em situação de rua da capital paulista”, concluíram que não tem como andar pelas ruas da capital de São Paulo e não perceber que o perfil da PSR mudou. De acordo com os autores, em 2019, havia 20% das pessoas em situação de rua sem família. Em 2021, esse percentual subiu para 28,6%. No que diz respeito às mulheres, nesse período, houve aumento de 14,8% para 16,6%. Isso desencadeou novas demandas no atendimento e o crescimento das vulnerabilidades femininas já existentes, pois, independente do percentual, é preciso ter um atendimento diferenciado para elas, principalmente se estiverem acompanhadas dos filhos. Essas mulheres não têm como sair para procurar trabalho sem ter onde deixar as crianças, reduzindo sua possibilidade de sair da rua, e os danos à saúde são piores, fruto da violência, principalmente sexual, havendo “sintomas ginecológicos aumentados, uso abusivo de álcool e outras drogas e aumento significativo dos casos de depressão” (WENZEL; LEAKE; GELBERG, 2000).

Considerando o atual panorama social do país, tem-se urgência na necessidade de maior cuidado em relação à efetivação dos direitos da pessoa em situação de rua, notadamente da mulher nesse contexto, levando em consideração que as violações dos direitos dessa população são constantes e incidem em diversos aspectos. Com relação a essas violações, ressalta-se que, quando não ocorre pela omissão do Estado em sua tarefa de prover o essencial no que diz respeito à saúde, ao emprego e à moradia, entre outros, elas acontecem pelas inúmeras violências causadas pela própria sociedade (CEOLIN; TERRA; CARMONA, 2020).

A ausência de conhecimento, principalmente das especificidades e das necessidades que essa população apresenta, é capaz de representar uma das problemáticas que dificultam a implantação efetiva de políticas públicas específicas. Considerando-se que, se a PSR é “invisível” para as

próprias políticas demográficas e de acolhimento, por outra perspectiva, ela é excessivamente visível para as forças de ordem pública (RESENDE; MENDONÇA, 2019).

Diante do exposto, vítimas da invisibilidade social e com várias determinações sociais vinculadas às suas trajetórias de vida, as pessoas em situação de rua, em especial do gênero feminino, principalmente as mulheres negras, trazem a marca de uma sociedade marginalizada, dos estigmas, da discriminação e até mesmo do preconceito que são manifestadas em um estado de injustiças e violências (SILVA, 2013).

A INSISTÊNCIA DAS MULHERES EM SOBREVIVER À PRECARIEDADE DA SITUAÇÃO DE RUA

Estar em situação de rua expressa tanto a carência de moradia quanto descreve um grupo social. Além de desigualdades de gênero atribuídas às mulheres, as que se encontram em situação de rua, de acordo com Poker e Lima (2022, p. 47), “muitas vezes, carregam outros enunciados políticos e marcas da discriminação como a raça, a sexualidade e a classe social”. Destaca-se a relevância da interseccionalidade como um referencial teórico para pensar sobre as mulheres em situação de rua e a articulação com a maior exposição às situações de violência, opressões e vulnerabilidades que as acometem, junto a outras mazelas estruturais, como o patriarcado, o racismo e a miséria (NUNES; SOUSA, 2020; POKER; LIMA, 2022).

As categorias interseccionais relacionadas ao racismo, sexismo e discriminações de classe são compreendidas como marcadores da diferença e potencializadoras da violência motivada pela questão de gênero, por conseguinte das precariedades vividas. Essas intersecções “são, juntamente com o estigma por sua condição de estarem nas ruas, fatores que impactam a identidade, as experiências e uma possível tomada de autonomia por essas mulheres” (NUNES; SOUSA, 2020, p. 105).

Considerando a vulnerabilidade extrema que acomete a população em situação de rua (PSR), voltamos nossa reflexão para as mulheres em

situação de rua, cujas vulnerabilidades notadamente se acentuam. Embora em número bem menor do que a população masculina, essas mulheres são, em sua maioria, negras, fazem uso de álcool, seguido de outras drogas, inclusive crack. Muitas tiveram a perda do poder familiar, sendo seus filhos colocados sob a proteção da justiça e, por vezes, acolhidos em suas famílias de origem. A formação educacional é precária e não ultrapassam o ensino fundamental; e, em geral, não possuem documentos de identificação. É observável um itinerário institucional por abrigos públicos e comunidades terapêuticas, o que é motivado por conflito familiar e uso de drogas, cujos argumentos são referidos por estarem em situação de rua (NUNES; SOUSA, 2020).

Refletir sobre as condições sociais e de saúde que acometem as mulheres em situação de rua e que foram agravadas em decorrência da pandemia de covid-19 requer compreender quem são essas mulheres pobres e majoritariamente negras. Há, segundo Nunes e Sousa (2020, p. 105), “uma barbárie ampliada na condição de mulher negra em situação de rua. Sobre elas o preconceito é ainda maior. Estão expostas e vulneráveis a múltiplas formas de violência”.

Historicamente, as mulheres negras ocuparam as cozinhas e serviram para a execução do trabalho doméstico remunerado, tendo menor presença em empregos com carteira assinada. Ocupam, assim, o último degrau da escala das desigualdades, com as menores condições de renda. A desigualdade de gênero provoca sobre as mulheres impactos psicológicos e emocionais relacionados ao estresse desses trabalhos (SILVA, 2013). No caso das mulheres negras, de acordo com Passos (2020, p. 118), “a intersecção entre gênero, raça e classe vai levá-las a permanecer na execução do trabalho doméstico e de cuidados, não só como uma relação de extensão da esfera reprodutiva, mas estabelecida e demarcada pela colonialidade”. Destaca-se que a sororidade defendida no interior do movimento feminista é questionada por Piedade (2017), a qual afirma que a dororidade é a dor que atravessa o existir da mulher negra, sendo um traço marcante no cuidado colonial.

A questão de gênero, raça, classe e espacialidade busca a marca da diferença, ou a afirmação do reconhecimento da diferença (NUNES; SOUSA, 2020). Nesse contexto, refletir sobre as diferentes precariedades é pensar o corpo negro e na realidade na qual a população negra está inserida na

atualidade, fazendo-se necessário entender o processo histórico da formação social brasileira. Logo, remete-se ao período de vigência do regime escravista no Brasil, quando se encontrava em evidência a estratificação social, e, mais ainda, a como o sistema capitalista passava a se desenvolver de maneira concomitante ao colapso da escravidão e se apropriava do sistema de raças visando estruturar as relações sociais produtivas de cunho capitalista. Dessa forma, os(as) negros(as) encontram-se localizados(as) na base da pirâmide social, abaixo da linha de pobreza (SILVA, 2019).

O ato de viver e principalmente de dormir nas ruas é considerado como um grande e perturbador desafio para as mulheres, e não é apenas o frio das noites que as assombra, mas a constante violência que as cercam. Morar na rua e ser mulher, de acordo com Rios *et al.* (2021, p. 3078), “amplia estigmas que são socialmente compartilhados: é a transversalidade de gênero reforçando outras exclusões”. Assim, as mulheres em situação de rua estão mais expostas à violência em relação aos homens, ainda que a realidade vivida pelas mulheres que estão nas ruas não seja diferente de muitas que estão em uma casa, pois a violência ainda é muito presente na sociedade.

Importante lembrar que, dentre as justificativas para estar nas ruas, se encontra a violência doméstica. Todavia, nas ruas também existe a continuidade dessa violência, que insiste em submeter as mulheres a modelos ditados pelo patriarcado e capitalismo, perpetuando o controle e a punição que experimentaram em casa (BIROLI, 2018). No Brasil, as informações sobre a violência doméstica sofrida por mulheres são subnotificadas, pois elas não acreditam que as forças de segurança irão protegê-las. A dependência emocional e a insegurança infligida muitas vezes por seus agressores, leva a um ciclo de violência que não se encerra quando elas vão para a rua. Como consequência, na rua, o envolvimento amoroso reproduz o ciclo de abusos vivido quando estavam em suas casas. “As mulheres mantêm a submissão sexual em troca de proteção e pagam muito caro por isso” (TIENE, 2004, p. 156).

Nesse contexto de sobrevivência, faz-se necessário ressaltar que, apesar da ida das mulheres para o espaço público das ruas ser causada principalmente pela violência doméstica, a rua também se configura como um espaço masculino, dando continuidade ao modelo patriarcal, no qual “essas mulheres também enfrentam a violência do tráfico,

da repressão policial e estatal, da disputa por território e a violência de gênero, além das dificuldades em obter privacidade” (SICARI; ZANELLA, 2018, p. 666).

[...] estar em situação de rua gera sofrimento, pois vivenciam desde dificuldades de sobrevivência física (fome e frio) quanto relacionais: na maioria das vezes, sofrem preconceito, estigmatização, desrespeito e violência policial (SICARI; ZANELLA, 2018, p. 668).

A rua se mostra quase sempre como um ambiente de âmbito violador para as mulheres, pois as formas de parcerias e estabelecimento de relações, diversas vezes, são entrelaçadas pela prostituição e violência contra os seus próprios corpos. Por não encontrarem acesso ao mercado de trabalho formal, muitas das mulheres, e até meninas que vivem nas ruas, procuram na sexualidade a maneira de obterem o seu sustento, da família e dos filhos, como demonstra Dias *et al.* (2015, p. 219): “Uma vez nas ruas, a prostituição também se apresenta como oportunidade de trabalho, quase sempre única”.

Além disso, segundo Poker e Lima (2022), com a pandemia e o fechamento dos locais onde atuavam as trabalhadoras sexuais, muitas mulheres acabaram por ficar em situação de rua, aumentando a concorrência para a realização de programas no espaço público e promovendo aumento da miséria.

Tal contexto, de desabrigamento do local que anteriormente era de trabalho, obrigou as trabalhadoras sexuais a se exporem ao vírus e à todas as outras formas de violência e discriminação [...]. Dentro do cenário das trabalhadoras sexuais que passaram a estar em situação de rua, há outros dois marcadores interseccionais como o de idade – para as trabalhadoras idosas; e, o de mulheres trans que devida à concorrência de oferta passaram a concorrer com outras mulheres recém-chegadas a este contexto, promovendo a alta da miséria [...]. Neste ponto, destaca-se que o trabalho sexual é também um produto do patriarcado, sendo a atual crise sanitária e o desemprego decorrente o estopim para colocar estas mulheres em uma dupla opressão (POKER; LIMA, 2022, p. 49).

De acordo com Hooks (2014), ser mulher é um dos fatores de discriminação, e ser uma mulher negra agrava a situação, potencializando as violências de gênero quando essa mulher é “empurrada” pelas opressões e vai parar nas ruas. À luz dessa ideia, segundo Nunes e Souza (2020), essas mulheres negras têm ocupado o último degrau na escala das desigualdades, devido a menores condições de renda, ocasionando danos psicológicos e emocionais atrelados ao estresse da sobrevivência. A partir desse entendimento, com relação às mulheres em situação de rua, pode-se afirmar que, “devido a um processo social que pressiona os grupos mais vulneráveis a viver esta condição, ocorre um emparelhamento das heranças escravistas e coloniais, intensificada pelos tempos de pandemia” (POKER; LIMA, 2022, p. 48).

Assim, para pensar sobre essas mulheres é preciso analisar o fenômeno produzido por processos econômicos e políticos frutos da injustiça social, da globalização, que foram intensificados pela exclusão social durante a pandemia, culminando na situação de rua. Dentre as áreas de maior vulnerabilidade para as mulheres negras, destaca-se o mundo do trabalho. Nesse contexto, o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) destaca que, entre 2014 e 2019, a taxa de informalidade foi de 45% para as mulheres negras e de 32% para as mulheres brancas. Ou seja, a pandemia manteve as mulheres negras em uma situação bem precária (INESC, 2020).

As mulheres que, antes da pandemia de covid-19, ocupavam vagas em subempregos passam a estar em situação de rua, sem uma profissão formal. Essa vulnerabilidade econômica não deixa alternativas para essas mulheres, se não a sua inserção no trabalho informal e/ou ilegal. Para garantir a sua sobrevivência, exercem atividades como: vender balas e doces, recolher materiais recicláveis, vigiar carros e atuar como flanelinhas nos sinais, além de praticar a mendicância e prostituição como fonte de recursos (SICARI; ZANELLA, 2018; POKER; LIMA, 2022).

Nesse contexto, faz-se necessário enfatizar outro ponto relacionado às especificidades das mulheres em situação de rua, citado por Poker e Lima (2022, p. 48), que “é a perda do poder familiar e da tutela de seus(as) filhos(as), passando o Estado a ser o principal responsável por eles”. Essas mulheres são identificadas como vítimas da violência estrutural reproduzida pelo Estado penal e pelo seu braço armado, e a retirada compulsória dos filhos faria parte de uma estratégia inserida numa lógica manicomial.

A manicomialização das relações sociais ultrapassou os muros institucionais, fazendo parte do cotidiano. Expressa-se através da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela “cura gay”, pela higienização urbana, dentre outros fenômenos. A retirada compulsória dos bebês de mulheres negras, pobres e usuárias de drogas faz parte desse processo (PASSOS, 2020, p. 125).

Para Passos (2020, p. 122), “as mulheres negras não têm apenas a perda dos filhos: recebem em troca a impunidade e o trauma como resposta permanente”. A complexidade dessa temática nos convoca a refletir sobre a proteção estatal de indivíduos vulneráveis, em que o “Estado, que alega proteger, acaba promovendo violações que reafirmam a punição e o extermínio dos corpos e comportamentos negros” (PASSOS, 2020, p. 117).

A naturalização desse modelo que hierarquiza os indivíduos a partir da categorização racial atravessa de forma perversa a vida das mulheres negras. Podemos observar que desde o regime escravista ocorre o sequestro das crianças de mulheres negras, os estupros, a prostituição, a reprodução involuntária para manutenção da força de trabalho escravizada, a maternagem imposta (criação das crianças brancas); tudo isso marca a composição da formação social brasileira e, ainda hoje, se faz presente nas relações sociais.

Em relação ao extermínio da população negra, em especial das mulheres, podemos destacar que há uma naturalização da violência institucional sobre os corpos negros que compõe o modelo manicomial (PASSOS, 2020, p. 119).

Quando se trata das mulheres trans que vivem nas ruas, a situação se agrava ainda mais. Segundo o Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - CEDEC (2021), essa população cresceu no último censo, passando de 2,7% em 2019 para 3,1% em 2021. Além disso, dados da Organização Transgender Europe (2010) confirmam que o Brasil é – pelo 13º ano consecutivo – o país mais perigoso para uma pessoa transexual viver. De acordo com esse levantamento, a cada 10 vítimas de transfobia no mundo, quatro são brasileiras. Como agravante, as mulheres trans em situação de rua têm receio de procurar os centros de abrigamento, porque são enviadas para os abrigos masculinos, ficando expostas a toda forma de

violência (CEDEC, 2021). Vale destacar que grande parte das mulheres trans vão para as ruas por sofrerem intolerância de gênero em suas casas e, sem estudo, ficam sujeitas a inúmeras violências:

Fui expulsa de casa aos 14 anos. Na rua, tive que interromper meus estudos e garantir uma forma de me sustentar. A alternativa que encontrei foi a prostituição, que embora seja um trabalho digno, oferece muitos riscos – inclusive o de não terminar a noite com vida. Inúmeras vezes já vi o olhar do cliente mudar, do desejo para o ódio, em segundos. Se eu precisasse, ninguém estaria ali para me socorrer. Nesse tempo, tentei trabalhar em outras áreas, mas sem ter terminado os estudos, consegui apenas subempregos, os quais não me remuneravam o suficiente para pagar as contas e por isso permaneci muito pouco (CEDEC, 2021 p. 11).

Além da falta de renda, destacam-se outros fatores que podem levar as mulheres a residirem nas ruas: ausência de vínculos familiares, perda de algum ente querido, violência, perda da autoestima, alcoolismo, uso de drogas, além dos próprios quadros de doença mental (CEOLIN; TERRA; CARMONA, 2020). Nesse sentido, Fraga (2011) ressalta sobre os múltiplos fatores que estão interligados entre si:

Um pode ser causa ou consequência do outro. Exemplificando, pode-se dizer que em alguns casos o rompimento ou fragilização dos vínculos familiares podem estar vinculados ao desemprego e/ou ao alcoolismo e uso de drogas, ou vice e versa. Estes fatores de forma isolada ou inter-relacionados podem conduzir o indivíduo à situação de rua (FRAGA, 2011, p. 29).

Os estigmas sofridos por essa população causam estresse, problemas psicossociais, preconceitos e discriminação, atualizando as relações de exploração e dominação. Uma pessoa que passa na rua quando abordada se retrai e não aceita interagir. Já existe uma imagem formada que causa medo e descrédito sobre as mulheres em situação de rua (PARKER, 2015). Para a população geral, as vidas dessas mulheres valem menos, pois sua situação não causa comoção em quem passa nas ruas. Nesse universo de pessoas consideradas menos humanas, as mulheres vivenciam opressões e humilhações tão ou mais violentas que aquelas vividas pelos homens.

Corroborando com essa visão, Escorel (2003) afirma que essa banalização da miséria tem sido incorporada ao ambiente das cidades mesmo que a situação da população em situação de rua (PSR) seja degradante. São poucos que se importam mesmo quando:

Os que vivem nas ruas mostram “em carne viva” as consequências objetivas e cotidianas dos modelos de desenvolvimento concentradores e injustos adotados nas últimas décadas que reduziram o campo de possibilidades nas quais podem se movimentar e usufruir das riquezas produzidas e dos conhecimentos alcançados (ESCOREL, 2003, p.139).

Por outro lado, considerando a longa história de violências vivenciadas pelas mulheres em seus lares, a rua, muitas vezes, se constitui, para elas, como uma possibilidade de experimentar a liberdade. É em casa que muitas mulheres experimentam as mais diversas formas de violência, mas principalmente a que as impede de fazer as próprias escolhas, de serem protagonistas de suas vidas. Desse modo, essas mulheres se veem aprisionadas em sentimentos como medo, insegurança e dependência emocional. Nesse contexto, a rua, as drogas e a prostituição, por mais cruel que seja a sua realidade, podem ser “uma forma de operar uma certa “redução de danos” em si” (RIOS *et al.*, 2021 p. 3080).

Sobre a experiência de ser mulher e negra em uma sociedade machista, sexista e racista, algumas pesquisadoras destacam que as mulheres que estão nas ruas se organizam em grupos para se proteger (TIENE, 2004; ROSA, 2012), destacando também a dimensão da potência que permeia o processo de estar em situação de rua. Nesse cenário em que viver nas ruas remete quase sempre a situações de miséria, violência e perdas, faz-se necessário enfatizar “os aprendizados na rua, um local de elaboração de estratégias de enfrentamento e superação de dificuldades” (SICARI; ZANELLA, 2018, p. 668).

A partir desse entendimento, salienta-se a heterogeneidade como uma característica principal das mulheres em situação de rua e a multiplicidade de modos de viver nas ruas, com diferentes configurações para cada pessoa que nela vive.

Para alguns, a rua é um lugar de passagem, em que o medo e a dúvida acompanha todo o processo; para outros, é sinônimo de um lugar acolhedor, que abriga e aconchega quem se encontra sem ter para onde ir e quem decide ficar. [...] Viver em situação de rua pode se configurar como um modo de desenvolver a arte de viver, mesmo em condições extremas de vulnerabilidade e precariedade social (SICARI; ZANELLA, 2018, p. 668).

Para a compreensão dos modos de vida dessas diferentes pessoas, destaca-se que a heterogeneidade é premissa fundamental, “identificando movimentos de resistência e fortalecimento dos modos de viver nas ruas, com a construção de redes sociais e o envolvimento com ações de cultura, arte, religião e movimentos sociais” (SICARI; ZANELLA, 2018, p. 669).

Esse contexto coloca em evidência que, mesmo com as condições precárias e desfavoráveis, atravessadas pelos processos de ruptura de vínculos sociais, distanciamento do mercado de trabalho e violações de direitos, essas pessoas estão ativas no processo de construção de outros modos de viver, estando abertas a novas vinculações sociais e a processos de criação, fomentando a resistência frente ao controle de suas vidas (SICARI; ZANELLA, 2018). Para Sicari e Zanella (2018), essa perspectiva precisa ser superada e a concepção de rua deve ser ampliada como espaço de transformação, com potência para a construção de vínculos afetivos, novos rearranjos e experiências na cidade e demonstração de afetividade e liberdade.

Para superar a situação de injustiça, desigualdade e discriminação enfrentada pelas mulheres que vivem nas ruas, torna-se necessário que sejam construídas políticas públicas para a PSR que validem modos de vida diferentes daqueles instituídos, como a vida das mulheres em situação de rua, buscando um comum ético-político que permita a multiplicidade (mulheres, negras, mulheres trans), no lugar de propor ações em prol de uma pseudo-homogeneidade (RIOS *et al.*, 2021).

POLÍTICAS PÚBLICAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: RESISTINDO ÀS DIVERSAS FORMAS DE VIOLÊNCIAS

As políticas sociais são consideradas ações governamentais desenvolvidas por meio de programas e projetos que têm como objetivo assegurar direitos e condições dignas de vida. São justamente essas políticas que garantem à população o exercício do direito de cidadania, por meio de ações nas áreas da educação, saúde, trabalho, assistência social, dentre outras. Destacam-se aquelas voltadas para a população em situação de rua (PSR), no que se refere ao exercício dos seus direitos de cidadania (SANTOS, 2011).

Existe uma estreita relação entre a identidade social das mulheres em situação de rua, a negação de direitos e a incapacidade dos governos de enfrentar as crescentes iniquidades e responder efetivamente aos graves problemas sociais. Observa-se que, na realidade brasileira, há uma forte tendência em naturalizar o fenômeno das pessoas em situação de rua. E essa tendência, geralmente, encontra-se somada à ausência de políticas sociais universalizantes que sejam capazes de diminuir a pobreza e as desigualdades sociais dentro da perspectiva de ampliação de cidadania, que possa garantir cobertura aos indivíduos que não a têm (SILVA, 2006).

As políticas públicas e os programas sociais têm como marca ideológica o ‘descarte social’ de uma população que é tratada como excluída, a começar pela falta de documentação, a ausência de endereço e telefone para serem contatadas e a dificuldade para encaminhar as crianças para a escola, o que acaba por fazer que muitas delas vão para as ruas acompanhadas de suas mães. Soma-se a isso, o atendimento insuficiente das equipes de abordagem de rua no que diz respeito à saúde e à assistência diante do quadro desolador em que se encontram.

Butler (2000) infere que ninguém deveria ser forçado a ocupar uma norma de gênero na condição de uma violação. Para isso, se faz necessária uma ética que consiga associar a transformação social, mantendo aberto o nosso conceito do que é humano e do que circunscreve a esfera do que é humanamente inteligível. Assim, ao voltar-se para a PSR, o que inclui as mulheres LGBTQIA+, torna-se imprescindível apostar politicamente nas

possibilidades dessas mulheres que têm seus direitos a uma vida vivível afirmados sem uma autorização prévia ou até a dependência constante e reiterada de interesses, decretos e “boas intenções” que a possibilite (SCHUCK; GESSER; BEIRAS, 2020).

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNPSR) é fruto de trabalho coletivo, interdisciplinar e interministerial do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), instituído pelo Decreto S/N, de 25 de outubro de 2006, composto pelo Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, Ministério da Educação, Ministério das Cidades, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Ministério Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, além do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo de Rua e do Colegiado Nacional de Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS) (BRASIL, 2008). A PNPSR tem por finalidade:

Estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua. Para tanto, vale-se do protagonismo de movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua, entre outras ações que contribuam para a efetivação deste processo (BRASIL, 2008, p.4).

Importante destacar que a consolidação de uma política nacional direcionada à PSR no Brasil foi resultado de várias discussões, debates, pesquisas e, principalmente, da representatividade de setores da sociedade que passaram a se apropriar da luta desse segmento social (CARVALHO; ROCHA, 2015).

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) é o órgão responsável, segundo o Decreto nº 10.174/2019, no seu Art. 26, por coordenar as ações referentes às políticas públicas voltadas aos públicos vulneráveis, como lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e população em situação de rua. Já em seu Art. 28, destaca suas atribuições, quais sejam: coordenar, acompanhar e monitorar o Comitê

Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), criada pelo Decreto nº 7.053/2009 (BRASIL, 2009).

A Política Nacional para População em Situação de Rua passou a considerar que as pessoas em situação de rua vivem em condição de pobreza extrema, que se manifesta de diferentes maneiras, incluindo tanto questões objetivas referentes aos processos determinantes da ida e vivência na situação de rua como também os processos subjetivos psicossociais (BRASIL, 2009). À vista disso, considerar a complexidade dessa situação nos obriga a ver as condições de opressão que vitimizam essas pessoas.

Com o objetivo de conceder respostas efetivas, o Governo Federal publicou o Decreto nº 9.489/2018, que reestruturou o CIAMP-Rua e criou, na estrutura da Secretaria Nacional de Proteção Global (SNPG) do MMFDH, a Coordenação-Geral dos Direitos das Populações em Situação de Risco (CGRIS). Assim, a CGRIS atua de maneira a realizar o acompanhamento e a articulação, junto a outros órgãos do governo federal e com a presença de representantes da sociedade civil, de ações que possam garantir o acesso aos direitos das populações vulneráveis (BRASIL, 2018).

Na mesma direção, faz-se necessário que o Ministério Público atente para fiscalização da legislação já consolidada nas instâncias federal, estadual e municipal. Em São Paulo, por exemplo, a Lei nº 17.252, de 26 de dezembro de 2019, consolida a Política Municipal para a População em Situação de Rua e institui o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua.

As inúmeras iniciativas que ocorreram no âmbito governamental, desde meados da primeira década do século XXI, inferem que foram ocasionadas tanto a identificação e colocação do problema em um marco normativo-institucional como a sua normalização (com institucionalidade, orçamentos, atribuições, legislação, formação e capacitação de equipes profissionais e produção sistemática de estatísticas sobre os atendimentos e de estudos). Entretanto, apesar das mudanças que foram sendo realizadas na postura do Estado em relação à PSR desde o final dos anos 1990 em muitas cidades, os poderes públicos ainda não deixaram de praticar ações com a perspectiva de controle e remoção das pessoas que fazem parte

dessa população, de modo a impedir que elas ocupem os espaços públicos para viver. Isso numa política que é majoritariamente discriminatória e violenta e conta com poderes institucionalizados que não querem esse público nas suas cidades (FILGUEIRAS, 2020).

Depois de mais de dez anos desde a instituição da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua, a situação de precariedade social dessa população no Brasil continuou se agravando, especialmente a partir de 2017. A grave crise econômica e política que o país viveu e o crescente desemprego levaram famílias a migrar de cidade em busca de trabalho. Outros fatores que já os atingiam, como, por exemplo, a dependência química e a existência de conflitos familiares (HONORATO; OLIVEIRA, 2020), ampliaram ainda mais o escopo das causas para o aumento da PSR

Hino, Santos e Rosa (2018) destacam que o número fornecido de PSR no Censo do estado de São Paulo realizado entre 2007 e 2008 foi de 31.922 adultos (BRASIL, 2008) e que o censo mais recente sobre a PSR, em 2015, registrou 15.905 pessoas nessa condição apenas na capital paulista (SÃO PAULO; FIPE, 2015).

Um exemplo de como a PSR é estigmatizada e não possui garantidos seus direitos foi a estratégia de enfrentamento à covid-19 especificamente para essa população. Honorato e Oliveira (2020) demonstram que o governo federal brasileiro não criou ou efetivou quaisquer políticas emergenciais para o apoio aos órgãos de assistência social voltados para a PSR no enfrentamento à pandemia de covid-19. Os autores afirmam que tal postura do governo central brasileiro foi, no mínimo, negligente com relação a esse grupo social em específico.

Além disso, os mesmos autores ainda sugeriram que a maioria das iniciativas que foram tomadas nos municípios não vieram de gestores municipais, e sim dos próprios profissionais que trabalham em instituições de assistência ou nas organizações não-governamentais (ONGs) que auxiliam a PSR. Em suma, eles acreditam que uma iniciativa do governo federal e uma maior cobrança dos órgãos do Poder Judiciário faria agir os gestores municipais que não se posicionaram sobre a PSR em seus municípios no que diz respeito à pandemia de covid-19 (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

Nesse contexto, pensar a política social no cenário contemporâneo exige retomar a reflexão das heranças deixadas pelo colonialismo para as

mulheres negras, que, de acordo com Passos (2020), se expressa principalmente de três maneiras:

Iremos caracterizar pelo menos três formas da manifestação do cuidado colonial: a primeira constitui-se como a “zona do não ser” [...]; a segunda, como um corpo matável e exterminável; e a terceira, como um objeto estereotipado (PASSOS, 2020, p. 120).

Assim, apenas o fato de haver políticas públicas não representa exatamente a resolução dos problemas relativos à PSR. Muitas vezes há o discurso de que o problema dessa população é de ordem pública e deve ser enfrentado não apenas como forma de “repressão à mendicância” ou “remoção”, mas também ser tratado como uma abordagem que se refere a gestão social, assistência, “direito à vida” e “prevenção e combate às drogas”. Contudo, em se tratando de lógicas políticas, essas possibilidades podem se combinar ou estar em conflito (FILGUEIRAS, 2020).

Pinto (2019, p.11) diz que:

[...] as práticas higienizadoras, as ações violentas de extermínios, as perseguições moralizantes e o recolhimento das ruas também expressam o viés preconceituoso e imediatista quanto à temática em questão. A articulação entre as políticas públicas é imprescindível no intuito de atender às necessidades humanas ante a complexidade das múltiplas determinações impostas às mulheres em situação de rua; ofertar possibilidades de construir novos projetos de vida; superar as diversas barreiras, como a exigência de apresentação de documentos, declaração de renda, comprovante de endereço, enfim, essa articulação ajuda a superar esse percurso marcado por vivências discriminatórias e preconceituosas e de negação dos direitos.

Além disso, não existem, nas políticas públicas brasileiras, ações direcionadas às especificidades das mulheres nas ruas, demonstrando a carência de estratégias singulares além da construção intersetorial de cuidado entre políticas públicas para as mulheres e a PSR (ALVES, 2013; ROSA; BRÉTTAS, 2015; SANTOS, 2014). O silenciamento da voz dessas usuárias na relação com os agentes responsáveis pelas políticas públicas, tendo em vista o que elas pensam, sentem e planejam para

suas vidas, não lhes dá espaço, pois são desqualificadas *a priori* como interlocutoras válidas.

Essas mulheres estão em situação de vulnerabilidade (RIOS *et al.*, 2021), como qualificado pela Saúde Pública. Essas usuárias demandam tecnologias de cuidado “complexas”, posto que nem sempre estão previstas nas rotinas dos profissionais de saúde que as atendem.

Casos assim frequentemente são fontes de frustração para profissionais e equipes de saúde que, não raro, relatam uma sensação de fracasso ao conduzir suas ações em cenários adversos, levando por vezes ao abandono ou à tomada de medidas puramente prescritivas, reduzindo as possibilidades de estabelecimento de vínculo, pois o encontro entre usuários de drogas em situação de rua e profissionais de saúde é desterritorializante para ambos (RIOS *et al.*, 2021, p. 58).

Apesar desse cenário pessimista, as mulheres em situação de rua conquistam e ocupam seu espaço, sendo protagonistas de suas próprias vidas. (SICARI; ZANELLA, 2018). Elas precisam lutar pela própria sobrevivência num contexto de escassas oportunidades de trabalho formal devido ao preconceito e à ausência de endereço fixo. Além disso, não há, nas políticas públicas brasileiras, ações direcionadas às especificidades das mulheres nas ruas, apontando a necessidade de estratégias singulares e a construção intersetorial de cuidado entre políticas públicas de mulheres e de pessoas em situação de rua (SICARI; ZANELLA, 2018).

Na área da saúde, deve ser garantida a equidade, a universalidade e a integralidade do direito à saúde, que estará em dependência constante da integração de vários conhecimentos – por exemplo, da epidemiologia às análises sociais com base na categoria gênero, da articulação dos diversos saberes clínicos com a compreensão profunda das culturas e religiosidades de pessoas e comunidades. Assim, uma análise sistêmica, como a das próprias vulnerabilidades, irá considerar que as dimensões individuais se encontram necessariamente associadas às dimensões social e programática (PRESTES; PAIVA, 2016).

Dessa forma, o reconhecimento do racismo, do sexismo e de discriminações de classe como determinantes das condições de saúde, assim como a consideração da conseqüente produção de desigualdades raciais,

de gênero e classe, demandam inovação e seu enfrentamento na área da promoção da saúde, exigindo, portanto, ampliação de perspectivas, reformulações de teorias, técnicas e práticas (PRESTES; PAIVA, 2016).

Diante do que foi exposto, nota-se que os problemas de saúde demandados pela PSR apresentam origem em situações herméticas, cuja resposta carece de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e com diversos outros setores. Nesse contexto, todas as variáveis envolvidas, como o uso e tráfico de drogas, a dificuldade de prevenção de certos agravos transmissíveis (como DST, dengue, leptospirose, tuberculose, dermatoses) e agravos em saúde mental e a ruptura de vínculos na relação familiar, são exemplos de que a equipe deve buscar envolver outros atores para conseguir realizar atenção integral à saúde dessas pessoas (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem procurar parcerias que visem o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento, tais como problemas na limpeza urbana, falta de recursos para a economia solidária e falta de equipamentos sociais direcionados ao apoio da PSR, de maneira a proporcionar melhores respostas a essas pessoas, contribuindo de forma mais efetiva para o desempenho clínico-assistencial (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não somos batráquios pensantes, não somos aparelhos de objetivar e registrar, de entranhas congeladas – temos de continuamente parir nossos pensamentos em meio a nossa dor, dando-lhes maternalmente todo o sangue, coração, fogo, prazer, paixão, tormento, consciência, destino e fatalidade que há em nós. Viver – isso significa, para nós, transformar continuamente em luz e flama tudo o que somos, e também tudo o que nos atinge; não podemos agir de outro modo.

NIETZSCHE, 2001, p. 12.

Este texto foi escrito por mãos femininas, seis pesquisadoras mulheres que lançaram seus olhares para outras mulheres, cujos corpos habitam as ruas. Buscando desconstruir olhares forjados em uma ciência pretensamente neutra, (re)construímos olhares e pensamentos *paridos* com paixão, coração, com o corpo todo. Não há como falar das mulheres em situação de rua sem sermos tomadas pelos afetos, e, de fato, apostamos na produção de ciências corporificadas, inundadas e impregnadas de vida.

Assim, conectar dados, estatísticas e referências com as narrativas das mulheres negras em situação de rua nos faz *tombar na experiência* (LARROSA, 2014). Nos tomba, no sentido de que produz um acontecimento em nós, pois seus corpos-vida dizem de uma sociedade, coproduzida por nós, que permite que algumas vidas sejam consideradas menos humanas, menos dignas. Quando nos atentamos para o que é uma vida digna, plena de direitos, nos apropriamos do compromisso ético-político do pesquisar. Assim, finalizamos este texto com reflexões, mais do que certezas e conclusões, pois há ainda muito a ser construído para que essas mulheres possam ter suas vidas legitimadas, possam ter suas vozes erguidas (HOOKS, 2019), tomadas como protagonistas e autoras de suas histórias.

Diferentes parcelas da população do país enfrentam contextos de alta vulnerabilidade e de prejuízo de direitos. A inovação de práticas e concepções nos processos de cuidado em saúde deve interessar especialmente às(aos) dedicadas(os) a mitigar vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas associadas a sofrimento psíquico e adoecimentos de mulheres negras. Dessa forma, é restrita a análise que tem como foco apenas os efeitos prejudiciais e os elementos singulares das experiências de discriminação racista/sexista e privação de direitos e torna-se limitante a prescrição vertical de tratamentos, reeducações e treinamento de comportamentos preventivos sem a contribuição dos segmentos, comunidades ou grupos de indivíduos abordados (PRESTES; PAIVA, 2016).

Assim, inovar necessariamente deve incluir a promoção de práticas que envolvam, ao mesmo tempo, as próprias mulheres negras e sua sabedoria, os recursos de suas comunidades e de seus grupos de pertencimento e as entidades do movimento social, além de equipamentos públicos e privados de cuidado e assistência, profissionais de saúde, educadores(as), entre outros(as) agentes. No entanto, a responsabilização deve estar nas

áreas que cuidam da assistência e saúde visando garantir a eficiência dos programas de governo na garantia de prevenção e cuidado integral à saúde, além de discutir com as mulheres as relações sexistas e racistas institucionalizadas. Os estudos que estão sendo feitos devem contribuir para mudar esse quadro de desigualdade e contribuir para capacitar os profissionais em novas práticas de atendimento para esse público.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ALVES, G. **Dimensões da precarização do trabalho**: ensaios de sociologia do trabalho. Bauru: Canal 6, Projeto Editorial Práxis. 2013.

ANDRADE, M. A. C.; BARBOSA, J. P. M.; SIQUEIRA, L. de A. R.
Acontecimentalizar: entre a austeridade e os femininos, tentemos o (im)possível!
In: FILIPPON, J. et al. (Orgs.). **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil**: perspectivas da economia política. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 251-281.

BARBOSA, J. P. M.; HERNANDES, L. F.; ANDRADE, M. A. C. Por que a mulher negra não pode ser Branca de Neve: uma leitura institucionalista. In: HINTZE, H. (Org.). **Desnaturalização do machismo estrutural na sociedade brasileira**. Jundiaí: Paco, 2020.

BATISTA, L.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da população negra**. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. 372 p.

BIROLI, F. Divisão sexual do trabalho. In: BIROLI, F. **Gênero e desigualdades**: Os limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo. 2018.

BOVE, C.; FIGUEIREDO, G. **População em situação de rua**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR., 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.489**, de 30 de agosto de 2018. Brasília, 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.174**, de 13 de dezembro de 2019. [revogado]. Brasília, 2019.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOPES, G. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 151-172.

CALAIS, B; ESTEVES, E. Violência e sobrecarga: como vivem as mulheres em situação de rua da capital paulista. **Elas que lucrem**, 2022. Disponível em: <https://www.eql.com.br/instagram/2022/02/violencia-e-sobrecarga-como-vivem-as-mulheres-em-situacao-de-rua-da-capital-paulista/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CARVALHO, R.; ROCHA, S. A população em situação de rua enquanto uma expressão da questão social: avanços legais x desafios reais. **Revista Praia Vermelha**, v. 25, n. 2, p. 299-484, 2015.

CEDEC - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. **Transver o mundo: existências e (re)existências de travestis e pessoas trans no 1º mapeamento das pessoas trans no município de São Paulo**. São Paulo: Annablume, 2021.

CEOLIN, B.; TERRA, I.; CARMONA, R. População em situação de rua: estudo da realidade vivida. **Caderno Humanidades em Perspectivas**, v. 4, n. 8, p. 118-126, 2020.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1. ed.. (e-book). São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível em: http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro**. Tradução de Jamille Pinheiro Dias. 1. ed. (e-book). São Paulo: Boitempo, 2019.

COSTA, A. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, 2005.

COSTA, Janaina da Silva. **O avesso das mentiras: entre loucuras e potências, a escrita de nós**. 2023. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.

DIAS, A. *et al.* Mulheres em situação de rua: trajetórias de invisibilidade e exclusão na construção de identidades. In: SEMINÁRIO ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 4., 2015, Salvador, UNEB. **Anais [...]** Salvador: UNEB, 2015.

ESCOREL, S. Vivendo de teimosos moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: BURSZTYN, M. (Org.). **No meio da rua – nômades excluídos e viradores**. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 139 – 171.

EVARISTO, C. Da grafia-desenho de minha mãe, um dos lugares de nascimento de minha escrita. In: ALEXANDRE, Marcos Antônio (Org.). **Representações performáticas Brasileiras: teorias, práticas e suas interfaces**. Belo Horizonte. Mazza, 2007. p. 16-21.

FERNANDES, Josiany. **Narrativas de mulheres negras em situação de rua em tempos de pandemia por covid -19 no município de Vitória**. 2023. 165 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.

FILGUEIRAS, C. Moradores de rua: um problema público invisível e hipervisível nas cidades brasileiras. **Revista Colombiana de Sociologia**, p. 109-127, 2020.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber**. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 203-222.

FRAGA, P. “A rua de todos”: Um estudo acerca do fenômeno população em situação de rua e os limites e possibilidades da rede de proteção no município de Florianópolis. **Monografia [conclusão de curso]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. People living on the street from the health point of view. **Rev. Bras. Enferm**, 2018.

HONORATO, B.; OLIVEIRA, A. População em situação de rua e covid-19. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1064-1078, 2020.

HOOKS, B. **Ain't I a woman – black women and feminism**. Tradução livre para a Plataforma Gueto. Plataforma Gueto, 2014. Disponível em: https://plataformagueto.files.wordpress.com/2014/12/nc3a3o-sou-eu-uma-mulher_traduzido.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

HOOKS, B. **Erguer a voz: Pensar Como Feminista, Pensar Como Negra**. São Paulo: Elefante, 2019.

INESC – Instituto de Estudos Socioeconômicos. **O Brasil com baixa imunidade** - Balanço do Orçamento Geral da União 2019. Brasília, abr. 2020. Disponível em: <https://fopir.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Balanco-OGU-Inesc.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

LARROSA, J. **Tremores: escritos sobre a experiência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

MARQUES, A. L. M. *et al.* O impacto da covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico política. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, n. 25, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WJD7d5jCKC3GsJtbpRnNjy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 abr. 2023.

MONTEIRO, D; CHAGAS, J.V. Pandemia de Covid-19 muda perfil de população em situação de rua. **Portal da Fundação Oswaldo Cruz**, 20 ago. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-de-covid-19-muda-perfil-de-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 10 fev. 2023. NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Texto para discussão, n. 2246, Brasília: Ipea, 2016.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil** (setembro de 2012 a março de 2020). Rio de Janeiro, Brasília: Ipea, 2020.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil** (2012 a 2022). Rio de Janeiro, Brasília: Ipea, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023.

NIETZSCHE, F. W. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NUNES, N. R. de A.; SOUSA, P. C. S. de. Para ficar em casa é preciso ter casa: desafios para as mulheres em situação de rua em tempos de pandemia. **Revista Augustus**, v. 25, n. 51, p. 97-112, 2020. Disponível em: <https://revistas.unisuem.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/545/292>. Acesso em: 9 abr. 2023.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório de desenvolvimento humano do PNUD destaca altos índices de desigualdade no Brasil. **Nações Unidas Brasil**, 9 de dezembro de 2019. Notícias. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/84733-relat%C3%B3rio-de-desenvolvimento-humano-do-pnud-destaca-altos-%C3%ADndices-de-desigualdade-no-brasil>. Acesso em: 20 set. 2023.

OXFAM. **Tempo de cuidar**: O trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. 2020.

- PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 25-46.
- PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 116 - 129, 2020.
- PIEDADE, V. **Dororidade**. São Paulo: Editora Nós, 2017.
- PINTO, R. Entre ruas, praças e calçadas: a face feminina da população em situação de rua em Maracanã/CE. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 8, n. 1, p. 71-86, 2019.
- POKER, T. C. D.; LIMA, S. C. F. de. Marcas da precariedade da pandemia de covid-19 na vida de mulheres em situação de rua. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos – RIDH**, v. 10, n. 1, p. 41-63, jan./jun., 2022.
- PRESTES, C.; PAIVA, V. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 3, p. 673-678, 2016.
- RESENDE, V.; MENDONÇA, D. População em situação de rua e políticas públicas: representações na folha de São Paulo. **D.E.L.T. A**, v. 35, n. 4, p. 1-28, 2019.
- RIOS, A. G. *et al.* A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3077-3086, 2021.
- ROSA, A. S. **Mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo**: um olhar sobre trajetórias de vida. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.
- ROSA, A.; BRETAS, A. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface**, v.19, n.53, p. 275-285, 2015.
- SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2020.

SANTOS, G. T. dos. **Políticas Públicas para a População em Situação de Rua**. 2011. 45 fl. Monografia (Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social) – Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, Brasília, 2011.

SANTOS, V. **Mulheres em vivência de rua e a integralidade no cuidado em saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

SÃO PAULO (Cidade). Câmara Municipal de São Paulo. Lei nº 17.252, de 26 de dezembro de 2019. Consolida a Política Municipal para a População em Situação de Rua, institui o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua e dá outras providências. São Paulo, 2019.

SÃO PAULO (Cidade); FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. **Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, 2015**. Relatório de Pesquisa. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, FIPE, 2015.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009.

SCHUCK, A. L.; GESSER, M.; BEIRAS, A. Diálogos entre gênero e as experiências com a população de rua. **Psicologia Política**. v. 20, n. 48, p. 279-294, 2020.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38 n. 4, p. 662-679, out./dez. 2018.

SILVA, L. População negra em situação de rua: uma breve análise da reprodução do racismo institucional e os desafios colocados sobre a prática profissional do assistente social. **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, v. 16, n. 1, 2019.

SILVA, M. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SILVA, S. População em Situação de Rua no Rio de Janeiro: novos tempos, velhos métodos. **Psicologia Política**, v. 13, n. 27, p. 337-350, 2013.

SILVA, M. G.; MACIEL, L. M.; SOUZA, A. A. M. de. Resignificando o não-lugar durante a pandemia covid-19: homens, mulheres e crianças em situação de rua em São José dos Campos/SP, Brasil. **Geografares**, Vitória, n. 33, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://journals.openedition.org/geografares/2854>. Acesso em: 9 abr. 2023.

SILVA, M. C. et al. Acontecimento covid-19: e daí? In: ANDRADE, M.A.C. (Org.) et al. **Gestão e Práticas em Saúde Coletiva**: no contexto da pandemia de covid-19. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Rio de Janeiro: ARA27, 2021.

TIENE, I. **Mulher moradora de rua**: entre vivências e políticas sociais. Campinas: Alínea, 2004.

VILLA, E. A. *et al.* Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para uso de substâncias psicoativas. **Rev. Enferm. UFPE online.**, v. 11, n. 5, 2017, p. 2122-31.

WENZEL, S. L.; LEAKE, B. D.; GELBERG, L. Health of homeless women with recent experience of rape. **Journal of General Internal Medicine**, Maryland, v. 15, n. 1, p. 265-268, 2000. Disponível em Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495443/>. Acesso em 04 set. 2021.

8

MARIA CRISTINA SILVA MEDEIROS CORRÊA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

CARTA DE UMA GESTANTE NA PANDEMIA DE COVID-19 PARA SUAS AMIGAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ATRAVESSAMENTOS E VIOLAÇÃO DE DIREITOS

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ela os ouvia e surpreendia-se com a própria coragem em continuar. Mas não era coragem. Era o dom. E a grande vocação para um destino.

Clarice Lispector

Este capítulo busca refletir sobre a assistência prestada às mulheres, sejam elas gestantes ou puérperas, em toda a atenção à saúde em tempos da pandemia de covid-19. Estudos confirmaram que, nesse período pandêmico, houve altas taxas de mortalidade materna no país devido à incapacidade de gerenciar a pandemia, falta de preparo do sistema de saúde que repercutiu nesse público já tão vulnerável.

Fundamentou-se em pesquisas teóricas e empregou-se o uso da escrita por carta para compor a narrativa de uma mulher relatando, para suas amigas, sua visão frente ao que passou e como foi impactada sua vida de várias formas nesse período. Além das incertezas e medos que vivenciou e enfrentou nesse período com a covid-19, discute-se a problemática que a emergência da pandemia trouxe como justificativa para violarem os seus direitos frente à assistência em saúde.

Destaca-se que essa carta se encontra dentro de um projeto de mestrado intitulado “Narrativas das gestantes em tempos de pandemia da covid-19”¹.

-
1. Dissertação de Mestrado de Maria Cristina Silva Medeiros Corrêa, sob orientação da professora Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade pelo Programa de Pós-graduação

A CARTA...

Oi meninas! Como vocês estão? Aqui é a Rosa.

Esse grupo de mulheres me dá força e coragem para muita coisa, fico só pensando se não tivesse vocês, não sei se suportaria sozinha tantas coisas que eu já passei desde a descoberta da gravidez e agora como mãe! A época da pandemia foi um período muito marcante na minha vida, uma realidade totalmente nova que estava vivenciando, uma mudança no corpo, com hormônios a flor da pele, precisando terminar meus estudos, e os meus enjoos e náuseas me atrapalhavam, pois precisava ir ao banheiro várias vezes.

Vou nem comentar do sono que eu tinha na época, vocês sabem bem minhas amigas, do nada era uma fraqueza que só melhorava se sentasse um pouco, mas a cabeça não parava, já viu cabeça de mulher parar? Mas falando em cabeça, ao engravidar perdemos a memória? Foi muito difícil lidar com essa novidade em meio ao *lockdown*², não podíamos ver ninguém, essa angústia de acontecer algo a nós e aos nossos filhos no ventre não dava paz para a gente.

No entanto, sou grata por morar em um bairro que tem um posto de saúde perto de casa e que pôde me atender bem no início da gestação, por volta de quatro semanas. Eles prestaram assistência desde o pré-natal, se eu não me engano, realizei de oito a nove consultas, e, até pouco tempo, acompanharam mensalmente meu filho, este que se agarra nas minhas pernas nesse momento pedindo colo. Falando nele, me lembrei da surpresa que senti ao fazer o teste de gravidez em casa, não estávamos esperando por isso naquele momento da vida, já

em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.xhtml?id_trabalho=13957058

2. *Lockdown* é uma palavra de origem inglesa e significa: isolamento ou restrição de acesso imposto como uma medida de segurança, podendo se referir a qualquer bloqueio ou fechamento total de alguma coisa, especialmente um lugar. Um *lockdown* resulta de uma imposição do governo e independe da vontade do cidadão, podendo haver multa ou penalização em razão do seu descumprimento.

tinha tido inclusive dois abortos espontâneos³ antes, não sabia como ia ser, não foi planejado, mas foi desejado, inclusive a médica me perguntou se foi planejado e eu disse que não, e, nesse momento, ela me recriminou e fez transparecer que era irresponsabilidade minha.

Quantas coisas em nossas vidas acontecem sem nosso planejamento? Até quando planejamos algo, pode ser que não saia como queríamos inicialmente. Porque, a partir do momento que eu confirmei que estava grávida, eu desejei conhecer o rosto do meu bebê, saber como era e com quem ia parecer, até sonhar eu sonhava. Mas vocês se lembram de que eles não me passaram nenhum teste de confirmação da gravidez? Só fui ter certeza mesmo no primeiro ultrassom, que demorou até as 12 semanas de gestação. Nossa que angústia, não podiam ter passado exame de sangue junto com todos aqueles que me pediram na primeira consulta?

Pois bem, mas não posso reclamar muito, tive acesso a uma médica obstetra na minha unidade, algumas aqui tiveram porque pagaram, e eu consegui pelo SUS⁴, o atendimento foi bom, ela era muito técnica, não era clínica geral como nas outras unidades da atenção básica, mas infelizmente não era um atendimento humanizado, as consultas não eram acolhedoras e nem empáticas, entretanto, ela estava atenta aos exames que tinha que pedir, as vacinas, colocava aquele aparelho para escutar o coração do meu bebê. Como foi emocionante escutar aquelas batidas tão rápidas, nem parecia que tão pequeno já tinha uma força tão grande para viver. Mas que bom que estava caminhando bem minha gestação dessa vez, apesar de certo incômodo nas consultas.

Vocês lembram que falei da médica? Ela vivia reclamando por trabalhar no SUS, que queria sair dali, uma postura política que me fazia ficar tensa, fora que tinha que estar atenta a tudo, tinha muitas recomendações e obrigações que tinha medo de esquecer, coisas que precisava fazer, afinal, estava sozinha toda consulta. Nossa... veio-me uma tristeza agora, meu marido não conseguiu entrar em nenhuma consulta, nem mesmo nos exames de ultrassom, até quando

-
3. Aborto espontâneo é definido como gestação intrauterina não viável até 20-22 semanas ou peso fetal de 500g.
 4. Sistema Único de Saúde

a pandemia estava controlada, não o deixaram entrar na consulta com a pediatra.

Que mundo é esse que vivemos na pandemia? Nossos companheiros, aqueles que são nosso suporte, rede de apoio, aquele que é pai, que fez o filho com a gente, é tratado como acompanhante e não faz parte do processo com a gente. Nossa, na maternidade fiquei implorando para ele poder entrar no parto, do início ao fim, sempre me falavam, ele já vem, ele está vindo, vamos chamar ele. E isso nunca aconteceu, que solidão!

Como que estruturam um serviço sem colocar a responsabilidade e a participação também no pai nesse processo todo? Tudo fica para a mãe! A pandemia em seu auge, todos correndo risco de adoecer, ansiedade alta e ainda sozinha! Meus pensamentos conturbados, coisas para preparar, ainda não tinha o pai do meu filho ao meu lado, ele foi muito negligenciado em todo o processo, não foi respeitado nem o dele e nem o meu direito.

Pelo menos as perguntas que eu fazia nas consultas eram respondidas. Também eu ficava em cima, me sentia na responsabilidade de fazer as perguntas para não deixar passar nada, porque assim, ela sabia que eu estava ciente das coisas, ela não podia fazer de qualquer forma. Mas aquelas consultas eram muito rápidas, era uma quantidade absurda de pessoas para serem atendidas, uma rotatividade muito alta, e ainda tinha um monte de coisa para ir atrás. Ela sempre falava: “Olha é bom você fazer esse exame, tomar esse remédio, mas o SUS não cobre, não tem essas vitaminas também, mas é melhor ir atrás”. Como que uma mãe não vai querer o melhor para seu filho? Eu e meu marido tirávamos de onde não tínhamos para poder comprar, me sentia pressionada. Mas imagine quem não consegue como a gente? Fica faltando algo sabe? Essa tal da complementariedade entre o público e o privado implica que o SUS só oferece um conjunto de serviços bem restritos, e você por si só tem que ir atrás de complementar o que falta, não fornecendo os bens e serviços de saúde como direito. Só realizei um exame de imagem pelo SUS, os outros tiveram que ser feitos no particular, alguns medicamentos específicos também comprei, os demais consegui pela rede pública.

Eu pude perceber que foram facilitados os agendamentos, com bastante agilidade em sua efetivação, lá dentro da unidade mesmo

conseguia marcar todos os exames, e com prioridade para as gestantes. Quem ia para as outras demandas já era mais demorado, eu consegui essa prioridade até nas consultas de puericultura, e isso ajudou muito. Mas vocês acreditam que, mesmo quando a pandemia estava mais controlada, meu marido continuava sem poder entrar conosco nas consultas? Eu não consigo entender isso...

A minha vantagem foi que não tive gestação de alto risco, porque daí sim eu poderia precisar de mais coisa, de insulina, ficar medindo minha pressão e remédios. Inclusive, no pré-natal, me indicaram para qual maternidade deveria ir, uma que era de baixo risco, como no meu caso. Falando nisso, alguém mais ganhou bebê lá? Lembro-me que internei rápido e logo também me levaram para o bloco cirúrgico para a cesárea, disseram que estava com sangramento e era melhor operar logo, falei que queria normal, só em último caso ia para cirurgia, mas, como estavam pertinho as contrações e sangrando muito, preferiram me levar logo para a cirurgia, e como me assustaram dizendo que o risco era grande, eu só fui. Mas até hoje não sei o que aconteceu comigo, não me explicaram o motivo e disseram que também não sabiam.

Recordo-me tanto desse dia, quando eu o vi pela primeira vez, mas não pude pegar ele assim que nasceu, foram logo limpar ele, fazer os procedimentos enquanto terminavam a minha cirurgia, daí fui para uma sala e lá me levaram ele para amamentar, mas de fato o segurei somente depois na enfermaria. Meu marido foi chamado para ver o bebê e levar a roupinha dele, consegui pegar ele no colo até antes de mim, mas também, nada mais justo que ele poder vê-lo, já que não foi garantido o direito dele ficar comigo no parto. Eu falei que sabia que era lei, que queria ele, mas fiquei sozinha todo o momento, me senti violentada. Não sei se tinha a ver com a pandemia, se era alguma recomendação sanitária, mas não me falaram nada, zero informação do porquê ele não ficou comigo.

Meu marido é tranquilo demais, eu ficava para morrer quando não deixavam ele me acompanhar na consulta, nem na unidade ele podia entrar. Nos exames de ultrassom a mesma coisa, tudo era justificado por conta da pandemia, mas eu bem sei que algumas clínicas particulares deixavam o pai entrar, vocês que me falaram, mas

comigo isso não aconteceu. Nossa, fiquei muito incomodada com essa exigência sanitária imposta, minimizando a humanização em todos os aspectos, não só de direito, mas de empatia do processo. Vocês sabem que somos só nós dois aqui na cidade, não temos familiares aqui, somente um ciclo bem restrito de amigos, então as coisas ficaram mais difíceis para nós.

Sem esquecer quando nos comunicaram que ele não poderia ficar a noite comigo no hospital, por ser homem, nossa... Depois de tudo que já tinha passado, meu chão desmoronou, tentamos argumentar, conversar, mas não conseguimos nada, diziam que era regra do hospital. Tivemos que arrumar uma amiga para ficar comigo, porque os homens não podiam ficar. Depois de tanta negação de direito ao pai, mais um foi-lhe tirado, e a culpa é da tal da pandemia.

Falando em pandemia, que bom que as coisas melhoraram, não tive covid-19 na gestação, mas fiquei com medo de morrer. Tantas notícias falando que as grávidas tinham que se cuidar e que tinham muitas morrendo, até que liberou a vacina colocando as gestantes como grupo prioritário, mas logo em seguida suspendeu, e, no fim, todos puderam tomar, eu tomei na gestação uma dose, mas quem ficou grávida no início da pandemia não teve a mesma oportunidade.

Sabe que eu senti falta dos profissionais de saúde falarem sobre a pandemia nas consultas, por exemplo, se eu tivesse alguma complicação de covid, eu não saberia para onde ir, tinha algum hospital específico para gestantes? Bem, o que a médica me falou foi que tinha a maternidade lá que era minha referência, mas ela falava em complicação da gravidez, não falou o que tinha que fazer se pegasse covid, mas, no entanto, ela sempre falava para não me expor, que podia ter impacto negativo na gravidez, mas no sentido de prevenção da doença. E eu também lia muito, acho que saberia se pegasse a doença os sintomas de agravamento. E eu falei para vocês que peguei covid? Ficamos eu, meu marido e meu filho isolados em casa, que situação difícil, mas, para nosso alívio, só foram sintomas leves e logo nos recuperamos.

Compreendo toda angústia que a pandemia gerou para toda população, mas a falta de organização do governo não nos ajudou, eram informações desencontradas, cada qual falasse algo, um desencontro

de informações e *fake news*⁵, e a nossa saúde mental? Ninguém se preocupou, foi muito negligenciada, uma solidão perpassou toda minha gestação e puerpério. Fui para casa sem saber direito como realizar os cuidados com o meu bebê, saí do hospital com a mama machucada, deve ter sido porque não fui muito bem orientada qual a melhor posição, como era a pega certa do bebê, aos poucos fui aprendendo como dar banho no meu filho, por meses só quem dava banho era meu marido, eu morria de medo.

Mãe de primeira viagem, inexperiente, em uma pandemia? Sorte a minha porque eu sempre tive vocês por perto, através do celular conseguia compartilhar minhas angústias, medos e dúvidas, ria bastante com as partilhas das mães que já eram mais experientes. Resolvi escrever essa carta para materializar e deixar registrado minha admiração a cada uma de vocês, mulheres, mães, guerreiras, que passaram e fizeram parte da minha vida, sem vocês esse processo teria sido ainda mais difícil.

Por fim, recebam meu abraço afetuoso de gratidão, e nunca esqueçam o quão forte vocês são!

A MATERNIDADE NA PANDEMIA COVID-19

No Brasil, com a pandemia de covid-19, houve um alta taxa de mortalidade materna relacionada a doença, colocando em destaque uma problemática que já existia no país. Apesar de todos os esforços para minimizá-la, como a criação de programas de humanização e de redes de atenção específica para o público materno infantil, as mortes durante a pandemia exacerbaram ainda mais essa realidade.

Sabe-se que o corpo da mulher ao estar gestante sofre inúmeras

-
5. O termo *fake news* deriva do inglês “fake news”, e significa literalmente “notícias falsas”. Notícias falsas ou informações mentirosas que são compartilhadas como se fossem reais e verdadeiras, divulgadas em contextos virtuais, especialmente em redes sociais ou em aplicativos para compartilhamento de mensagens.

modificações fisiológicas, se transforma completamente, pois há uma vida sendo gerada em seu ventre. Modificações hormonais são sentidas ao longo desse período causando efeitos em seu emocional, inclusive com repercussões em sua vida na sociedade. Antes mesmo de descobrir a gestação, as mulheres podem começar a sentir essas alterações, que as fazem buscar atendimento em saúde para sanar suas dúvidas em relação aos sintomas (BRASIL, 2022).

A primeira porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de cuidados em saúde é a Atenção Básica, sendo nela realizado seu acolhimento e acesso e, posteriormente, dada a continuidade de assistência ao pré-natal (BRASIL, 2012; VIEIRA *et al.*, 2019). Com o acompanhamento no pré-natal pelo sistema de saúde é que se tem a oportunidade de cuidar da mulher e do seu bebê de forma integral, promovendo e recuperando a saúde, buscando que cada gestante possa receber o cuidado específico e qualificado para a sua necessidade e demanda (BRASIL, 2022).

As mulheres possuem o direito a um adequado acompanhamento de pré-natal, uma atenção pautada na qualidade da assistência as gestantes que é capaz de se traduzir em índices de mortalidade materna cada vez mais baixos. A assistência pré-natal, que tem por objetivo acolher a mulher desde o início da gestação, é o primeiro passo para um parto e nascimento saudáveis. Sua importância consiste em proporcionar a manutenção do bem-estar físico e emocional da gestante e em fornecer as informações e orientações sobre a evolução da gravidez (BARRETO *et al.*, 2015).

Como é importante uma assistência qualificada para a mulher no seu ciclo gravídico puerperal, é necessário concentrar esforços para colocar em prática uma atenção humanizada, com garantia de acesso, apoio de recursos de diagnósticos e laboratoriais, bem como vincular a gestante à maternidade, para que não ocorra busca desenfreada por atendimento na maternidade para o parto. Além de tudo, é necessário respeitar a escolha delas pelo parto normal e colocá-las ativamente no processo de educação e de protagonista de ações (MONTEIRO *et al.*, 2020).

De acordo com a Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que fala sobre as ações voltadas à atenção à saúde da mulher no período de gravidez e puerpério, é preconizado a oferta de no mínimo seis consultas de pré-natal. O início desse acompanhamento precisa ser realizado antes das 14 semanas de gestação, e, em caso de

mulheres de apresentem risco alto ou intermediário, elas deverão ser acompanhadas em serviços especializados em paralelo a atenção primária (BRASIL, 2011).

O enfrentamento da pandemia foi um desafio para o sistema de saúde brasileiro, pois houve uma necessidade de aumentar o acesso da população à saúde ao mesmo tempo que se deveria limitar a exposição dos profissionais e pacientes ao coronavírus causador da covid-19. Esse cenário somou-se à baixa oferta de cuidados intensivos e especializados já instalado no país (CASTRO *et al.*, 2020).

De acordo com o Painel OOBBr SRAG, do Observatório Obstétrico Brasileiro, o cenário da pandemia de covid-19, até julho de 2021, foi de 1.153 óbitos maternos, com média semanal de 44,3 óbitos, dados que superaram exacerbadamente os do ano anterior, sendo mais que o dobro, que na época foi de 449 (OOBr, 2021). Na tentativa de direcionar o cuidado preconizado prestado às mulheres, a gestão precisou criar estratégias resolutivas desde o nível primário, driblando a situação da pandemia e não as deixando sem assistência. Em caso de necessidade, elas deveriam ser orientadas e encaminhadas a serviços especializados no tempo oportuno, não interrompendo o acompanhamento dessas grávidas para que não surgissem intercorrências (BRASIL, 2020a).

Para isso, foi lançada a Nota Técnica nº 10, de 2020, do Ministério da Saúde, que dizia que os profissionais de saúde precisava reforçar a orientação em relação aos sinais de risco na gestação (sangramento, perda de líquido, diminuição de movimentação fetal, dor, entre outros), inclusive os sintomas respiratórios (febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e um ou mais dos seguintes sintomas: tosse, dificuldade respiratória ou falta de ar e sintomas gastrointestinais), orientando assim as gestantes como proceder se se agravasse sua saúde e para onde se encaminhar em situações de risco (BRASIL, 2020b).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, com o objetivo de evitar exposições ao vírus do covid-19, sugeriu cuidados no atendimento as gestantes e puérperas (FEBRASGO, 2020). Para que as salas de espera não ficassem cheias, recomendou-se que os intervalos entre os atendimentos fossem mais espaçados e que, nas instituições de saúde, tivessem dispositivos de álcool em gel para uso das pacientes e dos profissionais, lembrando sempre da importância da lavagem das mãos e do uso de máscaras por todas as pessoas. Além disso, manter sempre limpos

os locais de atendimento, com a desinfecção necessária e os ambientes bem arejados, assim como retirar qualquer material de uso coletivo.

Já para o acompanhamento do pré-natal, foram sugeridas rotinas normais, no entanto sempre verificando a presença de sintomas gripais. Reforçou-se a orientação de que as gestantes dessem seguimento de acordo com o risco e presença de intercorrências ou morbidades apresentados, e que elas esperassem o mínimo de tempo possível para as consultas. Entretanto, aconselhou-se que elas não levassem acompanhantes (FEBRASGO, 2020).

Araújo *et al.* (2020) relata que as reorganizações e fechamento dos serviços de saúde na pandemia dificultaram o acesso aos serviços de pré-natal, parto e puerpério, com um impacto considerável e também com o aumento no número de doenças transmissíveis, gravidez não planejada e abortos. Na medida em que as recomendações de isolamento foram dadas a toda população, a repercussão para as grávidas foi negativa, pois elas tiveram uma maior dificuldade no deslocamento até as consultas e exames. Por isso, tão necessária uma adesão de todos os serviços de saúde seja ele nacional, regional e sub-regional, a fim de assegurar o acesso aos serviços essenciais e com qualidade no contexto pandêmico, garantindo informações confiáveis e medidas que auxiliem no acompanhamento e tratamento.

Os direitos das mulheres não podem ser relativizados e descumpridos pelos hospitais/maternidades, pois o protagonismo ainda precisa ser da parturiente, com direito ao contato com sua doula, à presença de acompanhante, ao contato pele a pele com seu feto após nascer. A barreira higiênica no momento da pandemia não pode ser impeditiva de sua conexão com seu filho e modificação de sua vivência no parto (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021).

No entanto, em alguns hospitais, permitiu-se a presença de acompanhante, porém sem trocas. Em outros, seguindo o Manual de Recomendações do Ministério da Saúde, tornou-se impossível receber visitas de familiares ou amigos, colocando a permanência da mulher no hospital mais difícil (BRASIL, 2020a). Essa solidão gerada nas mulheres desde o hospital, em alguns casos, atingiu também seus lares, além da instabilidade emocional própria do puerpério, que se juntou com o cansaço e a falta de apoio presencial da família e de amigos, bem como as novas adaptações devido à realidade pandêmica (PAIXÃO *et al.*, 2021).

Vale destacar que a experiência da mulher na maternidade deve ser amparada socialmente, realizada de forma segura, prazerosa e integral,

e não a atingindo de forma a não respeitar seus direitos. Com a ausência do suporte social, a mulher pode ser privada de conseguir suprir suas necessidades básicas e conseqüentemente dos seus filhos, com isso sendo violentada nos seus direitos. (MATTAR; DINIZ, 2012).

Por isso, é preciso inicialmente considerar a mulher como um sujeito múltiplo e singular, com todos os seus aspectos subjetivos e objetivos, em suas experiências e vivências narrativas, inseridas em uma comunidade diversa, com ou sem acesso a uma boa assistência de saúde. Elas precisam ser respeitadas no seu direito, desde seu atendimento pré-natal até a sua escolha no parto, com participação do acompanhante em todo esse processo, como previsto na Lei nº 11.108/2005⁶ (BRASIL, 2005), com recebimento de informações claras e seguras para si e seu bebê. Mas também no seu atendimento e acolhimento, com a disponibilidade de exames e consultas (JUNQUEIRA *et al*, 2019; GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

REFLEXÃO FINAL

Os desafios enfrentados pelas gestantes durante a pandemia de covid-19 foram múltiplos. Na carta apresentada, há a narrativa de uma mulher que engravidou nesse período e foi acolhida na Atenção Primária em Saúde. Ela relata que foi atendida por uma especialista na área, que em sua unidade o acesso à marcação de exames e consultas era facilitado, no entanto a empatia, a humanização e o acolhimento dos profissionais não existiam. Seu companheiro não podia nem entrar no estabelecimento de saúde, seja na consulta ou na realização de exames. Essa recusa foi justificada pela calamidade pública instalada no país, dessa forma, os direitos foram ceifados, a maternidade virou solidão, o impacto social gerado pelo isolamento trouxe ainda mais problemas para as gestantes.

6. Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Com o isolamento sanitário imposto pela pandemia, as mulheres ficaram reclusas em casa, longe da família e dos amigos, já a solidão e o medo eram companheiras diárias. Por isso, esses grupos formados por mulheres se tornou uma rede de apoio virtual para as gestantes que vivenciaram esse período tão novo e desafiador. Através dessa carta, podemos ver que a saúde mental também foi negligenciada e a empatia foi esquecida, usando-se como justificativa a nova doença, deixando de lado a nova vida que estava por vir e a gestante que a carrega em seu ventre, o que se observa com o descaso que ocorreu quando, mesmo em meio a súplicas, não atenderam a mãe pedindo a presença do pai na sala de parto, mesmo sendo lei e direito. Em meio à crise, por que gerar novas crises?

Quando cuidamos de vidas, todas elas importam. Mas o fato é que as gestantes foram grandes vítimas, foram muitas mortes no Brasil, muitas violações, em vários aspectos. Quando não se garante nem o direito, o que mais podem garantir? A urgência e a rapidez nos atendimentos contribuía para o esquecimento da vontade da gestante e as dúvidas foram ignoradas ou não respondidas na maternidade, refletindo-se em um puerpério mais difícil, com dúvidas e incertezas no cuidado do recém-nascido.

Além disso, por que se falava tanto de pandemia e, na hora de orientar as mulheres sobre a doença, não era um tema importante o suficiente? As desinformações desconstruídas que circulavam pela mídia não eram garantia que a mulher grávida saberia certamente de tudo, e uma possível complicação poderia ser fatal.

Diante disso, esperamos que esta escrita possa contribuir na reflexão para um cuidado mais humanizado. Pois, em um período de pandemia ou não, as gestantes continuam sendo um alvo de vulnerabilidade. É urgente a criação de novas estratégias de cuidado, não esquecendo o cuidado em todas as suas dimensões, pois são duas vidas ali que importam.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Danielle Silva *et al.* Atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério em tempos de COVID-19: Uma revisão descritiva. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e944997644-e944997644, 2020.

BARRETO, Camila Nunes *et al.* “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 168-176, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera Frente à Pandemia de covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 10/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – Recomendações para as Consultas Ambulatoriais de Saúde da Mulher durante a Pandemia da Covid-19. 9 abr. 2020b. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014385074-Nota-Tecnica_9.4.2020_Consultas-ambulatoriais.pdf. Acesso em: 7 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso: 7 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CASTRO, Catarina Sampaio *et al.* Pandemia da Covid-19: cenário do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento da crise. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e516974383-e516974383, 2020.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Recomendações FEBRASGO para o GO em tempos de Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/es/COVID19/item/975-recomendacoes-febrasgo-para-o-go-emtempos-de-Covid-19>. Acesso em: 11 ago. 2021.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; PALMEIRA, Ellen Whate Moraes; MUFATO, Leandro Felipe. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

JUNQUEIRA, Tainara Lucinda *et al.* Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde conhecem seus direitos no período gravídico-puerperal. **Enferm. Foco**, Brasília, p. 67-72, 2019.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

MONTEIRO, Bruna Rodrigues *et al.* Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

OOBr. Observatório Obstétrico Brasileiro. **OOBr SRAG: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puérperas**. 2021. Disponível em https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br. Acesso em: 24 maio 2022.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia *et al.* A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. 1, 2021.

SILVA, Fernanda Loureiro; RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 245-265, abr. 2021.

VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima et al. Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. **Rev Rene** (online), v. 20, n. 1, 2019

9

MARIANY BEZERRA NEVES
SIBELLE MARIA MARTINS DE BARROS
KATHLEEN ELANE LEAL VASCONCELOS
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

GESTAÇÃO E PANDEMIA NA COVID-19: A IMPORTÂNCIA DO OLHAR PSICOSSOCIAL

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 apresentou-se, a partir de 2020, como um fenômeno que trouxe inúmeros impactos para várias dimensões da vida social contemporânea, acarretando repercussões nas esferas sociais, econômicas, educacionais, físicas e psicológicas dos indivíduos e produzindo alterações no cotidiano das pessoas (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

É importante destacar que a pandemia de covid-19 trouxe os tempos mais sombrios vivenciados pela humanidade nas últimas décadas, por fatores como o altíssimo nível de transmissão e letalidade da doença, que variaram de acordo com as características epidemiológicas, sanitárias e sociais de cada país (MASCARENHAS *et al.*, 2020); o desconhecimento inicial acerca de suas formas de transmissão e tratamento, pela inexistência de vacinas no início; ou mesmo porque, apesar de sua aparência democrática de poder atingir todos, as populações socialmente “vulneráveis” foram as mais afetadas pelas consequências da pandemia.

No Brasil, além da pandemia, tivemos que lidar com um governo negacionista, que adotou estratégias institucionais para propagação do vírus, gerando um verdadeiro genocídio da população pobre. Aliada à crise sanitária, no bojo de um ultraneoliberalismo, vivenciamos também uma crise econômica, social e cultural sem precedentes. As taxas de desemprego chegaram a índices alarmantes e o país ingressou novamente no Mapa da Fome.

Neste contexto, podemos dizer que a pandemia se configurou como um evento potencialmente estressante e, esse cenário, gerou grandes impactos na saúde mental da população de forma geral, envolvendo alterações emocionais, cognitivas e comportamentais características desse período (ENUMO *et al.*, 2020).

Evidentemente, tal quadro desencadeou também diversas repercussões na experiência de gestação de várias mulheres e suas famílias (AMORIM *et al.*, 2021). Além das possíveis complicações na saúde materna e infantil¹, a pandemia afetou a saúde mental das mulheres devido à exposição a fatores estressantes, como a presença constante do medo, tanto da infecção da doença quanto da incerteza dos seus possíveis agravamentos na gestação e para o bebê (ESTRELA *et al.*, 2020); e o afastamento da rede de apoio, tendo em vista a necessidade do isolamento social e da quarentena (ALMEIDA; PORTUGAL; ASSIS, 2020). A pandemia também acarretou um efeito psicológico negativo, incluindo sintomas de estresse pós-traumático (AMORIM *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a intensidade e possíveis repercussões desses eventos configuraram situações de vulnerabilidade e perigo potencial, levando as mulheres a vivenciarem os múltiplos sentidos do risco (físico-emocional-social) que a pandemia evoca na experiência da gravidez nesse contexto (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021). Daí decorre a importância e necessidade de se investigar os aspectos psicossociais vivenciados pelas mulheres durante a gestação no período pandêmico, compreendendo a complexidade que o processo de gestar um filho envolve.

Gestar um filho implica alterações na vida da mulher, a princípio, de ordem fisiológica. Todavia o processo gestacional envolve reestruturações psicológicas, bem como mudanças nos âmbitos familiar, profissional e social da mulher (MEIRELES; COSTA, 2005; ALMEIDA; ARRAIS, 2016; MALDONADO, 2017). As mudanças são peculiares a cada gestante, a depender de questões como história de vida, características individuais, qualidade dos relacionamentos familiares e conjugais, condições socioeconômicas, contexto histórico em que a mulher está inserida, dentre outras.

Cumpramos que, embora as produções mais clássicas abordem os aspectos psicológicos da mulher no período gestacional (SOIFER, 1992; FAISAL-CURY; TEDESCO, 2005; VIEIRA; PARIZOTTO, 2013), os aspectos relacionais, sociais e econômicos nem sempre são discutidos, embora sejam citados. Ultrapassar uma perspectiva intrapsíquica (ainda

-
1. O Brasil se configurou como um dos países do mundo com maior número de óbitos de gestantes e puérperas por covid-19, além de apresentar uma altíssima taxa de letalidade no mesmo grupo (FIOCRUZ AMAZÔNIA, 2022).

hegemônica) nos estudos relacionados à gravidez, parto e puerpério contribui para intervenções direcionadas a redes relacionais e contextos sociais nos quais as mulheres se inserem e para a promoção da saúde a partir da perspectiva da integralidade.

Com a pretensão de contribuir com os estudos psicossociais sobre a gestação, buscamos compreender a vivência da gestação entre gestantes primíparas e múltiparas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no cenário de pandemia de covid-19.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Este estudo qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, envolveu 12 gestantes que realizavam acompanhamento pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Campina Grande/PB no período de junho a agosto de 2021.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados uma ficha sociodemográfica, a fim de obter uma caracterização das participantes, e uma entrevista com roteiro semiestruturado (com gravação), que teve os seguintes eixos norteadores: a vivência da gestação na pandemia, as principais dificuldades e as práticas de enfrentamento. As entrevistas individuais foram realizadas nas próprias UBSs seguindo todos os protocolos de saúde e higiene preconizados.

A coleta de dados foi iniciada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número do parecer 4.652.968. As participantes foram esclarecidas acerca do estudo e concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da autorização do Termo de Autorização de Gravação de Voz (TAGV). A fim de preservar a identidade das participantes, foi utilizada uma identificação numérica para cada entrevista. Cabe ressaltar que, para realização da pesquisa, os aspectos éticos foram atendidos tendo como referência a Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Os dados obtidos foram analisados a partir da proposta de análise de conteúdo temática de Bardin (2011). Recorreu-se a essa estratégia metodológica uma vez que ela permite acessar conteúdos presentes nas falas dos indivíduos de modo a possibilitar a compreensão das experiências e opiniões de sujeitos e grupos específicos sobre o fenômeno pesquisado (OLIVEIRA, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das mulheres demonstrou que a média de idade das gestantes era de 31 anos e 3 meses, variando entre 20 e 44 anos. Em relação à cor, a maior parte das mulheres se autodeclararam de cor parda (N=9). A religião mais comum foi a católica (N=7), embora algumas tenham se declarado evangélicas (N=2), cristã (N=1) ou mesmo sem religião (N=2). Com relação ao estado civil, todas as participantes se encontravam em um relacionamento conjugal, casadas (N=5) ou em uma união estável (N=7) com o pai biológico do filho da atual gestação. No que diz respeito à escolaridade, um maior número de mulheres possuía o ensino médio completo (N=5), seguido do ensino fundamental incompleto (N=2). A maioria delas não estava realizando atividades remuneradas (N=7) e a renda familiar correspondia a um salário mínimo para a maior parte do grupo estudado (N=7) e, em número menor, de até dois salários mínimos (N=3). Também constatamos que a maioria das participantes era multipara (N=7) e desejaram (N=9) ou planejaram (N=8) a gravidez. No que se refere ao trimestre gestacional, o segundo (N=5) e o terceiro trimestre (N=4) foram os mais frequentes entre as participantes. Três gestantes eram de alto risco e relataram ter Diabetes Mellitus, problemas relacionados à tireoide e histórico de pré-eclâmpsia na gravidez anterior.

Em relação a esse perfil sociodemográfico, gostaríamos de destacar que a condição de baixa renda, predominante entre as entrevistadas, representa uma situação de vulnerabilidade social e está associada a condições de vida e de saúde desfavoráveis e a menor acesso e utilização de serviços de saúde. Por isso, pode significar um risco reprodutivo associado às condições socioeconômicas e levanta questões sobre como as vulnerabilidades

sociais estão relacionadas a fatores de risco à saúde reprodutiva e quais desafios na vivência saudável e positiva da gestação (XAVIER *et al.*, 2013).

No tocante ao conteúdo das entrevistas, a análise de conteúdo permitiu a construção das seguintes categorias: desafios; reações e sentimentos na pandemia; e práticas de enfrentamento à vivência da gestação no contexto pandêmico.

DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS GESTANTES NA PANDEMIA

Em relação aos principais desafios enfrentados pelas gestantes na pandemia, destacaram-se a necessidade de ficar em casa (N=4) e o afastamento da rede social significativa (N=3), consequências da adoção das medidas de quarentena e isolamento social de combate à pandemia da covid-19:

O pior desafio foi esse, de ficar trancada dentro de casa, que não é bom (G12, 25 anos).

Desafio sim porque minha família de pais e irmãos moram distante, e aqui, no caso, eu só tenho meus sogros e meu esposo, que ele é filho único. Aí quando a gente quer alguma conversa, algum conselho, uma ajuda ou alguma coisa, aí já é difícil pra mim, e nesse período piorou mais (G8, 27 anos).

Outro desafio apontado pelas participantes diz respeito a questões profissionais e de trabalho, sobretudo no que diz respeito ao afastamento do trabalho (N=3):

O desafio foi ter saído do trabalho, tive que sair do trabalho, fui afastada (G7, 36 anos).

A questão de trabalho, porque eu sou uma pessoa que sempre trabalhei desde muito cedo, então quando você se vê diante de uma situação dessa realmente não sabe muito o que fazer, né? Nem como lidar com isso e eu tive que aprender isso também (G11, 44 anos).

O isolamento e o conseqüente afastamento da rede social significativa² da gestante se caracterizaram como o principal desafio enfrentado na vivência da gestação durante a pandemia. Tendo em vista as diversas transformações e processos adaptativos que a mulher vivencia no período gestacional, as redes sociais se tornam fundamentais na manutenção da saúde mental da mulher e no enfrentamento de situações que causam elevados níveis de estresse e tensão, sobretudo pelo apoio emocional que oferecem (MAFFEI; MENEZES; CREPALDI, 2019).

A distância da rede social significativa está geralmente associada à uma vivência negativa, com altos níveis de estresse e maior vulnerabilidade da mulher no período gestacional, o que revela a sua importância na saúde mental da mulher nesse período (RAPOPORT; PICCININI, 2006; JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007; OLIVEIRA; DESSEN, 2012; MEIRA *et al.*, 2013; PINTO; MONTEIRO, 2018). Podemos compreender os principais desafios relatados (afastamento social e o afastamento laboral) como estressores decorrentes da pandemia que modificaram o conhecido cotidiano das mulheres e ameaçaram o futuro para algumas delas, pela insegurança financeira.

Destaca-se que a pandemia foi um evento estressor que envolveu, por sua vez, outros estressores, como o distanciamento das pessoas. Não poder estar perto ou contar com as pessoas de sua rede social era um elemento de vulnerabilidade para as gestantes, uma vez que uma rede social estável, sensível e ativa contribui para a prevenção de doenças, acelera os processos de cura e aumenta sobrevida (SLUZKI, 1997). Sendo assim, partindo do pressuposto que a saúde não pode ser considerada apenas a partir do olhar biomédico, faz-se necessário reconhecer o papel das questões relacionais e psicossociais e compreender os desdobramentos psicológicos da pandemia, considerando individualidades e especificidades dos grupos sociais (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

-
2. Para este estudo, optamos por adotar o termo rede social significativa, na perspectiva de Sluzki (1997, p. 41), que a define como “a soma de todas as relações que o sujeito entende como relevante ou percebe de forma diferenciada das demais relações sociais, ou seja, diferenciadas da massa anônima da sociedade”.

REAÇÕES E SENTIMENTOS FRENTE À PANDEMIA

As reações e os principais sentimentos vivenciados na gestação de acordo com as participantes foram: estresse (N=5), cansaço (N=5), solidão (N=5), saudade de ver as pessoas (N=5), medo da doença e suas consequências na saúde (N=4).

Eu tenho me sentido um pouco cansada e ao mesmo tempo assustada com esse vírus, com essa pandemia, né? (G1, 31 anos).

Mulher, [tenho me sentido] um pouco estressada, cansada, a pessoa não pode fazer nada, não pode sair, então é isso (G12, 25 anos).

[Senti-me] um pouco só, acho que é mais solidão mesmo, é muito tempo em casa, acho que é isso (G6, 32 anos).

A proximidade do vírus, associada à adoção de medidas de prevenção, como o isolamento social, também geraram desânimo (N=3), como aponta uma das participantes em seu discurso:

É um desânimo, por causa assim, de não poder ver minha mãe, não podia sair, nem ver meus filhos também. Teve tempo que eu fiquei 15 dias [sozinha] porque meu marido estava com suspeita, mas graças a Deus não estava. Aí tudo isso aí, eu fiquei muito triste, me afetou muito. (G7, 36 anos).

A pandemia também reforçou sentimentos ambivalentes na vivência da gestação para as gestantes que estavam no primeiro trimestre da gestação:

É um estresse, né? Mas ao mesmo tempo feliz e triste. É que isso tudo acontece no período da gestação (G9, 39 anos).

Por outro lado, as participantes também relataram um sentimento de tranquilidade (N=4) mediante a chegada das vacinas, que possibilitaram a queda dos números de morte e ocupação de leitos de hospitais:

Agora eu estou mais tranquila, porque estou começando a ver as pessoas ao meu redor começando a ser vacinadas, aí dá uma certa sensação de alívio. Não uma sensação total, mas dá uma tranquilidade (G4, 27 anos).

Eu no começo fiquei um pouco nervosa com tudo isso devido a tudo que está acontecendo, mas, como eu disse a você que eu sou uma pessoa evangélica, eu confio em Deus, eu tenho fé em Deus. Então assim, eu posso dizer que estou calma, tranquila e tenho certeza que Deus vai me conceder esses nove meses assim (G11, 44 anos).

Em pesquisa realizada por Santana (2020) com gestantes, parturientes e puérperas, constatou-se que 90,8% das mulheres relataram perceber mudanças na forma como se sentiam em relação à gestação a partir do advento da pandemia de covid-19. Os principais sentimentos foram: medo, solidão, ansiedade, insegurança, angústia, frustração, tristeza e apreensão. Silva, Russo e Nucci (2021) também relatam que o medo da doença e seu impacto na saúde configurou-se como uma das primeiras reações emocionais das gestantes frente à pandemia.

Saber que pessoas conhecidas contraíram o vírus causou preocupação nas gestantes, em relação à sua saúde e a do bebê, tendo em vista a consciência do potencial de contaminação do coronavírus. Nesse sentido, a despeito da necessidade de isolamento, o distanciamento das pessoas intensificou a vivência do medo e da solidão quando as mulheres esperavam compartilhamento e contato constante com as pessoas da sua rede social significativa. Embora esses sentimentos também sejam compreensíveis frente ao contexto pandêmico, torna-se necessário estarmos atentos à sua manifestação, uma vez que, se prolongados, podem agravar-se, levando a transtornos psíquicos (DIAS *et al.*, 2021). Ademais, cabe destacar que a pandemia explicitou a dimensão psicossocial das nossas emoções e sentimentos, contribuindo para uma análise não reducionista no período gestacional. Em outras palavras, torna-se importante compreendermos a miríade de questões que contribuem para o surgimento de determinadas emoções e sentimentos.

O sentimento de tranquilidade referido pelas participantes e a maior intensidade de alguns sentimentos entre as gestantes que estavam no primeiro trimestre da gravidez evidenciaram também a relação entre

contexto social e a dimensão afetiva dos sujeitos. A maior estabilidade nos números de infecções e o avanço da vacina contribuíram para uma maior sensação de segurança e calma, revelando o impacto emocional da pandemia de covid-19 na vida das gestantes.

PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS NO CONTEXTO PANDÊMICO

Em relação às práticas de enfrentamento dos desafios relacionados à vivência da gestação no contexto da pandemia, foi comum a busca de suporte, especificamente em familiares (N=7):

Acho que a família principalmente tem sido o meu suporte maior, a minha família e a dele (G4, 27 anos).

Constatamos a presença de três importantes familiares no fornecimento de suporte e enfrentamento dos sentimentos negativos, são eles os filhos, os companheiros e as mães:

O que tenho feito é ficado em casa fazendo as coisas que eu gosto, brincando com minha filha, dando atenção a ela e isso me deixa tão bem, me sinto muito bem quando estou com ela, eu fico mais tranquila (G1, 31 anos).

O que tem me ajudado é ficar em casa com meu esposo e meus filhos, nunca ficar só em casa (G2, 34 anos).

Outra prática destacada pelas participantes refere-se à busca da vivência da espiritualidade (N=4), que foi ressaltada como importante estratégia de enfrentamento utilizada pelas mulheres:

Se a gente coloca Deus a frente, a gente fica muito tranquilo em tudo. Você pode estar com um pouco de medo, que é o normal do ser humano, mas se desesperar, graças a Deus, não (G8, 27 anos).

Eu costumo ouvir louvor, que é o que me deixa calma e me faz conectar com o Senhor e por isso eu fico bem calma e consigo lidar com o dia a dia de estar dentro de casa também sem poder sair pra lugar nenhum (G11, 44 anos).

As gestantes também buscaram se distrair (N=3), assistir filmes, séries e vídeos (N=3), evitar ficar sozinha (N=2) ou mesmo trabalhar, fazer terapia, cuidar de crianças da família:

Eu procuro me distrair com as coisas que eu gosto, pra gente não ficar tão doído né, aí eu assisto um vídeo, vejo um filme às vezes (G9, 39 anos).

Conforme exposto, a principal prática de enfrentamento relatada pelas participantes foi a busca da rede de apoio, sobretudo dos familiares. De acordo com Maffei, Menezes e Crepaldi (2019), a família continua aparecendo em lugar de destaque como provedora desse apoio social e exerce um importante papel no que concerne ao apoio emocional das gestantes. Oliveira e Dessen (2012), por sua vez, ao analisar as alterações na rede de apoio social na gestação e nascimento dos filhos, identificaram que a rede de apoio das gestantes era composta principalmente por membros familiares. Nesse sentido, cabe destacar que, historicamente, a família, que já ocupava um lugar preferencial na rede de apoio das gestantes, em tempos de pandemia, para muitas mulheres, foi a única fonte de suporte.

A sensação de maior tranquilidade também se relacionou à prática da espiritualidade, uma estratégia de enfrentamento adotada por diversas pessoas no cenário da pandemia (RIBEIRO, 2020). A religiosidade/espiritualidade vem sendo reconhecidamente mencionada na literatura científica como um dos aspectos do cuidado em saúde a partir de sua inclusão, em 1998, no conceito multidimensional de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com Scorsolini-Comin *et al.* (2020), em estudo sobre religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento à covid-19, é comum as pessoas se voltarem para essa dimensão em tempos de adversidade como uma maneira de entender aquilo que vivem e buscar condições e respostas para reagirem diante das situações a que são expostas. Por isso, a religiosidade/espiritualidade pode ser importante aliada no processo de enfrentamento em situações de adversidade.

Desse modo, a espiritualidade, no cenário da pandemia, teve um importante papel e foi um recurso de manutenção de saúde, propiciando conforto, esperança e sentido às vivências dolorosas decorrentes desse período. Nesse sentido, a presença das crenças religiosas reflete-se nos sentimentos, na vivência e na atribuição de significado ao contexto e atua fornecendo subsídios para uma vivência mais positiva frente a um contexto adverso (RIBEIRO, 2020). Em consonância com esse estudo, os dados de nossa pesquisa nos permitem dizer que a busca da religiosidade/espiritualidade foi uma prática positiva no enfrentamento da pandemia principalmente no período gestacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia impactou de diferentes formas a vivência da gestação para as mulheres participantes deste estudo. Os principais desafios foram o isolamento e consequente distanciamento da rede social significativa das gestantes, que contribuíram para a emergência de sentimentos como solidão, medo e desânimo. Em um período caracterizado por várias transformações e demandas específicas de cuidado à saúde na gestação, lidar com as restrições preventivas impostas pela covid-19 exigiu das mulheres um esforço adaptativo por meio da adoção de diferentes estratégias de enfrentamento, como a religião e a busca de apoio nos familiares mais próximos.

Conhecer como as mulheres vivenciaram esse período nos permitiu vislumbrar a necessidade de aprofundarmos o estudo dos aspectos psicossociais no período gestacional, para que possamos subsidiar intervenções que minimizem o sofrimento de gestantes e reforcem os fatores de proteção, como o fortalecimento das redes sociais para o enfrentamento dos desafios frente aos diferentes contextos nos quais elas vivem. A rede social significativa pode gerar condições de mudança e cuidado, propiciando relações que contribuem para melhoria na qualidade de vida das futuras mães.

Além disso, o profissional de saúde deve estar atento aos diversos condicionantes e determinantes que influenciam a vivência da gestação, como a vulnerabilidade social decorrente da desigualdade ainda tão

arraigada no nosso país. Tal concepção remete ao conceito de determinação social da saúde, relevante para embasar um trabalho em saúde que caminhe no sentido da integralidade, da interprofissionalidade e da promoção da saúde.

Aponta-se, por fim, para a necessidade de realização de novos estudos sobre gestação e puerpério, a partir da perspectiva da interdisciplinaridade, no sentido de subsidiar intervenções interprofissionais que visem atender às diferentes demandas femininas e garantir uma atenção em saúde de qualidade. Nesse sentido, acreditamos que a rede de atenção primária à saúde constitui um rico espaço de possibilidades interventivas que permitam exercer o cuidado integral à saúde da gestante e sua família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.M.C.; ARRAIS, A.R. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847-863, out./dez, 2016.

ALMEIDA, M. O.; PORTUGAL T. M.; ASSIS T. J. C. F. Gestantes e Covid-19: isolamento como fator de impacto físico e psíquico. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant.**, v. 20, n. 2, p. 599-602, 2020.

AMORIM, M. M. R. *et al.* Covid-19 e Gravidez. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 21, Supl. 2, p. S355-S372, maio 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL., Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 13 jun. 2013.

DIAS *et al.* Os Impactos da Pandemia de Covid-19 na Saúde Mental da População. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 30, 2021.

ENUMO *et al.* Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma cartilha. **Estud. psicol.**, Campinas, n. 37, e200065, 2020.

ESTRELA, F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p.1-5, 2020.

FAISAL-CURY, A.; TEDESCO, J. J. A. Características psicológicas da primigestação [Psychological characteristics of the first pregnancy]. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 383-391, 2005.

FIOCRUZ AMAZÔNIA. Estudo aponta 70% de excesso de mortes maternas no Brasil na pandemia. **Portal Fiocruz**, 25, outubro de 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-70-de-excesso-de-mortes-maternas-no-brasil-na-pandemia>. Acesso em: 29 jul. 24.

GARRIDO, R. G.; RODRIGUES, R. C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **J. Health Biol. Scie.** v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 2, p. 184-189, mar./abr. 2007.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M. A. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 22.n. 1, jan./jun., 2019.

MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. **São Paulo: Ideias & Letras**, 2017.

MASCARENHAS, V. H. A *et. al.* Covid-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez: revisão de escopo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 28, p. 2-10, 2020.

MEIRELES, A.; COSTA, M. E. A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. **Psicologia (Colibri Lisboa Edições)**, v. 18, n. 2, p. 75-98, 2005.

MEIRA, R. B. *et al.* Rede de apoio social durante a fase gestacional de mulheres. **Rev. Enferm. UFPE** (online), Recife, v. 7, n. esp, p. 7024-7033, dez. 2013.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rio de Janeiro, Rev. enferm.(UERJ)**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, M. R.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio materno durante a gestação e o parto. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 81-88, 2012.

PINTO, A. R; MONTEIRO, A. A. As redes sociais de apoio na transição para a parentalidade. **Sociologia online**, n. 17, p. 113-135, 2018.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio Social e experiência da maternidade. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv Hum.**, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.

RIBEIRO, C. O. Alteridade, espiritualidade e pandemia. **Caminhos de Diálogo**, Curitiba, v. 8, n. 13, p. 231-248, jul./dez. 2020. ISSN 2595-8208, 2020.

SANTANA, N. “Medo do desconhecido” – atenção às gestantes, parturientes e puérperas no contexto da covid-19. **Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus**, São Paulo, n. 29, 28 abr. 2020.

SCORSOLINI-COMIN, F. *et al.* A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da covid. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, p.1-12, 2020.

SILVA, F. L.; RUSSO, J.; NUCCI, M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, ano 27, n. 59, p. 245-265, jan./abr. 2021.

SILVA, H.G.N; SANTOS, L.E.S; OLIVEIRA, A.K.S. Efeitos da pandemia do novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. **J. Nurs. Health**, v. 10, n. esp., e20104007, 2020.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VIEIRA B. D; PARIZOTTO A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência - ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun, 2013.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

10

CAMILA LAMPIER LUTZKE
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO

**A MULHER NEGRA
E OS DISCURSOS
DA AMAMENTAÇÃO:
INTERSECÇÕES,
DESIGUALDADES
E DESAFIOS**

INTRODUÇÃO

*É preciso uma aldeia inteira
para criar uma criança.*

Provérbio Africano

Existe um alimento democrático, teoricamente acessível a ricos e pobres, pessoas de todas as cores e moradores dos mais ermos distritos. O leite materno é o alimento padrão ouro, tem propriedades imunológicas e nutricionais, além de promover vínculo e desenvolvimento emocional e intelectual pela amamentação (DUTHEIL *et al.*, 2021). O aleitamento materno traz ainda benefícios às lactantes, como redução da depressão pós-parto, do câncer de mama e do câncer de ovários (PEZLEY *et al.*, 2022). Seus reflexos atingem a educação, a economia e a saúde da coletividade, sendo um tema de saúde pública que está intimamente relacionado aos padrões de mortalidade e saúde das populações (BOCCOLINI; CARVALHO; OLVEIRA, 2015). Quanto mais vulnerável uma população, maiores são os benefícios da amamentação (VICTORA *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade do bebê e complementado até os 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2015). Entretanto, apesar de todas as qualidades do leite materno, essa ainda não é uma realidade para grande parte da população. Segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), apenas 45,7% das crianças brasileiras são exclusivamente amamentadas até os seis meses (UFRJ, 2020).

Amamentar é um ato natural, mas que exhibe forte determinação sociocultural e histórica, que pode ser comprovada por diferentes padrões de amamentação em populações ao longo do tempo (ALVARENGA *et al.*, 2017). Trata-se de uma prática que necessita do apoio familiar e da comunidade médica e acadêmica para que seja efetiva (ROJAS, 2017). A interrupção da lactação é complexa e pode ser influenciada por fatores maternos, entre eles: nível socioeconômico, grau de escolaridade, renda, idade, situação de trabalho e raça/cor da pele (CHIANG *et al.*, 2019).

A sociedade brasileira, desde sempre, foi sustentada por diferentes formas de desigualdades, reflexos do racismo herdado de um sistema colonial e escravagista. O racismo é uma forma sistematizada de discriminação que coloca a raça como critério e manifesta-se por condutas conscientes e inconscientes que resultam em desvantagens ou privilégios para determinados indivíduos, a depender do grupo étnico ao qual pertencem (ALMEIDA, 2021).

O racismo estrutural/institucional é um marcador definidor dos modos da organização social, patriarcal, econômica, religiosa e política da sociedade brasileira, atravessando as diversas instituições e ratificando o que Bento (2022) nomeia como sendo parte do “pacto da branquitude” e suas deletérias consequências sobre a população não branca e as instituições. No caso do racismo institucional, o domínio se dá com o estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça que servem para manter a hegemonia do grupo racial no poder (ALMEIDA, 2021).

Esse sistema de desigualdade afeta várias dimensões e instituições, inclusive no setor da saúde. A desigualdade é naturalizada, internalizada no cotidiano como norma (MIRANDA, 2017). O Sistema único de Saúde (SUS), ainda que marcado por princípios como universalidade, equidade e integralidade, reproduz opressões, discriminações, violências e violações sobre os corpos femininos, especialmente sobre aqueles cujos tons se distanciam do modelo dominante (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020).

A construção de uma sociedade que se produz a partir do racismo tem como consequência práticas de saúde pautadas nessa realidade e em pactos de manutenção de privilégios (SOUZA *et al.*, 2022). Nesse sentido, os privilégios advindos desses pactos atingem sobretudo as mulheres negras, ao estarem mais sujeitas ao desemprego e trabalhos precários e expostas a cargas de trabalho mais exaustivas e menos reguladas. Esse contexto

contribui para que muitas vezes sejam impedidas ou tenha limitado o tempo para cuidar dos próprios filhos, diminuindo a disponibilidade para se dedicar à amamentação, conforme apregoado pelas instituições e trabalhadores de saúde.

Questionando o universalismo com que se tratam as dificuldades e intercorrências da amamentação, tanto nas práticas de saúde quanto em estudos na área, limitadas à categoria “mulher”, deve-se atentar para a interseção de sistemas opressivos de gênero e raça. Dessa forma, o presente ensaio objetiva trazer à luz as desigualdades e complexidades das questões afetas à raça e ao gênero e o quanto essas questões influenciam os processos de cuidado, a exemplo da amamentação por mulheres negras.

A ESTRADA ATÉ AQUI

*Se você esquecer, não é proibido
voltar atrás e reconstruir.*
Provérbio Africano

Para compreender o estabelecimento de estruturas coloniais sobre a amamentação na contemporaneidade, é crucial compreender os instrumentos de dominação e controle utilizados pela branquitude. Atenta-se que os colonizadores se dedicaram à violência ao corpo e à existência da mulher negra, tanto no aspecto sexual como no de gênero. O corpo da mulher negra é historicamente visto como um corpo público, vulnerável, acessível para os desejos dos brancos (EVARISTO, 2005).

Nesse sentido, a filósofa Sueli Carneiro (2003) destaca que, no Brasil, a violação colonial executada pelos senhores brancos contra as mulheres negras e indígenas tem a miscigenação como resultante e origem de todas as construções de nossa identidade nacional, estruturada em um decantado mito da democracia racial que permeia a América Latina, que, no Brasil, toma formas ainda mais grosseiras. Esse branqueamento criou o mito de que o fato de pertencermos a uma população miscigenada e plural significa que não somos racistas. Esses mitos contribuem para que, muitas vezes, se minimizem as mazelas que acometem as mulheres negras, ignorando,

assim, as intersecções que as acometem, igualando-as às mulheres brancas privilegiadas e admitindo inclusive que todas as mulheres são iguais, assim como suas necessidades sob uma luz meritocrática capitalista.

No que diz respeito à amamentação, essa estrutura se reproduz em uma ideia contestável de que o insucesso e o desmame precoce são inerentes à incapacidade da mulher em alimentar seu bebê, ignorando toda a estrutura sociocultural e as violências que a colocam nesse papel. Nas palavras de Carneiro (2003), essas violências são, também, o alicerce que atomiza as hierarquias de gênero e raça presentes em nossas sociedades.

Dessa forma, ao reforçar a inaptidão da mulher negra, pode-se situar as origens em práticas sociais relativas à amamentação visibilizadas no ato de amamentar pelas amas de leite. A mulher negra foi parte integrante do *habitus* senhorial, que segue sustentando os acordos tácitos da branquitude e da herança escravocrata, uma vez que, no pacto da branquitude, está implícito o caráter hereditário de privilégios dos brancos e da exploração e naturalização das desigualdades, associadas aos não brancos e de outra classe social. A criança cuidada por uma ama de leite aprendia, em tenra idade, o funcionamento da hierarquia e das relações de mando e poder (MUAZE, 2018, p. 369).

Influências históricas negativas baseadas no legado da escravidão produziram muitas perspectivas na amamentação de mulheres negras. O estereótipo das mães negras escravizadas e das amas de leite desencorajou muitas gerações mais velhas a se engajarem com o aleitamento (DE VANE-JOHSON *et al.*, 2018).

De acordo com Davis (2016), na Carolina do Sul, “escravas fêmeas” não possuíam qualquer exigência legal sobre seus filhos. No Brasil, a separação de mães e filhos também era comum (LOBO; SOUZA, 2019). Quando lhes era permitido estar junto aos seus, as mulheres negras escravizadas, muitas vezes, tinham sua maternidade silenciada, ao compulsoriamente privilegiar os cuidados aos filhos dos senhores em detrimento do cuidado com sua prole.

Esse cenário não é muito diferente das práticas contemporâneas, em que, constantemente, mulheres negras são obrigadas a deixar seus bebês ainda muito pequenos aos cuidados de outras mulheres, invariavelmente pobres e de maioria negras. Em consequência de suas necessidades de sobrevivência, elas precisam afastarem-se dos seus bebês por longos

períodos para cuidar dos filhos de seus patrões, inviabilizando a possibilidade de amamentação exclusiva já nos primeiros meses dos seus filhos. Ressalta-se que, muitas vezes, essas mulheres são mães-solo e únicas responsáveis pelo suporte financeiro da família. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil tem 11 milhões de mães que são as únicas responsáveis pelo cuidado de sua prole, das quais 61% são negras, e 63% das casas chefiadas por mulheres negras estão abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2018).

Diante do exposto, pode-se questionar: de que forma a cultura sobre a amamentação exclusiva tem afetado as mulheres negras no exercício da maternagem contemporânea? Numa sociedade capitalista, quais os impactos das estruturas racistas para fazer valer as insígnias de que “amamentar é um ato natural, mas que exhibe forte determinação socio-cultural e histórica, que pode ser comprovada por diferentes padrões de amamentação em populações e através do tempo”. Partimos da premissa de que, infelizmente, após mais de três séculos de escravização, as desigualdades persistem e são seletivas nas questões vinculadas a raça e gênero. Portanto, as marcas da maternidade negra precisam de novos olhares interseccionados por questões afetas ao sexismo, ao racismo, à divisão de classe e às violências obstétricas que indubitavelmente atingem em maior proporção as mulheres negras, inclusive no que diz respeito a amamentação.

CAMINHOS LONGOS E PASSOS LENTOS

Se quiser ir rápido, vá sozinho. Se quiser ir longe, vá acompanhado.
Provérbio Africano

Não se pode negar que exista uma legislação de promoção e proteção abrangente do ponto de vista específico da maternidade e, em particular, da amamentação, mas ela ainda não alcançou a efetivação dos direitos de forma equânime nas diferentes classes e raças da sociedade. Nesse sentido,

pode-se afirmar que não faltam leis, falta a sua efetivação mediante políticas públicas de proteção social (PERES; PEGORARO, 2014).

A experiência de amamentação para mulheres negras é única e apresenta áreas adicionais para intervenção com base em um estigma cultural e histórico (RABB *et al.*, 2023). A sobreposição de sistemas opressivos, como o sexismo, o racismo e a exploração capitalista marcam sua trajetória de vida. A escritora norte-americana Kimberlé Crenshaw (2002) cunhou o conceito de interseccionalidade, tratando especificamente da forma pela qual racismo, sexismo e opressão de classe se combinam e sobrepõem, criando desigualdades básicas que estruturam as posições relativas das mulheres. Expostas às pressões estruturais e do sistema, acumulam fatores de risco para vulnerabilidade social e frágil apoio do Estado. Nesse sentido, destacam-se os determinantes sociais relacionados à interrupção do aleitamento materno, tais como

[...] a falta de estrutura social que propicie a amamentação; determinantes das condições concretas da realidade vivida; interesses mercadológicos mascarados de conhecimento científico travestidos de dispositivos para a saúde, numa referência ao desmame da excepcionalidade; desmame socioculturalmente construído, destacando que a mulher necessita de apoio não só da família e dos profissionais de saúde, mas também, do apoio governamental, o que requer a formulação de leis que garantam condições para o exercício dessa prática (PERES; PEGORARO, 2014).

Desigualdades raciais em saúde persistem no país e mulheres negras têm piores indicadores de acesso ao pré-natal bem como maiores taxas de mortalidade materna durante a gestação, parto e puerpério. Importante salientar que ocorreram melhorias incrementais nos cuidados pré-natais de 2014 a 2019, apontando para a redução da desigualdade entre gestantes negras e brancas. Entretanto, parte dos ganhos desse período foram perdidos com a pandemia de covid-19 (COELHO *et al.*, 2022).

Outro aspecto importante a ser considerado no contexto das desigualdades raciais como causas para a interrupção do aleitamento materno é a desinformação, considerada como um elemento limitador da capacidade de decisão e de escolhas comprometendo a autonomia e a qualidade de vida para a mulher e para a criança (PERES; PEGORARO, 2014).

Nesse cenário de desigualdades, uma questão importante que deve ser considerada é que:

[...] baixa escolaridade, baixa renda, relações assimétricas de poder em ambiente de trabalho ou escolar, sistema de saúde inadequado às necessidades de nutrízes e bebês, marketing indiscriminado de fórmulas lácteas são injustiças presentes na sociedade que geram privação sob a forma de exclusão ou inclusão injusta, mas que há marcos legais para enfrentá-los. Dar luz à categoria injustiça social, como fator causal para o não aleitamento materno e o desmame, ao contrário de considerar apenas como condições desfavoráveis, talvez seja nos dias atuais o maior desafio para a promoção, proteção e apoio ao AM [aleitamento materno] (PERES; PEGORARO, 2014, p. 284).

A discriminação racial/racismo está presente também na atenção ao parto e nascimento. Pesquisas identificam desigualdades relacionadas à raça/cor na atenção à saúde das mulheres brasileiras atendidas no pré-natal, demonstrando que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis acarretam desvantagens para as mulheres quanto ao acesso a um pré-natal considerado adequado segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, incluindo orientações com relação ao aleitamento materno (LESSA *et al.*, 2022).

Observou-se associação negativa estatisticamente significativa entre a cor da pele e o início do pré-natal com 12 semanas ou menos, o número de consultas igual ou superior a seis, realização de teste HIV, realização de exame VDRL, exame das mamas em todas as consultas, orientações referentes ao trabalho de parto, sinais de risco indicativos de emergência obstétrica e aleitamento materno, além das orientações relacionadas à maternidade de referência. [...] Com relação à orientação sobre aleitamento materno, os resultados apontaram que gestantes negras tiveram chances 33% menores de serem orientadas sobre o assunto (LESSA *et al.*, 2022, p. 3885).

Exemplo de falha no provimento à saúde é a violência obstétrica, que atinge diretamente as mulheres e pode ocorrer na gestação, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento. Inclui maus tratos verbais, físicos e sexuais, omissões e procedimentos desnecessários ou danosos

(LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021). Nesse sentido, é possível inferir que representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde (TESSER *et al.*, 2015), sendo reforçados na imposição de discursos de culpabilidade, a exemplo da associação acrítica do amor materno, cuidados e amamentação. A triste realidade de mortalidade materna e infantil de mulheres e recém-nascidos negros reflete as desigualdades advindas do racismo estrutural/institucional, reforçando a inequidade nas linhas dos cuidados de saúde (PETIT *et al.*, 2021). No Brasil, as mortes maternas de mulheres negras são cerca de duas vezes maiores em comparação às de mulheres brancas (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021).

A violência obstétrica é reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2014. Com base nos estudos da pesquisadora Maria do Carmo Leal, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Curi, Ribeiro e Marra (2020) afirmam que a violência obstétrica é a regra, que se impõe por discriminações de gênero e de raça, intrínsecas na sociedade e na cultura médica hegemônica, observando-se o racismo obstétrico na prática.

[...] mulheres negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado. São aquelas que realizam menos - e mais rápidas - consultas obstétricas do que o indicado pelo Ministério da Saúde. São elas também as que mais peregrinam entre as maternidades, as que vão ter o direito de acompanhante durante o parto violado. São/serão as que mais sofrem/sofrerão violências obstétricas (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020).

A violência obstétrica durante o parto pode afetar a capacidade da mulher amamentar de 43 a 180 dias após o nascimento do bebê (LEITE *et al.*, 2023). Mulheres expostas à violência obstétrica têm menor chance de sair da maternidade amamentando e de manter o aleitamento à longo prazo, e todos os indicadores de atenção ao parto são mais mal avaliados em mulheres negras (LEITE *et al.*, 2022). Observa-se efeito direto da cor da pele nas práticas assistenciais nos serviços de atendimento ao parto e nascimento, o que sugere a existência de discriminação racial/racismo. Entretanto, apesar do significativo efeito direto da raça nas boas práticas e intervenções obstétricas no trabalho de parto e parto, a maior realização

de contato pele a pele com o recém-nascido e amamentação no local do parto foi observada nas mulheres de cor de pele preta ou parda, quando comparadas às brancas. A interpretação, nesse caso, é que mulheres pretas e pardas estão realizando essas boas práticas em maior proporção que as mulheres brancas, o que pode ser efeito de maior aceitação dessas práticas por mulheres negras, em contrapartida ao sistema intervencionista prevalente (ALVES *et al.*, 2021)

O desafio da amamentação por mulheres negras necessita da colaboração e esforços por parte da família e rede de apoio, junto à comunidade e aos empregadores, dentre outros. Necessita ainda do sistema de saúde e de seus provedores, com oferta de serviços solidários, humanizados, bem como a formulação e implantação de políticas públicas para uma mitigação bem-sucedida (GYAMFI *et al.*, 2021). A garantia de direitos trabalhistas, como a licença-maternidade remunerada, e iniciativas que apoiam a ordenha de leite materno são exemplos de políticas pró-amamentação. As recomendações para aumentar as taxas de amamentação nessa população incluem melhor comunicação e estratégias educacionais por profissionais de saúde, conhecimento para reconhecer o preconceito implícito e o racismo sistêmico em nosso sistema de saúde, apoio pré-natal e pós-parto contínuo, maior apoio comunitário e grupos de amamentação desenvolvidos por e para mulheres negras (PETIT *et al.*, 2021).

Ao centrar as experiências negras, pesquisadores de saúde pública podem fornecer uma nova lente promissora para abordar as disparidades sociais da amamentação e, potencialmente, disparidades gerais de saúde (RABB *et al.*, 2023). As possíveis consequências das taxas de amamentação entre a população negra são especialmente preocupantes, porque seus filhos apresentam disparidades de saúde na maioria das condições para as quais a amamentação é conhecida como protetora (CHAPMAN; PÉREZ-ESCAMILLA, 2012).

Dessa forma, a atenção à mulher e ao bebê precisam ser parte de projetos terapêuticos humanizados que incentivem a sororidade numa perspectiva feminista, assim como a sustentação de políticas públicas antirracistas e da paternidade responsável. Nesse sentido, a autora Bell Hooks (2020, p. 36) chama atenção de que “sororidade feminista está fundamentada no comprometimento compartilhado de lutar contra a injustiça patriarcal, não importa a forma que a injustiça toma”.

Por fim, faz-se necessário destacar que, para reduzir as desigualdades raciais nos indicadores de acesso a cuidados pré-natais parto e nascimento, é preciso fortalecer a Atenção Básica, programas relacionados à saúde da mulher e da gestante bem como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que contempla diretrizes para garantir um olhar específico para a saúde de mulheres negras (COELHO *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

O triste histórico de exploração e racismo e da violência contra as mulheres negras deixou marcas ainda mais extensas do que costumamos abordar no meio acadêmico, em pesquisas, debates e estudos, reverberando em temáticas inicialmente pouco conexas, como relação entre raça e amamentação. A mulher é inserida em uma realidade hostil e opressora e, depois, culpabilizada por estar nessa conjuntura. Ao amamentar, a mãe negra sofre com escassez de políticas públicas de promoção ao aleitamento, despreparo e racismo nos atendimentos de saúde, falta de emprego formal que garanta período protegido para amamentar, construções sociais que sexualizam seu corpo, além da falta de interesse de pesquisadores, trabalhadores, gestores e sociedade em geral sobre sua condição específica. A superação desses desafios requer esforços de vários atores sociais como família, comunidade, profissionais de saúde e Estado. É fundamental construir uma sociedade mais justa, em que todas as mães possam amamentar seus filhos com dignidade e igualdade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Jandaíra; 2021.

ALVARENGA, S. C. *et al.* Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 93-103, 2017.

ALVES, *et al.* Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Cien. Saúde Colet.**, v. 26, n. 3, p. 837-846, 2021.

BENTO, C. **O Pacto da Branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 91, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos da Atenção Básica nº23. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

CARNEIRO, A. S. Mulheres e Movimento. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, 2003.

CHAPMAN, D. J.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding among minority Women: Moving from risk factors to interventions. **American Society of Nutrition**, v. 3, n. 95-104, 2012.

CHIANG, K. V. *et al.* Receipt of breast milk by gestacional age. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 68, n. 22, p. 490-493, 2019.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

COELHO, R. *et al.* **Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020**. Nota técnica, n. 27. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde – IEPS, ago. 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf. Acesso em: 27 jul. 2023.

CURI, P. L.; RIBEIRO, M. T. de A.; MARRA, C. B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 156-169, 2020.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE VANE-JOHNSON, S. *et al.* A qualitative study of social, cultural and historical influences of African American women's infant feeding practices. **The Journal of Perinatal Education**, v. 27, n. 2, p.71-85, 2018.

DUTHEIL, F. *et al.* Breastfeeding after Returning to Work: A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Environment Research and Public Health**, v. 18, n. 16, 2021.

EVARISTO, A. Da representação a auto-representação da mulher negra na literatura brasileira. **Revista Palmares**, v. 1, n. 1, 2005.

GYAMFI, A. *et al.* Black/ African American Breastfeeding Experience: Cultura, Sociological and Health Dimensions Through an Equity Lens. **Breastfeeding Medicine**, v. 16, n. 12, 2021.

HOOKS, B. **O feminismo é pra todo mundo: políticas arrebatadoras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero: Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro, 2018.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e saúde pública no Brasil. **Cien. Saúde Colet.**, v. 27, n. 2, p. 483-491, 2022.

LEITE, T. H. *et al.* The effect of violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort "Birth in Brazil". **The Lancet**, v. 19, 2023.

LESSA, M. S. de A. *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Cien. Saúde Colet.**, v. 27, n. 10, p. 3881-3890, 2022.

LIMA, K. D.; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Cien. Saúde Colet.**, v. 26, n. 3, 2021.

LOBO, J. A.; SOUZA, I. F. Na encruzilhada da maternidade negra. *In*: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 13., 2019, Porto Alegre. **Anais [...]** Porto Alegre: UFRGS, 2019.

MIRANDA, J. Branquitude invisível: Pessoas brancas e a não percepção dos privilégios: verdade ou hipocrisia? *In*: MULLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.), **Branquitude**: Estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba (PR): Appris, 2017. p. 57-70.

MUAZE, M. Maternidade Silenciada: Amas de leite no Brasil escravista, século XIX. *In*: XAVIER, R. C. L.; OSÓRIO, H. (Orgs.). **Do tráfico ao pós-abolição**: Trabalho compulsório e livre e a luta por direitos sociais no Brasil. São Leopoldo: Oikos, 2018.

PERES, P. L. P.; PEGORARO, A. O. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. **Rev. Enferm UERJ**, v. 22, n. 2, p. 278-285, 2014.

PETIT, M. *et al.* Examination of factors that contribute to breastfeeding disparities and inequities for black Woman in US. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 53, p. 977-86, 2021.

PEZLEY, L. *et al.* Efficacy on Behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. **International Breastfeeding Journal**, v. 17, n. 1, 2022.

RABB, K. *et al.* Examining black woman's breastfeeding experiences in the United States: a scoping review of qualitative studies. **Maternal and Child Health Journal**, 2023.

ROJAS, G. E. Representaciones y prácticas socioculturales asociadas al destete precoz en un grupo de madres adolescentes venezolanas. **Perspectivas em Nutrição Humana**, v. 18, n. 2, p. 171-186, 2017.

SOUZA, M. C. *et al.* A (in)visibilidade do racismo estrutural no cuidado em saúde: percepção de mulheres negras com câncer de mama. **Sanare**, n. 21, n. 2, p.15-22, 2022.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e a prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v.10, n. 35, p.1-12, 2015.

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos.** ENANI 2019 (Documento eletrônico). Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. 108 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 12 jun 2023.

VICTORA, C.G. *et al.* Breastfeeding in the 21st Century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, 2016.

11

FABIANA TURINO
POLLYANNA PAZITO PEREIRA
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA, ESPÍRITO SANTO

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica de longa duração, que se desenvolve ao longo dos anos em diversos estágios clínicos. Esses estágios podem ser divididos em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária). O agente responsável é uma bactéria gram-negativa pertencente ao grupo das espiroquetas, conhecida como *Treponema pallidum*, caracterizada pela sua alta patogenicidade (BRASIL, 2020).

No mundo todo, foram estimados cerca de 661 mil casos de sífilis congênita em 2016. Já no Brasil, entre 2014 e 2018, houve crescimento no número de casos de sífilis adquirida na população adulta, de sífilis em gestantes e de sífilis congênita. Entre os fatores que justificam essa elevação, pode ser destacado o aumento na testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos. Contudo também é preciso considerar a diminuição no uso de preservativos, a redução na administração da penicilina nos serviços de atenção primária à saúde e o desabastecimento mundial desse medicamento (BRASIL, 2022).

Entre 2011 e 2021, houve 1.035.942 casos de sífilis adquirida no Brasil, sendo 297.003 casos de sífilis em gestantes e 466.584 casos de sífilis congênita. No mesmo período, foram 221.600 óbitos atribuídos à sífilis congênita. Destaca-se que a sífilis congênita é um agravo evitável, desde que a sífilis gestacional seja diagnosticada e tratada oportunamente (BRASIL, 2022).

Apesar dos esforços de atores em diversos níveis da saúde pública, a sífilis ainda permanece como grave problema sanitário, com falhas de cobertura, especialmente na assistência pré-natal. A maior parte dos

casos de sífilis congênita decorre do insucesso na testagem durante o pré-natal ou de tratamento inadequado ou ausente da sífilis materna, resultando da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária, independentemente da idade gestacional (BRASIL, 2020). Eventualmente, essa transmissão pode ocorrer durante o nascimento, por contato direto com lesões de sífilis no canal de parto (DOMINGUES *et al.*, 2021).

A sífilis congênita é uma doença com amplo espectro clínico e pode se manifestar desde as formas assintomáticas ou oligossintomáticas até às formas graves, com quadros sépticos, óbitos fetais e neonatais. As manifestações clínicas das crianças com sífilis congênita podem se apresentar a qualquer momento antes dos 2 anos de idade, geralmente no período neonatal. Cerca de dois terços das crianças desenvolvem sintomas entre três e oito semanas de vida, e raramente surgem manifestações clínicas após três a quatro meses (DOMINGUES *et al.*, 2021).

As ações de vigilância, prevenção e controle da sífilis congênita relacionam-se à qualidade do cuidado da gestante no pré-natal, como rastreamento sorológico e tratamento correto e oportuno da sífilis materna, instituído o mais precocemente possível. A efetividade da assistência prestada à gestante precisa considerar todos esses parâmetros para evitar a transmissão vertical (BRASIL, 2022).

Deve-se considerar a sífilis na gestação como uma emergência fetal, devido à elevada proporção de óbito fetal relacionado à falta de tratamento. O tratamento deve ser iniciado de imediato, mesmo em gestante assintomática (BRASIL, 2022).

No tratamento da sífilis nas gestantes, é preconizado a benzilpenicilina benzatina como o único medicamento que efetivamente trata a gestante com sífilis e o feto, visto que atravessa a barreira transplacentária. A administração da penicilina pode ser realizada em serviços de saúde privados ou públicos, inclusive nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), por médicos, enfermeiros ou farmacêuticos (BRASIL, 2022). A reação anafilática à benzilpenicilina benzatina é um evento raro, que pode ocorrer em cerca de 0,002% dos casos. É importante que o intervalo de sete dias entre as doses seja mantido e monitorado, para evitar perdas durante o tratamento. As unidades de saúde devem realizar

busca ativa de gestantes faltosas para completar o esquema terapêutico (BRASIL, 2022).

O diagnóstico etiológico de sífilis adquirida exige correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas devidamente registradas em prontuário e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e o tratamento adequado (CALDEIRA; MORAIS; LOBATO, 2022).

A sífilis adquirida, a sífilis em gestantes e a sífilis congênita são doenças de notificação compulsória desde 2010 e devem ser registradas no Sistema de Informação em Saúde – Vigilância em Saúde (e-SUS/VS), um sistema eletrônico capixaba desenvolvido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que permite o acesso, em tempo real, às informações em saúde. O Espírito Santo iniciou o ano de 2020 com esse novo sistema de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde voltados aos serviços de saúde público e privado em todo o território capixaba. O e-SUS/VS substituiu o modelo anteriormente utilizado no Espírito Santo, conhecido como Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde.

Importante destacar que ainda é bastante incipiente a notificação de casos de sífilis em gestantes e em suas parcerias sexuais, assim como de sífilis congênita, em unidades de saúde pública e nos serviços privados, o que contribui para a subestimação da ocorrência da sífilis nos municípios. A priorização de políticas públicas com envolvimento de autoridades sanitárias, gestores de saúde e população é um caminho decisivo para levar a mudanças no cenário atual da sífilis no país.

Diante desse quadro, em que se destacam o aumento de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, apresenta-se necessária e urgente a manutenção da vigilância em saúde. Assim, esta pesquisa se justifica por propor um instrumento eficiente de mensuração do ciclo de vigilância epidemiológica da sífilis no município de Vila Velha/ES, além de contribuir efetivamente para o conhecimento sobre a dinâmica da doença nos últimos cinco anos. Vale ressaltar que, no município de Vila Velha, somente no primeiro semestre de 2022, foram notificados 592 casos de sífilis adquirida, 132 casos de sífilis em gestantes e 44 casos de sífilis congênita.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), integrante do DATASUS – Ministério da Saúde, eventualmente, do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Vigilância em Saúde (E-SUS/VS), relativos a todos os casos notificados de sífilis congênita no município de Vila Velha, Espírito Santo, no período de 2018-2022.

Foram utilizadas, para esta pesquisa, as seguintes variáveis (congruentes em informações maternas e do bebê) disponíveis na base de dados do Sinan relativas à sífilis congênita: município de residência Vila Velha; realização de pré-natal (sim, não, ignorado); momento do diagnóstico (durante o pré-natal, momento do parto/curetagem, após o parto, não realizado, ignorado); tratamento da mãe (adequado, inadequado, não realizado, ignorado); faixa etária do bebê no momento do diagnóstico (0-6 dias, 7-27 dias, 28 dias a < 1 ano, 1 ano [12-23 meses]); classificação final para o bebê (sífilis congênita) e evolução (vivo, óbito pelo agravo notificado, óbito por outra causa, ignorado).

Calculou-se as taxas de incidências da doença para cada mil nascidos vivos no município de Vila Velha segundo realização de pré-natal e tratamento, todos para o mesmo período estudado.

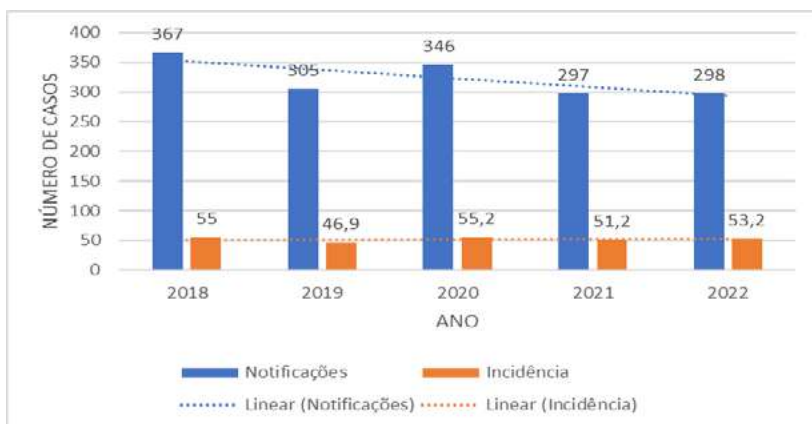
Com relação ao acompanhamento pré-natal e nascidos vivos no município de Vila Velha no período de 2018-2022, considerou-se o percentual para as variáveis: nascidos vivos segundo modelo de atenção à saúde (PACS, ESF, outros); número de gestantes acompanhadas, segundo modelo de atenção à saúde (PACS, ESF, outros); número de consultas pré-natal (nenhuma, 1-6, 7 ou mais, ignorado).

Não houve necessidade de submeter o projeto de pesquisa à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) devido os dados serem de domínio público.

RESULTADOS

Em relação à sífilis em gestantes no município de Vila Velha, a partir dos sistemas de informação Sinan (2018 e 2019) e E-SUS/VS (2020, 2021 e 2022), verificou-se que a taxa de incidência chegou a alcançar, no ano de 2018, 55 casos por mil nascidos vivos, com uma diminuição para 46,9 casos por mil nascidos vivos em 2019. O ano de 2020 apresentou um crescimento acentuado, alcançando 55,2 casos por mil nascidos vivos. Em 2021, foram registrados 51,2 casos por mil nascidos vivos, o que corresponde a um valor inferior ao ano de 2020, mas, mesmo apresentando uma leve redução nos registros, ainda assim o município ocupa a terceira posição nos casos de sífilis em gestante no estado do Espírito Santo. Em 2022, a incidência de sífilis em gestantes alcançou 53,2 casos por mil nascidos vivos em Vila Velha (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de casos notificados e taxa de incidência de sífilis em gestante, Vila Velha, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan, 2018 e 2019; E-SUS VS, 2020, 2021 e 2022.

Esses números evidenciam a necessidade urgente de intervenções direcionadas ao pré-natal, visando aprimorar tanto o diagnóstico precoce quanto o tratamento eficaz, além de garantir o acompanhamento adequado das gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum* e de seus

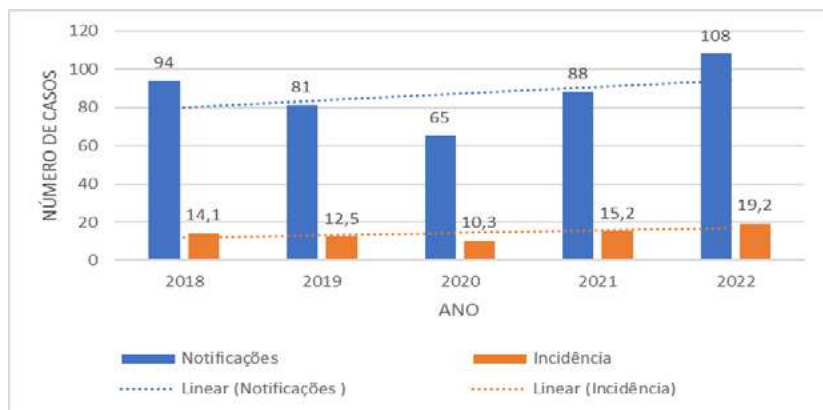
parceiros. É fundamental também a notificação dos casos de sífilis em gestantes no sistema E-SUS/VS, o controle rigoroso do tratamento por meio do registro das doses administradas e a realização de uma busca ativa para localizar casos não tratados ou pacientes que tenham interrompido o acompanhamento nas unidades de saúde do município.

Importante destacar que a média de sífilis em gestantes registrada em cinco anos (2018 a 2022) no município foi de 322,6 casos. Número significativo e que expressa um vazio assistencial quando se trata de pré-natal.

O estado do Espírito Santo enfrenta, desde 2009, uma elevação progressiva na taxa de incidência de sífilis congênita, atingindo 7,6 casos para cada mil nascidos vivos em 2019 de acordo com o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI/MS (BRASIL, 2019). Já o município de Vila Velha enfrenta uma epidemia ainda maior, com aumento do número de casos a partir do ano de 2016.

No Gráfico 2, é apresentada a correlação entre o número de casos notificados e a taxa de incidência da sífilis congênita em Vila Velha no período estudado. Observa-se uma taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de 14,1 casos para cada mil nascidos vivos em 2018 em Vila Velha. Já nos anos de 2019 e 2020, o município registrou uma redução considerável. Porém, em 2021, o cenário apresentou um aumento expressivo, registrando 15,2 casos para cada mil nascidos vivos.

Gráfico 2. Número de casos notificados e taxa de incidência de sífilis congênita, Vila Velha, 2018 a 2022.



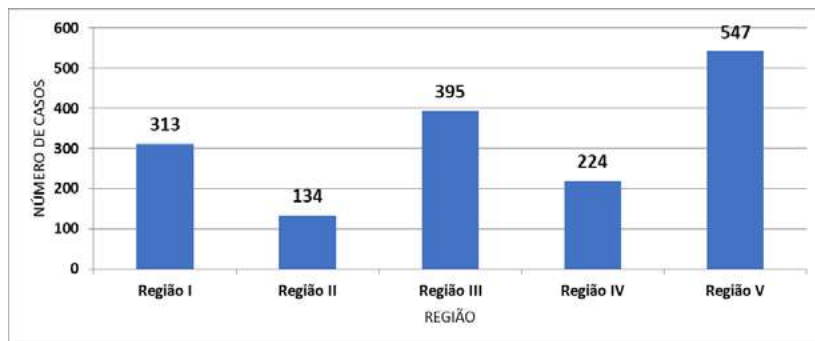
Fonte: Sinan; 2018 e 2019; E-SUS VS, 2020, 2021 e 2022.

O município de Vila Velha é dividido em cinco regiões administrativas de saúde, conforme a Lei nº 4.707, de 10 de setembro de 2008 (VILA VELHA, 2008). Essas regiões correspondem a 67,9 quilômetros quadrados, ou seja, cerca de 32% da área territorial do município. As demais áreas do município são formadas por áreas rurais e de Extensão Urbana. As regiões são divididas da seguinte forma: Região I¹, Centro; Região II², Grande Ibes; Região III³, Grande Aribiri; Região IV⁴, Grande Cobilândia; Região V⁵, Grande Jucu.

-
1. Centro,,Boa Vista I, Boa Vista II, Coqueiral de Itaparica, Cristóvão Colombo, Divino Espírito Santo, Glória, Ilha dos Ayres, Itapoã, Jaburuna, Jockey de Itaparica, Olaria, Praia da Costa, Praia das Gaivotas, Praia de Itaparica, Residencial Coqueiral, Soteco e Vista da Penha.
 2. Ibes, Araçás, Brisamar, Cocal, Darly Santos, Guaranhuns, Ilha dos Bentos, Jardim Asteca, Jardim Colorado, Jardim Guadalajara, Jardim Guaranhuns, Nossa Senhora da Penha, Nova Itaparica, Novo México, Pontal das Garças, Santa Inês, Santa Mônica Popular, Santa Mônica, Santos Dumont, Vila Guaranhuns e Vila Nova.
 3. Aribiri, Argolas, Ataíde, Cavalieri, Chácara do Conde, Dom João Batista, Garoto, Ilha da Conceição, Ilha das Flores, Paul, Pedra dos Búzios, Primeiro de Maio, Sagrada Família, Santa Rita, Vila Batista, Vila Garrido e Zumbi dos Palmares.
 4. Cobilândia, Alecrim, Alvorada, Cobi de Baixo, Cobi de Cima, Industrial, Jardim do Vale, Jardim Marilândia, Nova América, Planalto, Rio Marinho, Santa Clara, São Torquato, Vale Encantado e Pólo Empresarial Novo México.
 5. Barra do Jucu, Balneário Ponta da Fruta, Barramares, Cidade da Barra, Interlagos, Jabaeté, João Goulart, Morada da Barra, Morada do Sol, Morro da Lagoa, Normília da Cunha, Nova Ponta da Fruta, Ponta da Fruta, Praia dos Recifes, Riviera da Barra, Santa Paula I, Santa Paula II, São Conrado, Terra Vermelha, Ulisses Guimarães e Vinte e Três de Maio.

No Gráfico 3, pode-se observar a correlação entre o número de casos notificados de sífilis em gestantes por região de saúde de Vila Velha.

Gráfico 3. Número de casos notificados de sífilis em gestantes por região de saúde, Vila Velha, 2018 a 2022.

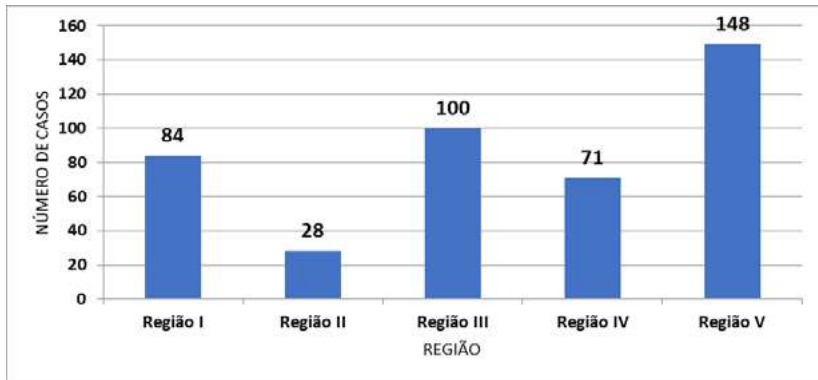


Fonte: Sinan, 2018 e 2019; E-SUS VS, 2020, 2021 e 2022.

Pode-se observar, considerando as regiões administrativas, que a região V é a que mais possui casos notificados de sífilis em gestante, seguida das regiões III, I, IV e II respectivamente. E, ao considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais, os bairros da região V também são os que apresentam os piores números e, conseqüentemente, os piores indicadores assistenciais de saúde. Atualmente, a região V dispõe de cinco Unidades Básicas de Saúde, todas com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Mesmo assim, por ser a região mais populosa do município, o vazio assistencial predomina, o que acentua os agravos em saúde pública.

No Gráfico 4, pode-se observar a correlação entre o número de casos notificados de sífilis congênita por região de saúde no município de Vila Velha no período de 2018 a 2022.

Gráfico 4. Número de casos notificados de sífilis congênita por região de saúde, Vila Velha, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan, 2018 e 2019; E-SUS VS, 2020, 2021 e 2022.

Conforme é possível observar, a região V e III possuem a maioria dos casos notificados. Importante ressaltar que a diferença existente do quantitativo total de casos notificados de sífilis congênita por ano e região de saúde são de cinco casos, pois esse quantitativo refere-se a mulheres em situação de rua, ou seja, não possuem endereço residencial fixo.

Para entender melhor e caracterizar o perfil da sífilis congênita, a Tabela 1 apresenta as características e os dados clínicos e demográficos do pré-natal avaliados anualmente no período de 2018 a 2022 no município de Vila Velha. Ao analisar a realização de pré-natal, percebe-se que o percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis congênita que não realizaram o pré-natal diminuiu durante o período estudado. Isso refletiu na diminuição dos percentuais para o diagnóstico da sífilis materna durante ou após o parto/curetagem, até o ano de 2022.

Tabela 1. Características Clínicas e Demográficas das gestantes, Vila Velha, 2018 a 2022.

Variáveis
Gestante com sífilis por ano diagnóstico
Variáveis
Taxa de detecção de sífilis em gestante
Taxa de incidência de sífilis congênita em < de 1 ano
Variáveis
Casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico
Sim
Não
Ignorado
Momento de diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico
Durante o pré-natal
Momento do parto/curetagem
Após o parto
Não realizado
Ignorado
Sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico
Adequado
Inadequado
Não realizado
Ignorado
Faixa etária do bebê no momento do diagnóstico
0 a 6 dias
7-27 dias

2018		2019		2020		2021		2022	
N		N		N		N		N	
367		305		346		297		298	
%		%		%		%		%	
55		46,9		55,2		51,2		53,2	
10,2		13,6		10,3		14,9		19,2	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65	65,7	62	72,9	36	72,9	59	67,0	83	76,9
33	33,3	23	27,1	23	27,1	25	30,6	21	19,4
01	1,0	0	0	05	0	04	2,3	04	3,7
47	47,5	38	44,7	33	51,6	52	59,1	67	62,0
36	36,4	33	38,8	27	42,2	31	35,2	35	32,4
7	7,1	4	4,7	2	3,1	3	3,4	3	2,8
4	4,0	7	8,2	0	-	2	2,3	2	1,9
5	5,1	3	3,5	2	3,1	0	0	1	0,9
-	-	4	4,7	14	21,9	20	22,7	12	11,1
17	17,2	24	28,2	21	32,8	24	27,2	62	57,4
65	75,8	55	64,7	23	35,9	32	33,6	23	21,3
7	7,1	2	2,4	6	9,4	12	13,6	11	10,1
99		85		65		88		108	
-		-		-		-		-	

(Cont.) Variáveis

28 dias a <1 ano

1 ano (12 a 23 meses)

Classificação Final bebê

Sífilis Congênita Recente

Sífilis Congênita Tardia

Natimorto/Aborto por Sífilis

Descartado

Ignorado

Evolução

Vivo

Óbito pelo agravo notificado

Óbito por outra causa

Ignorado

Fonte: Sinan, 2018 e 2019; E-SUS VS, 2020, 2021 e 2022.

Outro dado que revela falhas no sistema de saúde é que, em todo o período estudado, apenas 11,2% das gestantes realizaram tratamento adequado quando diagnosticadas com sífilis no momento do pré-natal. Com relação ao tratamento do parceiro, os dados de notificação apresentam-se, em sua maioria, como ignorados, pois, para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Entretanto, ao observar o momento do diagnóstico da sífilis congênita no bebê, percebe-se que a maioria dos casos de sífilis congênita é diagnosticada até o sexto dia de vida da criança e que esse percentual foi aumentando ao longo do período, mantendo-se sempre próximo ou superior a 90%. Essa característica faz a maioria dos bebês serem classificados como portadores de sífilis congênita recente (até dois anos de vida). Em 2019, o município de Vila Velha apresentou uma média de mais de 10% de bebês que morreram devido à sífilis congênita, sendo o maior índice no período.

É importante destacar que existe uma limitação no registro do tratamento das mães. Essa informação não é registrada quando se pesquisa

N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
-		-		-		-		-	
-		-		-		-		-	
85		72		65		88		108	
0		0		0		0		0	
14		13		6		8		12	
0		0		0		0		0	
0		0		0		0		0	
71	83,5	59	81,9	59	90,7	80	99,9	96	88,8
14	16,4	13	18,0	6	9,2	8	9,0	12	11,1
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

a data de início do tratamento. Foi possível observar que os registros de tratamento para sífilis nas mães estão disponíveis apenas no ano de nascimento do bebê.

As variáveis relacionadas à sífilis congênita que apresentaram os maiores percentuais de informação ignorada para o período foram escolaridade materna e raça/cor (dados não apresentados), mostrando a fragilidade no preenchimento das fichas de notificação compulsória ao reprimir variáveis tão importantes para os estudos epidemiológicos. Limitações que impactam na análise dos dados socioeconômicos e no perfil epidemiológico.

DISCUSSÕES

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que o controle da sífilis na gestação no município de Vila Velha está deficiente, com incidência de sífilis congênita, taxa de transmissão vertical e ocorrência de desfechos negativos elevados.

A incidência de sífilis congênita cresceu progressivamente de acordo com estudos já realizados sobre o tema. Domingues *et al.* (2021) apontam incidência de 9,9 casos por mil nascidos vivos em 2021, e outros estudos de monitoramento indicam que, no Brasil, cresce o número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita desde 2013 (BRASIL, 2016).

Este estudo corrobora com outras pesquisas que apontam o aumento da incidência da doença. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), no período de 2011 a 2021, foram notificados no país 1.035.942 casos de sífilis adquirida, 466.584 casos de sífilis em gestantes, 221.600 casos de sífilis congênita e 2.064 óbitos por sífilis congênita.

As taxas de detecção de gestantes com sífilis têm mantido crescimento, porém com menor intensidade a partir de 2018. A incidência de sífilis congênita, entre 2011 e 2017, apresentou crescimento médio de 17,6%, seguida de estabilidade nos anos subsequentes e aumento de 16,7% em 2021. O incremento na taxa de incidência de sífilis congênita pode ter sido influenciado pelo impacto da pandemia de covid-19, provavelmente em decorrência do comprometimento de ações preventivas na assistência pré-natal.

Em 2021, o percentual de tratamento adequado da sífilis na gestação foi de 81,4%. Entretanto, para eliminar a sífilis congênita, faz-se necessário enviaar esforços para alcançar 95% ou mais de cobertura de tratamento materno adequado, de acordo com recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2022).

A política de Atenção Básica, no Brasil, melhorou ao longo dos anos, principalmente após a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488/2011, que alavancou o aumento da cobertura assistencial do Sistema único de Saúde (SUS). No entanto, apesar do sistema de saúde ter elevado o acesso dos usuários à Estratégia de Saúde da Família (ESF) (DOMINGUES *et al.*, 2021), ainda persiste o despreparo em acompanhar as gestantes durante o

pré-natal (BONI; PAGLIARI, 2016), sendo a assistência pré-natal inadequada, fator responsável pela elevação da incidência de sífilis congênita no mundo (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A detecção da gestante com sífilis vem mantendo tendência crescente, porém com menor velocidade nos últimos quatro anos. A taxa de detecção de sífilis em gestantes elevou-se 3,6 vezes quando comparados os anos de 2011 e 2017. Entretanto, nos anos subsequentes, o aumento médio anual foi de 1,1 vez (BRASIL, 2022).

O número de gestantes infectadas com o *Treponema pallidum* tem se mantido elevado, porém, a partir de 2018, apresentou uma menor intensidade. A taxa de sífilis congênita teve aumento médio de 17,6% entre 2011 e 2017, seguido de estabilidade nos anos seguintes, mas voltando a ter um aumento, de 16,7%, em 2021. Assim como no caso da sífilis congênita, a pandemia de covid-19 pode ter influenciado esse aumento, provavelmente em decorrência do comprometimento de ações preventivas na assistência pré-natal (BRASIL, 2022).

Estudos associam a sífilis (adquirida, gestacional e congênita) a vários fatores de risco (alguns individuais), como baixa renda, baixa escolaridade, gestantes adolescentes, subutilização dos serviços de saúde, histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), raça/cor não branca, múltiplos parceiros e outros. Esse cenário corrobora os resultados apresentados por este estudo, que evidenciou que, no município de Vila Velha no período de 2018-2022, a maior incidência de sífilis em grávidas ocorreu entre as mulheres mais vulneráveis, pretas e de baixa escolaridade, esse último fator relacionado a um menor acesso às informações (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2015; BONI; PAGLIARI, 2016; DOMINGUES *et al.*, 2021; BRASIL, 2022).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2022, do Ministério da Saúde, a taxa de incidência de sífilis congênita cresceu até 2018, atingindo 9,1 casos por 1.000 nascidos vivos. Esse aumento foi de 2,8 vezes na comparação dos anos 2011 e 2018. Nota-se declínio de 5,2% entre 2018 e 2020, porém ocorre elevação de 14,6% entre 2020 e 2021 (BRASIL, 2022).

Essa inconsistência nos dados reforça a ideia de que há uma fragilidade nas informações epidemiológicas que precisam ser diagnosticadas, avaliadas e sanadas, pois a informação de saúde para a epidemiologia

é essencial no que tange à disponibilidade, ao manejo e à produção de dados para o serviço de saúde em qualquer âmbito. Os dados corretos servem para dar credibilidade às ações, ao possibilitar conhecimento sobre o processo saúde-doença. De acordo com Medronho (2009, p. 525), “uma característica fundamental dos sistemas de informação é a sua capacidade de coligir um número amplo de registros, armazená-los e recuperá-los”, ou seja, o serviço de informação proporciona um banco de dados acessível e que permite observar a sua dinâmica e, possivelmente, relacionar várias informações na busca por soluções efetivas e consistentes.

De acordo com o referencial teórico deste estudo, o Espírito Santo apresentou uma relação de nove casos de sífilis congênita para cada dez gestantes com sífilis (10,0 casos/1.000 NV). Esse fato chama atenção pela proximidade entre as taxas de detecção de sífilis. No entanto o número de casos diagnosticados entre neonatos até os seis dias de vida cresceu no decorrer dos anos, provavelmente devido ao pré-natal tardio e/ou não tratamento da mãe durante a gestação. Conforme dados apresentados por este estudo, o diagnóstico materno se dá, na maioria das vezes, no momento ou após o parto/curetagem. Se a gestante procura o serviço de atenção básica no início da sua gravidez para realizar o pré-natal, as chances de complicações gestacionais em decorrência da patologia ou mesmo a própria infecção congênita diminuem (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Em relação ao não-tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas com sífilis, Araújo *et al.* (2012) identificaram, em estudo ecológico, que, no Brasil, apenas 20% dos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis foram tratados, confirmando os dados desta pesquisa, que mostra que, durante o período estudado, o percentual de parceiros não tratados foi maior que 60% dos registros. Esse panorama é preocupante, pois pode causar a reinfeção da parceira, aumentando a probabilidade de infecção de outras mulheres ou homens, mantendo o ciclo patogênico (consequentemente um aumento de casos), além do risco da cronicidade, que pode levar ao óbito (BONI; PAGLIARI, 2016; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2015, DOMINGUES *et al.*, 2021).

Estudos afirmam que o manejo deficiente do registro dos dados torna precário o planejamento em saúde para o combate da doença (NONATO;

MELO; GUIMARÃES, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2015; DOMINGUES *et al.*, 2021). Essas falhas comprometem as ações de prevenção, combate e controle da doença e requerem atenção por parte dos gestores em saúde, no intuito de diagnosticar os setores deficientes e propor medidas de intervenção.

A subnotificação é também um problema. Festa *et al.* (2023) apontam que esse problema tem relevância e dificulta o cumprimento de metas de eliminação da sífilis congênita.

É relevante refletir que, mesmo com o avanço da biotecnologia, fatores como falta de acesso qualificado ao pré-natal, dificuldade de diagnóstico correto e oportuno, falha na manutenção do tratamento, entre outros, impossibilitam a eliminação de uma patologia tão simples de ser controlada e tratada, principalmente no Brasil, que tem uma política de saúde modelo para as demais nações, tendo em vista que oferece um tratamento eficaz e monitoramento por ações do governo federal nas unidades públicas de saúde (BONI; PAGLIARI, 2016; SILVA, 2016; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; SILVA, 2013).

CONCLUSÕES

Este estudo demonstra que os dados de sífilis no município de Vila Velha são preocupantes, o que torna urgente normatização e padronização dos processos de trabalho nas unidades de saúde, especialmente, das ações do pré-natal, qualificando-o e possibilitando o diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento da gestante infectada pelo *Treponema pallidum* e de seus parceiros, o controle do tratamento através do registro de doses e a busca ativa dos casos não tratados ou com perda de seguimento nas unidades.

Destaca-se que o elevado custo em vidas, relacionado à mortalidade da sífilis congênita, e o custo do seguimento das crianças, que podem adquirir más formações congênitas, déficit no desenvolvimento neuropsicomotor, dentre outros, é muito superior ao custo operacional de diagnosticar antes da gestação e tratar de forma adequada gestantes e parceiros com sífilis.

O declínio no número de casos também pode decorrer de uma demora

na notificação e alimentação das bases de dados, devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19 nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Diante desse cenário epidemiológico, a mobilização para o enfrentamento da sífilis depende da articulação entre os diversos atores envolvidos nesse contexto, com ações no âmbito da vigilância epidemiológica que envolvem resultados de combate à doença: investigar e informar todas as oportunidades perdidas após notificação dos casos de sífilis congênita para avaliação, implantação e implementação das devidas intervenções; notificar compulsoriamente e acompanhar 100% dos casos de sífilis adquirida, na gestação e de casos de sífilis congênita, com fichas adequadamente preenchidas e encaminhadas para planejamento de intervenções imediatas; organizar o fluxo de notificação em todas as unidades de atendimento; realizar a revisão e análise das fichas de notificação para garantir a qualidade da informação.

Acredita-se, também, que seja necessária a educação permanente de profissionais, uma vez que a unidade de saúde é vista como o local em que existe maior proximidade entre os profissionais e os usuários, permitindo ampliar o acesso e o acolhimento do parceiro sexual da gestante, a fim de realizar tratamento adequado. Portanto, a disseminação direcionada de conhecimento por meio de educação, com ênfase na prevenção e tratamento da doença, é aspecto relevante a ser considerado na reversão do alto índice de sífilis congênita.

Além disso, ações articuladas de programas materno-infantis e de infecções sexualmente transmissíveis com a Atenção Primária à Saúde e a instituição de comitês de investigação de casos de transmissão vertical de HIV e sífilis contribuem para melhorar a resposta brasileira no enfrentamento da sífilis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. *et al.* Sífilis congênita e a Saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 46, n. 3, p. 479-486. 2012.

BONI, Sara Macente; PAGLIARI, Priscila Bertoncello. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Rev. Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 517-524, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5530/2919>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI). **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. [banco de dados]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Número Especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019/view>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecocoes>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Ano 6 n°

01. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CALDEIRA, J.G.; MORAIS, C.C.; LOBATO, A.C. Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte – MG. **Femina**, v. 50, n. 6, p. 367-372, 2022.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. esp1, e2020597, 2021. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000500005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 out. 2023.

ESPIRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde (SSVS). **Sistema de Informação em Saúde e-SUS Vigilância em Saúde (E-SUS-VS)**. [banco de dados]. Disponível em: <https://esusvs.saude.es.gov.br/auth/entrar>. Acesso em: 06 jun. 2022

FESTA, Larissa *et al.* Subnotificação de desfechos desfavoráveis da sífilis congênita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no estado de São Paulo, 2007-2018. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 32, n. 2, 2023. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ress/2023.v32n2/e2022664/pt>. Acesso em: 03 out. 2023.

MEDRONHO, Roberto A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

NONATO Solange Maria; MELO Ana Paula Souto; GUIMARÃES Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, n. 24), p. 681-694, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/8f3Qgdr6QwNR37YPM4TTyM/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SILVA, A. C. C. **Análise dos casos de sífilis notificados no setor de vigilância**

epidemiológica no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES, no período de 2007 a 2011. Monografia (Graduação em Biomedicina) – UNES/Faculdade do Espírito Santo, Cachoeiro de Itapemirim, 2013.

SILVA, Sandra F. M. **Análise dos dados do Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2016.** Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação Estadual de DST e Aids, n. 31, dados até dez/2015, 2016. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/boletim-epidemiologico>. Acesso em: 24 jun. 2022.

TEIXEIRA, Marizete Argolo *et al.* Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita no município de Jequié/Bahia. **Revista Saúde.com** (UESB), v. 11, n. 3, p. 303-313, 2015.

VILA VELHA. Lei nº 4707 de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre a Institucionalização dos bairros nas Regiões Administrativas, os limites e a denominação dos mesmos e os critérios para organização e criação de bairros, no perímetro urbano do município. Disponível em: <https://processos.vilavelha.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L47072008.html>. Acesso em: 24 abr. 2022.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico - Sífilis.** 2022. Vila Velha: SEMSA, 2022. Disponível em: <https://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-boletins-epidemiologicos-2022>. Acesso em: 30 out. 2022.

12

SUZANA ANTONIO
TATIANY SENA MENDES
HELETÍCIA SCABELO GALAVOTE
GLAUBER SOARES DE ALMEIDA
LUCIANA DE CASSIA NUNES NASCIMENTO
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**A CRIANÇA COM
DIAGNÓSTICO DE
SÍFILIS CONGÊNITA:
OS SABERES DOS
FAMILIARES**

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) resultam da ação de vírus, bactérias ou outros microrganismos, tendo sua transmissão ocorrendo, principalmente, por contato sexual desprotegido, mas também podendo dar-se por via vertical e por contato direto de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas. Elas atingem uma grande porcentagem da população sexualmente ativa e, na maioria das vezes, ocorrem de maneira silenciosa, o que contribui para a sua disseminação, sendo, assim, um dos maiores problemas de saúde pública no mundo (PETRY, 2023; BRASIL, 2020; WHO, 2020).

Entre as ISTs, deve-se destacar a sífilis, que é definida como uma infecção sistêmica e de evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, cujo ser humano é o único hospedeiro e transmissor. Sua transmissão pode acontecer de forma sexual ou vertical, podendo acometer, de maneira igualitária, todas as estratos sociais. Sua ocorrência ainda é associada ao baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, gravidez na adolescência, comportamento sexual de risco, difícil acesso aos cuidados de saúde e não tratamento do parceiro infectado (BRASIL, 2022a).

A notificação da sífilis na gestação foi incluída na relação nacional de doenças de notificação compulsória em 2005, no entanto, mesmo diante de uma doença com etiologia bem conhecida, tratamento barato, eficaz e prevenção totalmente possível, o que se percebe é a persistência no número de notificações nos últimos anos. No período de 2011 a 2021, foram notificados, no país, 1.035.942 casos de sífilis adquirida, 466.584 casos de sífilis em gestantes, 221.600 casos de sífilis congênita e 2.064 óbitos por sífilis congênita (BRASIL, 2022b).

A sífilis congênita (SC) é resultado da transmissão da bactéria da gestante para o concepto por via transplacentária, quando ela não é tratada ou tratada inadequadamente, e pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença. O tratamento inadequado da gestante portadora de sífilis poderá levar a consequências para a criança, como baixo peso, prematuridade, óbito fetal, complicações agudas e neurológicas, deformidades e alterações dentária e óssea. O diagnóstico é realizado a partir da análise dos sinais e sintomas e de exames de sorologia, sendo o mais utilizado o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), além da coleta de líquido e radiografias de ossos longos. O protocolo do Ministério da Saúde para o seguimento da SC estabelece consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida e bimensais a partir do sexto mês até completar um ano (BRASIL, 2017).

Na década de 1990, os casos de sífilis aumentaram entre as mulheres e os recém-nascidos (RN). Nessa mesma época, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) formularam um projeto de eliminação da SC junto com a proposta de controle do agravo nas Américas. A OPAS definiu a redução da incidência de sífilis congênita para 0,5 casos por mil vivos até 2015, mas o prazo findou e essa meta não foi alcançada. Os casos apresentaram aumento, configurando-se como uma epidemia, tendo incidência de 1,3 por mil nascidos vivos nas Américas e 6,5 por mil no Brasil. De 2005 a 2016, foram notificados, no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 169.546 casos de sífilis em gestantes no Brasil (BRASIL, 2022a; SOARES *et al.*, 2017).

Já no ano de 2021, o Brasil registrou mais de 167 mil novos casos de sífilis adquirida, sendo cerca de 74 mil casos em gestantes. No mesmo período, foram diagnosticadas outras 27 mil ocorrências de sífilis congênita, que resultaram em 192 óbitos. Até junho de 2022, foram confirmados 79,5 mil casos de sífilis adquirida, 31 mil registros de sífilis em gestantes e 12 mil ocorrências de sífilis congênita no país, totalizando mais de 122 mil novos casos da doença (BRASIL, 2022a).

Visto isso, é importante salientar que a família é considerada a primeira unidade social em que uma pessoa se insere e a primeira instituição que contribui para o desenvolvimento e socialização dos indivíduos. Assim, quando alguém do núcleo familiar adoece, torna-se necessário que

um de seus integrantes assuma o cuidado. Esse é um processo dinâmico e em constante construção, desconstrução e reconstrução, principalmente quando o portador da doença crônica é uma criança. Dessa maneira, esse cuidado requer que a família reorganize os papéis diante das necessidades da criança, trazendo significativas repercussões para a vida das pessoas que convivem com ela (GOMES *et al.*, 2015).

A criança é dependente dos familiares, que são os membros sociais mais competentes e provedores de cuidados básicos necessários à satisfação de suas necessidades, exercendo uma grande influência no crescimento dessa criança. Ao se deparar com o nascimento de um sujeito com problemas de desenvolvimento ou após um diagnóstico de um profissional, a família pode apresentar dificuldades em lidar com essa situação, podendo desenvolver atitudes inadequadas que afetarão o desenvolvimento da criança (MAIA FILHO *et al.*, 2016).

Dessa forma, percebe-se a importância de se realizar uma assistência voltada não somente para a criança, mas também para a sua família. Assim, tem-se o “cuidado centrado no paciente e família”, o qual surgiu a partir do entendimento que a família é um elemento essencial no cuidado de seus membros e que o isolamento social é um fator de risco, em especial para os indivíduos mais dependentes, como as crianças, os idosos e os portadores de doença crônica. Sendo assim, recomenda-se que os profissionais incentivem a continuidade da ligação natural que existe entre os pacientes e suas famílias e sua rede de apoio, por entender que tem influência sobre a saúde do paciente. O cuidado centrado no paciente e na família a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado (TSUTUMIW *et al.*, 2023; FIOCRUZ, 2020a).

Quando se trata da realidade vivida pela família da criança com sífilis congênita, é necessário compreender que o processo entre a doença e o diagnóstico de cura, por meio do tratamento inicial, passa por várias etapas e requer rigorosa atenção, uma vez que há a necessidade de repetição de exames, período de internação hospitalar para o tratamento medicamentoso inicial, acompanhamento da criança a nível ambulatorial, entre outros cuidados (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Além desse desconhecimento, muitas vezes a negligência com o cuidado da criança deve-se ao fato da omissão e negação da realidade do diagnóstico da SC pelos familiares, devido ao fato de ser uma doença

estigmatizada na sociedade. Diante disso, agem acreditando estar preservando a criança de preconceitos e discriminação, fazendo com que procurem menos suas redes de apoio. Todavia fica claro que a rede em torno da mãe e dos familiares e sua criança é fundamental para o enfrentamento da nova situação o qual estão imersos (BRITO; KIMURA, 2018).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é descrever o conhecimento dos familiares em relação ao diagnóstico e tratamento da criança com sífilis congênita.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza qualitativa com o propósito de obter uma compreensão mais aprofundada do objeto de estudo, sem recorrer a medidas numéricas.

A pesquisa foi realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de São Mateus, localizado na região Central/Norte de Saúde do Espírito Santo. A região é composta por 29 municípios, tendo uma população total de 971.605 habitantes, sendo 123.750 habitantes de São Mateus (SESA/ES, 2020; IBGE, 2023).

No CTA de São Mateus, 30 crianças expostas à sífilis congênita estavam sendo acompanhadas no período deste estudo. Participaram da pesquisa 12 familiares cuidadores de crianças de 0 a 12 anos com sífilis congênita (SC) que são acompanhadas pelo CTA e que se incluíram nos seguintes critérios: (1) ser familiar cuidador da criança com SC de 0 a 12 anos; (2) ser familiar que tenha estabelecido contato com a criança durante acompanhamento e tratamento da SC; (3) possuir mais de 18 anos.

Para coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, tendo como base uma estrutura flexível, constituída por questões abertas, utilizando-se para isso um roteiro. Nesse contexto, o pesquisador desempenha um papel importante ao compreender plenamente sua posição como entrevistador, implicando em uma condução com flexibilidade, adaptando a entrevista às circunstâncias, sem comprometer a qualidade do processo. Isso possibilita que o pesquisador, posteriormente, conduza uma análise minuciosa dos dados coletados (SANTOS; JESUS; BATTISTI, 2021).

Os participantes foram abordados pessoalmente, antes da entrevista, durante os atendimentos da criança no setor em questão. Foi realizada a explicação da pesquisa, e a entrevista só foi executada quando o familiar cuidador confirmou sua participação. As entrevistas aconteceram em uma sala disponibilizada pelo CTA, a qual proporcionou privacidade e conforto ao participante.

A coleta de dados foi realizada a partir de dezembro de 2018 e encerrou-se em abril de 2019. A duração da coleta dependeu da demanda de atendimentos das crianças no CTA e a disponibilidade dos participantes.

O estudo foi realizado conforme os princípios éticos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CEUNES/UFES sob o número 3.005.669. Durante toda a pesquisa, foi respeitada a dignidade da pessoa humana quanto aos princípios éticos (autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade).

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática que, segundo Bardin, é definida como:

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. [...] a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade (BARDIN, 2016, p. 15).

Para a análise dos dados obtidos nas transcrições das entrevistas, empregou-se a técnica e os instrumentos de análise propostos por Oliveira (2008), utilizando os seguintes passos: fase de pré-análise, que consistiu na definição do corpus da análise, na formulação de hipóteses e objetivos e no preparo do material para análise; após essa primeira etapa, realizou-se a fase de codificação ou exploração do material, na qual os dados brutos foram lapidados sistematicamente e agrupados em unidades de registro (UR); e, para finalizar, a fase de tratamento dos resultados, que consistiu na associação da inferência e interpretação, objetivando ressaltar as informações fornecidas pela análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 12 familiares cuidadores de crianças com diagnóstico de sífilis congênita, grupo composto por mães com faixa etária entre 23 e 44 anos. Em relação à escolaridade, 16,6% possuíam ensino fundamental incompleto, 25% ensino fundamental completo, 16,6% ensino médio incompleto e 41,6% ensino médio completo. Quanto à ocupação, 58,3% das participantes não possuíam vínculo empregatício e 41,6% exerciam alguma atividade remunerada.

Quanto às crianças que estavam sendo acompanhadas, elas possuíam faixa etária entre 17 dias de nascido e 2 anos e todas obtiveram suspeita de sífilis congênita ao nascer. Em relação à hospitalização ao nascer, 25% não necessitaram, 8,3% apresentaram internação durante 2 dias, 8,3% durante 3 dias, 8,3% durante 5 dias, 25% durante 10 dias, 16,6% durante 12 dias e 8,3% durante 14 dias.

Nota-se, a partir da pesquisa, que 83,3% dos participantes possuem entre 20 e 34 anos e apenas 41,6% possuem ensino médio completo. Com base nesses dados, é importante ressaltar que estudos apontam que as características das mulheres com maior chance de acontecimentos do desfecho sífilis congênita (SC), entre outros fatores, são mulheres em faixa etária de 20 a 34 anos com pouca escolaridade e baixa renda. Esses dados indicam que a sífilis na gestação se configura como um problema importante da população feminina, especialmente das mulheres mais pobres, com menor acesso a informações e serviços e menor capacidade para tomar decisões, especialmente relacionadas à saúde (DOMINGUES *et al.*, 2014; KAWAGUCHI *et al.*, 2014).

Em relação ao período de internação, entre as crianças cujos familiares participaram da pesquisa, 25% ficaram hospitalizados por 10 dias. Sobre isso é preconizado pelo Ministério da Saúde a realização de exames laboratoriais e de imagem para todos os recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do recém-nascido, e o tratamento com penicilina durante 10 dias. Para garantir o tratamento completo e adequado dessa criança, recomenda-se a internação hospitalar (BRASIL, 2015).

No que diz respeito ao grau de parentesco do familiar, nota-se que todas as crianças estavam sendo acompanhadas por suas mães. Segundo

grande parte da literatura, observa-se que, quando a criança apresenta alguma patologia ou condição crônica, geralmente, a mãe se torna o principal familiar cuidador. É ela quem mais se envolve com o tratamento, acompanha as internações e interage com os profissionais, o que acaba gerando uma sobrecarga no dia a dia dessa mulher, visto que ela se divide entre as responsabilidades familiares, os cuidados com a criança e, ainda, em muitos casos, com as tarefas profissionais fora do lar. Essa sobrecarga está relacionada não apenas às demandas de cuidado, mas também a sentimentos que acompanham a mãe, como fragilidade, medo, preocupação e culpa, bem como a administração da situação de desgaste vivenciada pela família (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

Ainda, tem-se, como resultado, os depoimentos dos familiares obtidos após a leitura flutuante das entrevistas durante a pré-análise, o que permitiu codificar, agrupar e sintetizar os relatos, resultando em duas categorias analíticas.

Categoria 1: O (des)conhecimento dos familiares sobre a sífilis congênita e adquirida

Apesar dos altos índices de prevalência e dos riscos que a sífilis congênita e a sífilis adquirida acarretam, percebeu-se que os familiares das crianças expostas à sífilis materna ainda possuem um déficit no conhecimento acerca da doença. A seguir, encontram-se alguns relatos dos participantes quando questionados sobre o conhecimento do distúrbio:

Assim, tipo [...] não cheguei a conhecer (a doença). Nem sabia que existia essa doença. Eu só fui saber dessa doença depois que eu acabei tendo, que eu descobri né. Que aí eu fiz o encaminhamento, tudo direitinho. (Mãe da criança 5)

Não sei dizer, mas é... eu sei que é uma doença que não tem cura né. Que, sempre vai acusar nos exames, mesmo fazendo tratamento. É isso. (Mãe da criança 8)

Eu não conhecia era nada. Porque eu não tive sequela, eu não tive nada. Quando eu fui fazer os exames de gravidez que eu descobri. [...] Ah! Que é uma doença muito perigosa. Que Deus me livre. Tem que tratar, que se não... [...] não sabia que eu ia ter isso... E porque também não tem sintoma. Eu não senti nada. (Mãe da criança 10)

Pra te falar a verdade, nada! (Mãe da criança 9)

Eu nem sabia dessa sífilis. Fui saber depois da minha gravidez. [...] Depois que eu tive ela (a doença) que eu fui saber. Que eu fui, fiz os exames e constou que eu tinha o tal da sífilis. (Mãe da criança 12)

Percebe-se, nos depoimentos, que as entrevistadas confundem a sífilis adquirida com a sífilis congênita (SC), visto que foi perguntado o que elas conheciam sobre a SC. Sabe-se que a sífilis adquirida é uma doença infecciosa, crônica, que tem como principal forma de transmissão a via sexual. Já a SC se dá a partir do momento em que uma gestante com diagnóstico do distúrbio adquirido não tratado ou tratado inadequadamente transmite, por via transplacentária, o microrganismo para seu concepto. Sendo assim, a sífilis na gestação necessita de intervenção imediata para diminuir as chances de ocorrer a transmissão vertical (COSTA *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016).

Entretanto, no que se refere ao conhecimento sobre a sífilis adquirida, nota-se que as mães têm pouco conhecimento e algumas passaram a ter conhecimento da existência da doença apenas no pré-natal, momento do diagnóstico pessoal, como ficou evidenciado no relato da *Mãe da criança 5*, o que configura um achado preocupante devido à gravidade das sequelas da doença para a criança. Porém sabe-se, ainda, que a sífilis pode ser uma doença “silenciosa”, a qual apresenta sinais e sintomas que passam despercebidos, como relatado pela *Mãe da criança 10*, dificultando o diagnóstico.

Para Victor *et al.* (2010), uma das razões que leva a população a não conhecer a sífilis é a maneira como a doença se manifesta, visto que adoecer envolve questões subjetivas, definidas pelos sinais e sintomas das doenças.

Relacionada à compreensão dos familiares sobre o distúrbio, observou-se um entendimento equivocado sobre o microrganismo que causa a doença, como neste relato:

[...] porque a sífilis é um vírus né. (Mãe da criança 2)

Nesse caso, a entrevistada acredita que a sífilis é transmitida por um vírus, o que mostra um desconhecimento sobre o agente etiológico da doença em questão, uma vez que o microrganismo causador do distúrbio é uma bactéria (*Treponema pallidum*) (LEITE *et al.*, 2016).

Sobre todo esse (des)conhecimento, Lima *et al.* (2016) afirmam ser uma questão a ser trabalhada durante as consultas de pré-natal, visto que é o momento que as gestantes têm para sanar suas dúvidas e o profissional realizar educação em saúde. Do mesmo modo, deve ocorrer nos atendimentos para o acompanhamento da criança.

De acordo com Gomez *et al.* (2011), a percepção da doença inclui a informação que o indivíduo possui a respeito de sua patologia, seus sintomas, potenciais causas, provável duração, evolução no tempo e potenciais consequências.

Sendo assim, a percepção que o paciente tem sobre a doença possibilita um exame qualitativo, uma hermenêutica do fenômeno patológico a partir da experiência, observando variações, equilíbrios, excessos ou disfunções (BARRETO, 2011).

Entretanto alguns participantes demonstraram entender que a sífilis é uma doença sexualmente transmissível, como observado nos relatos a seguir:

Ah, e eu conheço assim que é uma doença transmitida pelo... pela relação sexual. (Mãe da criança 1)

Só sei que ela é... que ela é pega, que a gente pega ela porque a gente não... não... Que a gente não se previne quando, quando vai se relacionar né. (Mãe da criança 4)

[...] Que é transmitida pela relação sexual. Só isso mesmo. [...] (Mãe da criança 05)

Percebe-se, por meio desses relatos, que os participantes desta pesquisa expressam o conhecimento sobre a forma de transmissão da sífilis adquirida e que, alguns, como a Mãe da criança 4, mostraram-se constrangidos ao falar que é uma doença sexualmente transmissível.

É sabido que a sífilis é uma doença infecciosa que pode ser transmitida de uma pessoa para outra através de relação sexual sem preservativo com indivíduo infectado, por transfusão de sangue contaminado, além da transmissão vertical, no caso da sífilis congênita (SILVA *et al.*, 2015). Porém Castro *et al.* (2016) afirmam que não basta ter o conhecimento sobre a necessidade de usar o preservativo na prevenção dessas doenças, o indivíduo necessita conhecer sobre as ISTs para assim considerar os riscos e as consequências de adquiri-las.

Nesse sentido, ainda pode-se observar, a partir das falas de alguns familiares, o relato do conhecimento do HIV/AIDS e o desconhecimento sobre a sífilis. Isso demonstra, possivelmente, uma menor divulgação e orientação sobre a sífilis.

[...] Nem sabia que, que existia essa tal dessa sífilis e pegava no relacionamento. Eu sabia sobre a AIDS [...] (Mãe da criança 12)

[...] Dá pra eu saber, que aí eu sei o que é uma sífilis, como que se pega. Daí que eu descobri. Porque eu não sabia, não conhecia. Conhecia a AIDS, conhecia outras doenças. Agora essa, nunca conheci. (Mãe da criança 5)

No que se refere ao conhecimento sobre a sífilis congênita, obteve-se os seguintes relatos dos participantes:

[...] e se não tratar, corre risco da pessoa quando ‘tá’ gestante, da criança nascer com alguma má formação... algum \ só que aí eu fiz o tratamento. (Mãe da criança 3)

Na criança, pela mãe né. Que é contaminado. / Só isso. (Mãe da criança 8)

Não. Eu achava assim, que como eu tinha, eu achava que ele (a criança) não pegaria. Porque na minha primeira gestação eu acabei perdendo o meu bebê por causa da sífilis. Aí depois eu tive ele (a criança) e eu acho \ eu comecei a fazer os tratamentos, e até que graças a Deus ele (a criança) pegou, mas não muito né. (Mãe da criança 5)

[...] é porque que esse negócio que eles falam, sífilis congênita, é [...] / aí vai ficar pra sempre isso? (Mãe da criança 10)

Só sei dizer que a pessoa tem que tratar porque a criança pode correr o risco de nascer com algum tipo de problema. Sequela. (Mãe da criança 12)

Analisando esses relatos, pode-se notar a dicotomia entre o “conhecer” e “desconhecer” dos familiares sobre a sífilis na criança. Ao mesmo tempo em que demonstram conhecer que é uma doença de transmissão vertical, desconhecem outras consequências, além dos sinais e sintomas que as crianças podem apresentar, como observado nas falas da *Mãe da criança 3* e *Mãe da criança 10*, que demonstram saber apenas que é transmitido, caso não tratado, da gestante para seu concepto. A *Mãe da criança 5* afirma ainda que pensava que o distúrbio não seria transmitido para seu filho, o que é preocupante, uma vez que esse pensamento pode fazer com que a gestante com diagnóstico de sífilis adquirida não realize o tratamento adequado.

Sobre a forma de transmissão da sífilis congênita, a mesma pode acontecer em qualquer fase da gestação, tendo um aumento percentual de 70% a 100% na fase primária e secundária da doença, pois são as fases em que há uma maior proliferação do número de espiroquetas no sangue. Pode ser transmitida também através do canal do parto, se a criança entrar em contato com lesões sifilíticas no momento do nascimento, ou durante a amamentação, se a mãe apresentar lesão mamária consequente da sífilis (FIOCRUZ, 2020b).

Ainda em relação ao (des)conhecimento sobre a SC, observa-se, nos relatos citados, a fala da *Mãe da criança 5*, que afirma ter sofrido um aborto em gestação anterior por consequência da sífilis. Sobre isso, salienta-se que a sífilis adquirida durante a gravidez pode resultar em graves impactos em 40% das ocasiões, tais como aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal, e causar outras sequelas, como cegueira, surdez, retardo mental e deformidades físicas. Dessa forma, aponta-se a necessidade de um diagnóstico ágil e preciso para a sífilis congênita, a fim de salvaguardar a saúde do feto em formação de maneira eficaz e oportuna (DE ARRUDA; DOS SANTOS, 2020).

Indo ao encontro com o que se percebeu na maioria dos depoimentos em relação ao (des)conhecimento da SC, tem-se os seguintes relatos:

Aí eu, “gente e se ele (a criança) crescer, e se ele ficar com alguma coisa?” [...] “e se ele (a criança), e se ele pegar alguma coisa no ossinho, ou no, na face assim?” (Mãe da criança 4)

[...] todo mês eu faço o acompanhamento dele pra ver se ele vai ter malformação na cabeça... Alguma coisa. (Mãe da criança 5)

[...] eu já levei ela (a criança) lá em Vitória uma vez e até então o que avaliaram ela deu normal. Em relação à audição dela (da criança). Porque quem nasce com, no caso dela, com a doença, pode ser que tenha algum problema na audição. (Mãe da criança 6)

Nota-se, nos discursos apresentados, que os familiares demonstram um conhecimento acerca de sequelas, visto que a *Mãe da criança 4* e a *Mãe da criança 5* acreditam que a SC pode gerar malformação óssea ou na face e a *Mãe da criança 6* demonstra conhecer sobre aparecimento de possíveis consequências na audição da criança. De fato, danos ósseos, oculares, cerebrais, gomas e a tríade de Hutchinson são manifestações clínicas observadas em crianças com SC. Para o reconhecimento do distúrbio, alguns achados são importantes, como: bossa frontal de Parrot (fronte olímpica), atresia da maxila, palato ogival, nariz em sela e a tríade de Hutchinson, que é representada pela ceratite intersticial, dentes de Hutchinson e comprometimento do VIII par de nervo craniano, o que posteriormente leva a surdez (KALININ *et al.* 2015).

Sendo assim, a OMS (2008), por meio do documento *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação*, afirma que os usuários dos serviços de saúde devem receber informações sobre sua patologia e serem orientados que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde da mulher e seu conceito.

Nesse contexto, o enfermeiro, junto com a equipe de saúde, possui função de orientar, tendo um importante papel na disseminação dessas informações, precisando, portanto, instigar os usuários quanto às lacunas do conhecimento sobre o distúrbio. Nos casos de indivíduos com sífilis, sua função como educador tem grande importância, visto que é o profissional de saúde capacitado para prover orientações, uma vez que, além de ter

conhecimento científico para tal, na maioria das vezes, possui um vínculo com esses usuários podendo, assim, promover uma melhor qualidade de vida às gestantes e a seus parceiros e uma maior adesão ao tratamento (VASCONCELOS *et al.*, 2016)

Categoria 2: O (des)conhecimento dos familiares sobre o tratamento/acompanhamento da sífilis congênita e adquirida

Quando questionados sobre o conhecimento acerca do tratamento obteve-se os seguintes relatos:

O tratamento eu sei que ele... ai esqueci o nome. /Fazendo o tratamento não aumenta a doença./ (Mãe da criança 1)

Que é com\ o que? Quando ta grávida? É com peni...penicilina. (Mãe da criança 3)

Tipo assim, eu fiz, tratei na gravidez, aí só que quando eu fui diagnosticada já foi no final da gravidez. Aí por isso que não deu tempo de tratar ela (a criança) totalmente. (Mãe da criança 6)

[...] Que eu tinha que me\ que tinha tratamento. Que eu tinha que me tratar. E eu fiz os tratamentos tudo certinho. E aí depois fiz os tratamentos, ainda tomei lá no hospital, eu ainda tomei mais as injeção junto com ela (a criança) internada [...] (Mãe da criança 12)

Percebe-se, nas falas apresentadas, que os participantes reconhecem a existência de tratamento para a sífilis adquirida e ainda apontam a realização desse tratamento na gestação.

Já o tratamento da criança tem início ainda no hospital, diante disso, tem-se o relato da *Mãe da criança 12*, que diz que a criança ficou internada, porém desconhece os procedimentos feitos na filha:

Tomou \ Se tomou eu não sei. Porque ela (a criança) chegou ficar 7 dias sem eu, porque ela tomou, ela ficou no.... Ela ficou longe de mim. Aí eu não sei

se ela chegou a tomar esse remédio. Ou tomou também na... na... ou eles podem ter dado ela também no... na veia né, e eu também não sei. Mas deve ter dado também porque ela ficou esse tempo por causa disso. Tava fazendo o tratamento com ela lá também. (Mãe da criança 12)

Sabe-se que o tratamento da sífilis, tanto adquirida quanto congênita, é complexo e realizado a partir de protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde, tendo como a medicação de escolha a penicilina. Além de ter baixo custo, fácil acesso e eficácia, sua aplicação é realizada em unidades básicas de saúde, podendo ser prescrita por enfermeiros conforme a lei do exercício profissional de enfermagem – Lei n.º 7.498/1986 – e o Ministério da Saúde (SUTO *et al.*, 2016).

O tratamento da sífilis congênita neonatal varia de acordo com a situação laboratorial e clínica da mãe. É importante ressaltar que, na maioria dos casos das crianças cujas famílias participaram do estudo, houve necessidade de hospitalização. O fato do tratamento para SC precisar de aplicações diárias de penicilina torna, muitas vezes, necessária a internação hospitalar para garantir que o recém-nascido receba o tratamento completo (DOMINGUES; SADECK, 2017).

Apesar de, como já exposto, a penicilina ser um medicamento de fácil acesso e baixo custo, há alguns anos, o Brasil tem vivenciado um problema de grande proporção, que é o desabastecimento da penicilina benzatina, procaína e cristalina no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Ministério da Saúde, as empresas que produzem a medicação no Brasil declaravam haver problemas na obtenção da matéria-prima. Diante disso, o Ministério da Saúde emitiu uma nota informativa orientando a priorização dos poucos estoques disponíveis nos serviços do SUS para os casos de sífilis, principalmente em gestantes e sífilis congênita (SC) (CARDOSO *et al.*, 2017).

Ainda no que diz respeito ao uso da penicilina como droga de escolha para o tratamento da SC, tem-se o seguinte relato da entrevistada que afirma ter realizado o tratamento na gestação e que a penicilina é uma medicação dolorida na aplicação:

[...] Aí eu fiz o tratamento todinho. Tomando aquela injeção..., dolorosa.
(Mãe da criança 4)

A administração dessa medicação é recomendada por via intramuscular na região glútea. Contudo o glúteo é uma região associada à dor local intensa, durante ou imediatamente após a aplicação do medicamento, e pode apresentar rubor, hematomas, nódulos, parestias e paralisias ou necrose, o que gera receio da população e, conseqüentemente, não adesão ao tratamento (FRÓES *et al.*, 2017).

Ainda sobre o acompanhamento da criança com diagnóstico de SC, sabe-se que, como a maior parte dos bebês infectados pela sífilis não manifestam sinais e sintomas ao nascer, torna-se indispensável o acompanhamento ambulatorial de seu desenvolvimento. Sobre esse processo, obteve-se os seguintes relatos:

Aí, como ela é criança né, aí tem que fazer o acompanhamento pra ver se diminuiu, ou vai né, aumentar né, a doença. (Mãe da criança 2)

Que tem que fazer o acompanhamento certinho até baixar. Até tá zero a titulação. (Mãe da criança 3)

Ela (a criança) nasceu com o problema só que aí ela já tá não reagente mais. Que aí eu acom\ fazendo o acompanhamento dela certinho, aí agora ela já colheu o sangue já, e já tá... não reagente. (Mãe da criança 6)

De acompanhamento também nenhum. Eu só trago ela aqui (no CTA). Não falam nada. Só examina ela. (Mãe da criança 7)

Percebe-se que os familiares compreendem que é necessário fazer o acompanhamento da criança, mas alguns demonstram não entender o real objetivo desse processo, que, além de realizar exames laboratoriais, visa a análise do surgimento de manifestações clínicas na criança.

Sobre esse acompanhamento, sabe-se que é preconizado pelo Ministério da Saúde que seja realizado mensalmente até o sexto mês e bimestrais do sexto mês até um ano de vida. Nesses atendimentos, ainda deve-se realizar os exames para VDRL, mencionados pelas mães nos relatos, com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida da criança. Com a utilização do esquema terapêutico apropriado, espera-se a negatização do VDRL após 12 a 15 meses do tratamento (BRASIL, 2017).

Entretanto o estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2015) objetivando investigar o conhecimento das mães acerca da SC bem como identificar a visão materna a respeito dos problemas que interferem na qualidade de vida da criança com SC, mostrou que, além das mães desconhecerem a necessidade do tratamento da criança no período neonatal, elas afirmaram não terem sido informadas sobre continuidade do acompanhamento ambulatorial de rotina na instituição de referência. Diante disso, percebe-se que esse (des)conhecimento acerca da necessidade de acompanhamento da criança pode contribuir para a não adesão ou abandono do seguimento.

Diante do exposto, ao analisar e discutir a primeira categoria relacionada à compreensão dos familiares sobre a sífilis adquirida e sífilis congênita, percebe-se que eles reconhecem o distúrbio como uma IST que, caso a gestante não realize o tratamento adequado, transmitirá para seu concepto, podendo gerar sequelas. O conhecimento é relevante, uma vez que, por meio da identificação da forma de infecção, é possível realizar a prevenção do agravo. No entanto, tendo em vista a magnitude da doença e os transtornos que pode causar na qualidade de vida da mãe e da criança, reconhecer a SC apenas como uma IST é insuficiente (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Sendo assim, os profissionais de saúde que acompanham e lidam com essas crianças e suas famílias devem estar atentos em realizar uma escuta qualificada, valorizando a escuta verbal e não verbal e estabelecer relação de confiança com o usuário, na tentativa de extrair o máximo de informações que possibilitem a identificação das alterações manifestadas pela doença. Além disso, devem buscar transmitir as informações de maneira que eles possam compreender melhor os aspectos que envolvem a doença, visto que, quanto maior conhecimento o paciente tiver da doença e seu tratamento, ele se sentirá mais responsável e encorajado a participar ativamente no controle de sua saúde (RODRIGUES *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2016; NOVAIS *et al.*, 2009).

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou que a sífilis congênita (SC) é uma doença cercada de estigmas, o que gera, nos familiares das crianças expostas, um

misto de sentimentos que podem interferir no tratamento/acompanhamento da criança.

Assim, esta pesquisa poderá proporcionar, aos profissionais de saúde, sobretudo à equipe de enfermagem, um novo olhar para essas crianças e suas famílias, possibilitando-os planejar novas maneiras de assistência que poderão atender outros indivíduos que também poderão passar por esse momento.

No âmbito científico, poderá fortalecer a produção de conhecimentos em enfermagem em relação à temática da criança que convive com SC e à percepção dos familiares sobre essa realidade enfrentada, além do estímulo de novas pesquisas nessa área.

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir para a conscientização do assunto e volte olhares para esses indivíduos em nível da Saúde Coletiva, fortalecendo as políticas públicas voltadas a essa população.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.M. *et al.* A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. **Rev. APS**, v. 18, n. 3, p. 293-297, jul./set. 2015.

BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 194-199, jan. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, L.A. Importância da percepção do paciente sobre diagnóstico e terapêutica da doença. **Rev. Neurocienc.**, v. 19, n. 2, p. 194-195, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que são IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 02 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022>. Acesso em: 09 jun. 2020

BRITO, A. P. A.; KIMURA, A. F. Transmissão vertical da sífilis: vivência materna durante a hospitalização para diagnóstico e tratamento de seu filho recém-nascido. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 29, p.68-76, 2018.

CARDOSO, A. S. T. *et al.* Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população. **Análise política em saúde**, mai. 2017. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/desabastecimento-da-penicilina-e-impactos-para-a-saude-da-populacao/>. Acesso em: 9 jun. 2019.

CASTRO, E. L. *et al.* O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1975-1984, 2016.

COSTA, J. S. *et al.* O conhecimento de gestantes com diagnóstico de sífilis sobre a doença. **Rev. Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 79-89, abr./mai./jun. 2016.

DE ARRUDA, L. R.; DOS SANTOS RAMOS, A. R. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 12, p. 1–18, 2020.

DOMINGUES, C. S. B.; SADECK, L. S. R. Aspectos epidemiológicos e preventivos da sífilis congênita. **Pediatra atualize-se, Sociedade de Pediatria de São Paulo**, São Paulo, n. 5, p. 4-5, set. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, out. 2014.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Cuidado Centrado na Família na Perspectiva da Saúde da Criança**. Rio de Janeiro: 2020a. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56736>. Acesso em: 12 jun. 2022.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Sífilis Congênita**. Rio de Janeiro: 2020b. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56722>. Acesso em: 13 jun. 2022.

FRÓES, G. R. S. *et al.* O uso da penicilina g benzatina e a segurança do paciente na atenção primária. **International nursing congress**. Theme: Good practices of nursing representations in the construction of society, mai. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5736/2300>. Acesso em: 8 jun. 2019.

GOMES, P. T. M. *et al.* Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 91, n. 2, p. 111-121, abr. 2015.

GOMEZ, P.M. *et al.* Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 925-930, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022 - Panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KALININ, Y. *et al.* Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, São Paulo, v. 23, p. 65-76, 2015.

KAWAGUCHI, I. A. L. *et al.* O seguimento da sífilis congênita em crianças tratadas ao nascer. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 221-230, 2014.

LEITE, I. *et al.* Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, nov. 2016.

LIMA, V. C. *et al.* Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. **Espaço para a saúde** – Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v. 17, n. 2, p. 118-125, dez. 2016.

MAIA FILHO, A. L. M. *et al.* A importância da família no cuidado da criança autista. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 66-83, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/719>. Acesso em: 22 maio 2018.

NOVAIS, E. *et al.*, O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Ref. HCPA**, v. 29, n. 1, 2009.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/dez. 2008.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Geneva: OMS, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf;jsessionid=720BAEFA98AA0F76D7DE6969985F0A88?sequence=4. Acesso em: 15 maio 2018.

PETRY, Stéfany *et al.* Teaching about Incurable Sexually-Transmitted Infections to Undergraduate Nursing Students: Scoping Review Protocol. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 44, 54255, June 2023.

RODRIGUES, A.R.M. *et al.* Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1247-1255, abr. 2016.

SANTOS, Alexa Fagundes dos; JESUS, Gabrieli Guterres de; BATTISTI, Isabel Koltermann. Entrevista semiestruturada: considerações sobre esse Instrumento na produção de dados em pesquisas com abordagem qualitativa. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 29., 2021, Ijuí (RS). **Anais [...]**. Ijuí (RS): Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2021. p.1-5.

SESA/ES - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - . Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SUS-ES). Resolução nº 153, de 18 de dezembro de 2020. Vitória, 18 dez. 2020.

SILVA, M. A. M. *et al.* Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis. **Rev. Enferm. UFPI**, Piauí, v. 4, n. 2, p. 84-91, abr/jun 2015.

SOARES, L.G. *et al.* Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. 4, p. 791-799, out./dez., 2017.

SUTO, C.S.S. *et al.* Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 5, n. 2, p. 18-33, ago./dez. 2016.

TSUTUMI, M.; ARAUJO, J. P.; GALLOA, M.; PÖTTKER, L. M. V.; DESCONSI, D.; ROECKER, S. Cuidado de enfermagem à criança com foco no cuidado centrado na família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, p. e11773, 5 jan. 2023.

VASCONCELOS, M.I.O. *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 29 (Supl), p. 85-92, dez. 2016.

VICTOR, J. F. *et al.* Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 113-119, 2010.

WHO - World Health Organization. **Sexually transmitted infections (STIs)** (Internet). 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1. Acesso em: 02 out. 2023.

13

DÉBORA NUNES FERNANDES
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI

ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: LIÇÕES APRENDIDAS CONFORME TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 (doença de coronavírus) representa um dos maiores desafios sanitários em escala mundial deste século (HOPKINS, 2020) e foi considerada uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional entre janeiro de 2020 e maio de 2023, momento a partir do qual os países tiveram que fazer a transição para que o manejo da doença se desse em conjunto com outras doenças infecciosas (OPAS, 2023).

No início da pandemia de covid-19, o insuficiente conhecimento científico sobre o coronavírus (ANDERSON, 2020), sua velocidade de disseminação e a capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis (WALKER *et al.*, 2020) geraram incertezas quanto à escolha das melhores estratégias a serem utilizadas para seu enfrentamento em diferentes partes do mundo (ANDERSON, 2020; FERGUSON, 2020).

O aumento da demanda por atendimentos de alta complexidade expôs as inúmeras fragilidades existentes globalmente nos sistemas de saúde, culminando no colapso de muitos deles, atingindo até mesmo países de alta renda e com sistemas públicos de saúde bem estruturados (HORTON, 2020). Já em países de baixa e média renda, com sistemas sob pressão, a pandemia acarretou, ainda que de forma temporária, interrupções em programas e serviços de saúde de rotina, ocasionando o ressurgimento de outras doenças e complicações de saúde pela ausência do acompanhamento adequado (ZAR *et al.*, 2020).

No Brasil, o acesso à assistência pré-natal é praticamente universal, porém, em diferentes circunstâncias, a taxa de adequação do processo de cuidado pré-natal é baixa e os níveis podem levar a consequências

indesejáveis, como o nascimento de bebês prematuros e o aumento da mortalidade materna e perinatal (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Nesse contexto, as gestantes foram consideradas mais susceptíveis à infecção pelo coronavírus, existindo preocupações sobre o efeito potencial nos resultados fetal e neonatal, que requerem, portanto, atenção especial em relação à prevenção, ao diagnóstico e ao manejo da doença nesse grupo (ALVES; BEZERRA, 2020; OMS, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) recomendou, em abril do ano de 2020, às unidades de saúde, a manutenção das consultas presenciais de pré-natal, desde que a gestante não apresentasse sintoma relacionado à covid-19. Em caso de síndrome gripal, se fosse apropriado, o profissional deveria adiar a consulta de pré-natal por 14 dias, realizando o aconselhamento via telefone ou videoconferência e reagendando os procedimentos presenciais em tempo oportuno e com hora marcada, evitando aglomerações ou maiores tempos de espera no serviço (BRASIL, 2020).

Presidir serviços sólidos de Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base de qualquer resposta a uma emergência, carecendo estar ligado ao planejamento de ações, além de receber treinamento para fortalecer as fases de prevenção, preparação, resposta e recuperação do usuário (DUNLOP, 2020). Considerando necessária a reflexão acerca das mudanças nos processos organizativos do sistema de saúde brasileiro e de seus processos de trabalho, mais especificamente daqueles relacionados à assistência pré-natal, diante de todos os desafios impostos pela pandemia, o objetivo deste estudo foi analisar a vivência de profissionais da APS na assistência pré-natal no contexto da pandemia de covid-19.

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, visando permitir que o problema da pesquisa fosse explorado de forma mais complexa (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1987) e a compreensão da realidade realizada em seu contexto (MINAYO, 2012).

O estudo foi desenvolvido no município de Marataízes, região sul do estado do Espírito Santo. Com uma população estimada de 38.883

habitantes, esse município foi um dos primeiros do estado do Espírito Santo a entrar na classificação de risco alto no mês de maio de 2020 (SESA/ES, 2020).

A população do estudo foi composta por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) relacionados à assistência pré-natal. Para a seleção dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais que desempenhavam funções na assistência pré-natal na APS do município por pelo menos três meses entre os anos de 2020 e 2021; e profissionais lotados nas Unidade Básica de Saúde (UBS) que registraram maiores quantitativos de gestantes positivadas para a covid-19 nas zonas urbana e rural. Foram excluídos os profissionais que estavam em período de licença ou de férias na época da coleta de dados.

Participaram do estudo integrantes de duas equipes de Saúde da Família (eSF) – uma urbana e uma rural – e de uma unidade de Atenção à Saúde da Mulher. Foi indicado, pelo enfermeiro coordenador das eSF selecionadas, um agente comunitário de saúde (ACS), de acordo com a disponibilidade deles em participar na pesquisa.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais utilizando um roteiro-guia constituído por questões abertas relacionadas à assistência pré-natal durante a pandemia de covid-19, no intuito de conhecer, nesse contexto, as vivências dos trabalhadores da APS, as facilidades e dificuldades no processo de trabalho e as possíveis barreiras de acesso aos serviços pelas gestantes.

A coleta de dados foi realizada de forma remota, entre os meses de fevereiro e março de 2022, por uma pesquisadora treinada, utilizando-se um ambiente virtual combinado com cada participante (*Google Meet*, ligação via *WhatsApp* ou ligação telefônica). As entrevistas foram gravadas digitalmente em áudio e, posteriormente, transcritas pela própria pesquisadora, mantendo a fidedignidade dos discursos.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise do conteúdo temática das entrevistas (MINAYO, 2012). A partir do material transcrito, foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, de forma a possibilitar uma familiarização com o texto e a compreensão sobre o que o participante buscou transmitir, para que, posteriormente, fosse realizada a análise e a discussão com a literatura. O material foi ordenado e classificado de acordo com categorias de análise à luz das implicações geradas

pela pandemia nos serviços de saúde e, especificamente, na assistência pré-natal, de modo a identificar as necessárias mudanças na rede materno-infantil quanto à reorganização dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o processo de análise, foi utilizado o *software* MAXQDA 22.2.0 (ALONSO; BRANDÃO; GONÇALVES, 2021) para auxiliar na organização dos dados em categorias de análise.

Tendo em vista que o estudo foi realizado em três unidades de saúde diferentes, cada participante entrevistado será identificado na apresentação dos resultados por uma sigla composta pela letra de sua unidade de origem (“U” para unidade na região urbana, “R” para unidade na região rural e “M” para a unidade de Atenção à Saúde da Mulher) e por um algarismo arábico relacionado ao número de sua entrevista – por exemplo, Entrevistado 1 da unidade urbana (U1), Entrevistado 2 da unidade rural (R2) e Entrevistado 3 da unidade de Atenção à Saúde da Mulher (M3) –, para garantir que os profissionais envolvidos na pesquisa não sejam identificados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo - Parecer nº 4.642.829/2021, conforme as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa científica envolvendo seres humanos e recebeu aprovação institucional da Secretaria Municipal de Saúde do município. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram do estudo 12 profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo três enfermeiros, dois ACS, dois médicos, dois técnicos de enfermagem e três cirurgiões-dentistas. Desses, cinco atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona rural, cinco na ESF na zona urbana e dois na unidade municipal de saúde da mulher. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (n=11), com formação superior (n=09) e pós-graduação (n=09) em Saúde da Família (n=03). Atuavam em serviços na Saúde Pública entre um ano e nove meses a quatro anos (n=06) ou acima

de sete anos (n=06), sendo a maioria com tempo de atuação na unidade de saúde estudada acima de dois anos (n=09).

Os dados foram organizados em duas categorias de análise: (1) Impacto da pandemia de covid-19 nos serviços de saúde; (2) Assistência pré-natal no contexto da pandemia de covid-19 – comunicação, adaptação e reorganização.

Impacto da pandemia de covid-19 nos serviços de saúde

Analisar e discutir as implicações da pandemia de covid-19 para os serviços de saúde em Marataízes/ES faz-se importante para compreender como se deu o processo de reorganização dos serviços durante o período pandêmico para atender à nova demanda de saúde no município. A análise dos dados permitiu identificar que os atendimentos eletivos foram suspensos para que fosse priorizada a oferta de cuidado para os casos suspeitos e confirmados de covid-19. Segundo um dos entrevistados:

[...] durante a pandemia, é, na verdade, a unidade ficou presa [...], era só urgência e emergência e olhe lá, mais era atendimento de COVID-19 mesmo e, teste, em cima de teste, [...] foi uma época que não tinha agendamento, não tinha nada, a gente não fazia nada, só atendia COVID-19 (U04).

Destaca-se, nos depoimentos, que, no início da pandemia, o desconhecimento sobre a doença em si, por se tratar de algo novo, contagioso e assustador, estimulou a adoção de mudanças na organização do atendimento à comunidade. Recomendações de distanciamento social também persuadiram, de forma geral, em toda a oferta de serviços, no funcionamento das unidades e em suas rotinas cotidianas, como destacado pelos participantes:

[...] não só mudou a nossa logística, como também a mentalidade de toda a população sobre o COVID-19, porque ninguém sabia na época o que era o COVID-19, se tinha cura, se não tinha, se tinha remédio [...] (U05).

[...] logo que começou a pandemia a gente ficou muito assustado, não tínhamos a informação adequada do que era [...] (R02).

Outro ponto destacado pelos participantes sobre esse período foi o comprometimento da saúde mental dos trabalhadores da saúde. Os profissionais que prestavam atendimento direto ao paciente, principalmente no âmbito da APS, estavam constantemente expostos ao risco ocupacional de contaminação por covid-19, atuando em longas jornadas de trabalho e sob intensa cobrança institucional. Isso, na maior parte das vezes, levou ao esgotamento físico e psicológico dos trabalhadores da saúde, o que é evidenciado nos trechos de fala dos entrevistados.

[...] foi muito cansativo porque foi uma rotina que nos foi colocada e tivemos que fazer plantões de sobreaviso nos finais de semana (R01).

[...] a minha enfermeira eu via a hora que ela ia endoidar, ela quase surtou, cheguei lá briguei com ela um milhão de vezes porque não dava, não dava. [...] ou a unidade parava para cuidar do COVID-19, que foi um caso muito grave, foi muito puxado, e deixava aquela galera lá morrer para poder atingir as metas que eram exigidas, ou a unidade vestia a camisa, entendia que era um momento de guerra mesmo e que todo mundo tinha que se unir (R09).

É possível compreender que, no contexto estudado, a pandemia de covid-19 gerou muitas mudanças, tanto na organização dos serviços de saúde quanto nos processos de trabalho em si, com impactos sobre a saúde da população em geral e também sobre a saúde de seus trabalhadores. Faz-se importante, portanto, a partir dessa perspectiva, lançar o olhar sobre a assistência pré-natal de forma específica.

Assistência pré-natal no contexto da pandemia de covid-19 – comunicação, adaptação e reorganização

A análise dos dados revelou que foram necessárias mudanças na organização da rede de atenção materno-infantil a partir do início da pandemia de covid-19. Segundo os profissionais de saúde entrevistados, até o início de 2020, a primeira consulta de pré-natal era realizada pelo enfermeiro da unidade de referência da mulher e as demais eram de responsabilidade do

médico especialista em ginecologia e obstetrícia, que atuava nas unidades pelo menos uma vez por semana:

[...] as gestantes são recebidas, atendidas, primeiramente pela enfermeira, e a enfermeira faz os encaminhamentos necessários, pro dentista, pro ginecologista, solicita os exames. [...] o primeiro atendimento geralmente é a enfermeira que faz, e depois, ela vai alternando as consultas com o ginecologista, que é o ginecologista obstetra no caso (U04).

Segundo os participantes, a partir do início da pandemia de covid-19, houve a necessidade de reorganizar a rede de atenção materno-infantil municipal. Inicialmente, considerando que as gestante foram classificadas como grupo de risco para a covid-19 pelo Ministério da Saúde (MS), os serviços foram orientados a suspenderem as consultas de pré-natal, para reduzir o risco da gestante em contrair a doença na unidade de saúde:

[...] 2020 [o pré-natal] ficou suspenso como todos os atendimentos (R01).

[...] a gente tentou fazer o máximo possível para não parar, mas nós ficamos parados, precisamos ficar parados porque o município entrou em risco extremo de contaminação da COVID-19. Então ficou entendido que a gente não era uma atividade de urgência e emergência, aí a gente ficou fechado, é... se eu não me engano foi o mês de abril [de 2020] inteiro (M03).

De acordo com os entrevistados, nesse período, as gestantes com sinais e sintomas de gripe eram as únicas a terem acesso ao atendimento presencial nas unidades da APS, para serem testadas, diagnosticadas, tratadas e acompanhadas. Inicialmente, eram acompanhadas por telefone ou por visitas domiciliares, conforme o relato a seguir:

[...] [se ela] estava suspeita de COVID-19 a gente monitorava ela por telefone, íamos em casa também, fazíamos atendimento a domicílio e a gente costumava vê-las mais de uma vez na semana, para avaliá-las [...] (R01).

[...] no caso de síndrome gripal, inclusive as gestantes, sendo que as gestantes tinham prioridade, gestantes com gripe, resfriado, tosse, espirrando, febre, na

suspeita, tudo era suspeita de COVID-19, e tiveram muitas com COVID-19 (U04).

Em apoio às mulheres, famílias e comunidades, os profissionais também passaram a estabelecer a comunicação por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação, via ligações telefônicas ou aplicativos como o *WhatsApp*. O objetivo era contribuir com o empoderamento, a corresponsabilização e a autonomia para um cuidado em saúde integral e acessível, como destacado em trechos da fala de alguns participantes, a exemplo deste:

[...] quando foi suspenso, todas as consultas de pré-natal, tô falando do meu caso, como agente comunitário de saúde, eu fiz acompanhamento pelo meu celular, de todas as gestantes. Aí, qualquer coisa que eu identificava fora do normal, eu encaminhava pra médica, a médica da família dava as instruções do que devia ser feito, por causa dessa pandemia (U05).

Os profissionais relataram que, em um segundo momento, receberam orientações da gestão municipal para o retorno às consultas presenciais de pré-natal. As unidades foram reorganizadas para melhor atender e acompanhar esse público-alvo. Foi reduzida a quantidade de consultas em cada dia, realizada a higienização do ambiente a cada troca de paciente, aumentado o intervalo entre os horários agendados para reduzir o contato entre elas e realizadas consultas domiciliares. As rotinas foram reestruturadas, de modo a ofertar acolhimento, segurança e assistência, como evidenciado por eles:

Lá, foi tirado um dia, que era o dia que as gestantes viriam na unidade pra fazer os pré-natais, esse dia só para atendimento delas, aí elas faziam a consulta com o médico e com a enfermeira e a enfermeira já encaminhava pra gente [da odontologia], pra gente tá fazendo todo o acompanhamento durante toda a gestação (U07).

[...] quando retornou, a gente teve mudança no cuidado da sala pra gestante né, porque aí, cada troca de gestante a gente fazia a higienização mais do que já era feita, e, na triagem também, e era só mais pra elas mesmo (R11).

Outra questão apresentada foi a insegurança das gestantes diante das diferentes informações, disponibilizadas pelos meios de comunicação, sobre as formas de contágio e os riscos da doença para elas e seus bebês. Isso influenciou, segundo os entrevistados, na adesão ao pré-natal e aumentou o desafio para as equipes de saúde, como pode ser visto nos trechos a seguir:

Além do medo que elas tinham, de vir até a unidade, e as informações também, aleatórias, como você sabe, muita informação fake, elas criaram um bloqueio também, elas ficaram com medo de vim até a unidade, com uma coisa nova, que ninguém conhece [...] (U05).

E o pré-natal odontológico [...] que as gestantes [...] já têm um receio durante a gravidez né [...] e na pandemia isso piorou [...] (R10).

Destaca-se que a disponibilidade da vacina para a covid-19 parece não ter contribuído para sanar os medos de muitas das gestantes: de tomar a vacina e não garantir a saúde do seu bebê; dela não se sentir bem; e do bebê contrair a doença ou sofrer má-formação durante seu desenvolvimento. Essas questões geraram ansiedade e angústia em relação à imunização e foram fortalecidas pelas *fake news* e pelos movimentos anti-vacinas, conforme evidenciado na seguinte fala:

[...] com relação à vacina também, a gente teve alguns episódios de algumas gestantes, como te falei teve muita *fake* na história então a gente teve todo esse cuidado de explicar o que realmente estava acontecendo, o que de fato era passado para a gente na área da saúde (R02).

Além de tantas mudanças e inseguranças relatadas pelos profissionais como possíveis fatores que geraram afastamento das gestantes dos serviços de saúde, os participantes deste estudo destacaram que, mesmo após a liberação do retorno à assistência pré-natal de rotina, muitas grávidas não iam até à unidade para as consultas de pré-natal agendadas e outras tantas deixaram de buscar o serviço. Como citado por um profissional de saúde, acredita-se que o pré-natal não era suficientemente regular para garantir o adequado acompanhamento para a mãe e para o bebê:

[...] elas pegaram COVID-19, algumas pegaram, tanto, que elas não fizeram um pré-natal adequado, porque, com certeza não foi regular, mesmo com todo o esforço, não foi, e muitas não vinham por medo, também tem isso [...] (U04).

Depreende-se, assim, que a assistência pré-natal durante o período pandêmico necessitou ser reestruturada, no intuito de garantir o adequado acompanhamento gestacional.

DISCUSSÃO

Este estudo revelou que, no contexto da pandemia de covid-19, foram necessárias mudanças na organização dos serviços de saúde como um todo, incluindo a assistência pré-natal. O desconhecimento sobre a doença e suas consequências influenciaram no cuidado da saúde de gestantes e atuaram como possíveis barreiras de acesso, mesmo após a retomada dos atendimentos eletivos para esse grupo. Novas ferramentas de informação e comunicação, como o *WhatsApp*, foram utilizadas com as gestantes, assim como aumentou a realização de visitas domiciliares, com relação ao que rotineiramente era realizado antes da pandemia.

As consequências que a pandemia gerou nos serviços de saúde, a exemplo da suspensão dos atendimentos eletivos, para que os casos suspeitos e confirmados de covid-19 fossem priorizados, e da aplicação das recomendações de distanciamento social, que visavam evitar aglomerações e diminuir os atendimentos presenciais nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), tornaram indispensável a reorganização dos serviços para atender a essa nova demanda de saúde. Isso também foi observado em tantos outros cenários, nos quais se exigiu uma nova forma de funcionamento dos serviços de saúde, tendo em vista a alta transmissibilidade do vírus e o grande número de infectados, a inexistência de medicamentos comprovados e de vacina para a doença e do número insuficiente de testes para toda a população (JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

As recomendações de cancelamento de consultas eletivas não essenciais, de agendamento por horário e de que as equipes individualizassem

suas ações de acordo com as particularidades de seus territórios e de suas unidades de saúde também foram experimentados por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em outras localidades (FARIAS *et al.*, 2020). As unidades de saúde em todo o país precisaram definir quais serviços seriam ofertados à população, levando em conta as novas demandas que emergiram, bem como as atividades já existentes que precisavam ser mantidas (SOUZA; AMORIM, 2021).

Como coordenadora do cuidado, a APS tem grande responsabilidade nos impactos gerados na saúde da população acompanhada (MARQUES *et al.*, 2020). A APS não se restringe ao primeiro nível, entretanto é a base de toda a atenção, por incidir sobre os problemas coletivos de saúde nos diferentes níveis, tornando-se o pilar para a efetividade do sistema (LEITE *et al.*, 2018). A APS integra os sistemas de saúde dirigidos e centrados no usuário e sua qualificação é indispensável para que se possa exercer a gestão do cuidado e a organização de sua integração aos serviços especializados, considerando as diversidades de necessidades em saúde e a dimensão do território brasileiro. Assim, cada município tem desenvolvido um processo de reorganização do trabalho das equipes que atuam na APS, com vistas a implementar as melhores estratégias de cuidado de acordo com a necessidade e a realidade local de cada território (GERALDO *et al.*, 2021).

As equipes que atuam na APS podem ser o recurso mais estratégico para prevenir, manejar e controlar outros tipos de agravos/doenças que permanecem gerando demanda sobre os sistemas de saúde, desenvolvendo a vigilância da covid-19 e dando suporte aos grupos vulneráveis, pois a maior parte dos casos confirmados de covid-19 é considerada leve e, portanto, de possível manejo por equipes que atuam nesse nível assistencial (GIOVANELLA *et al.*, 2021; MEDINA *et al.*, 2020). Nesse conjunto de mudanças do “fazer em saúde no contexto da pandemia”, também foi preciso implementar ferramentas de gestão do cuidado que pudessem apoiar o desenvolvimento de práticas integrais de cuidado em saúde (SILVA *et al.*, 2021). No entanto é importante destacar que não há uma única forma de organizar essa rede de cuidados, principalmente em um país com realidades tão diversas como o Brasil (GERALDO *et al.*, 2021).

Foram observados, no presente estudo, relatos de impactos na saúde mental tanto da população quanto dos trabalhadores. O receio de adoecer

ou morrer, o isolamento social, o estresse e a incerteza do futuro resultaram no crescimento ou no agravamento de condições crônicas e mentais (LIMA *et al.*, 2020). Especificamente sobre os profissionais de saúde, esses eram diretamente afetados no contexto de pandemia e enfrentaram os desafios gerais de toda a população e aqueles relacionados ao processo de trabalho em saúde: receios de serem infectados e de infectarem familiares devido ao aumento do risco de contágio na unidade de saúde (US); ameaças e agressões advindas de pessoas com demandas que, muitas vezes, escapam aos recursos daqueles profissionais; e medo de adoecerem e morrerem, dentre inúmeros outros desafios que podem desdobrar-se em situações de sofrimento para esses trabalhadores (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Assim como evidenciado nos resultados deste estudo, até 2020, a organização dos serviços de pré-natal locais era ajustada às normativas do Ministério da Saúde (MS), para prover atenção ao pré-natal de baixo, médio e alto risco (BRASIL, 2012) e para garantir o bem-estar e a segurança materno-fetal, a partir de uma escuta qualificada, a fim de diagnosticar ou amenizar precocemente os riscos à saúde da gestante e do bebê (FONTANA *et al.*, 2017). Essa organização deve ser fundamentada em condutas acolhedoras, propiciando o vínculo e o fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, bem como estimular o desenvolvimento de ações educativas e preventivas para detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional (SILVA *et al.*, 2021). Todavia o aumento da incidência de casos de sífilis congênita e o fato da causa mais comum de morte materna ser a hipertensão arterial sugerem que, embora a cobertura pré-natal venha aumentando, a qualidade dessa assistência ainda precisa de melhorias (LIVRAMENTO, 2019).

A integralidade do cuidado, a partir da integração entre diversos profissionais da saúde com diferentes olhares sobre as práticas do cuidado materno-infantil, visa garantir uma atenção integral e aumentar o potencial de resolutividade (ANDRADE *et al.*, 2013). Apesar de ser princípio do SUS (SANTOS, 2018), existem barreiras para consolidação desse direito à saúde, uma vez que, na pandemia, as fragilidades do sistema de saúde ficaram expostas e se manifestaram na dificuldade de execução de ações consideradas simples, todavia essenciais na efetivação do cuidado. Essas fragilidades relacionam-se diretamente com a falta de resolubilidade demandada na práxis cotidiana (MARQUES *et al.*, 2020).

No contexto da pandemia, o MS orientou que as consultas de pré-natal e exames complementares fossem sequenciados de acordo com o avanço da gestação em intervalos mais espaçados, respeitando as necessidades e particularidades de cada gestante e sendo garantida a segurança materno-fetal e a exposição da gestante e pessoas do seu convívio (BRASIL, 2021). Mudanças na rede de cuidado materno-infantil tornaram-se indispensáveis em diversos cenários, fazendo com que as unidades funcionassem de acordo com sua realidade, criando, assim, uma realidade específica e distinta de atendimento voltado para esse grupo (BRASIL, 2021).

A gestação costuma ser um período bastante delicado na vida das mulheres, trazendo muitas mudanças físicas, psicológicas e fisiológicas que exigem um acompanhamento rígido e cuidados específicos durante essa etapa (COUTINHO *et al.*, 2014), com o intuito de diminuir os impactos em sua qualidade de vida (MARQUES *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, como evidenciado no presente estudo, as gestantes precisaram gerenciar suas emoções em sua totalidade, incluindo os medos relacionados à doença. Ademais, orientações para o isolamento social e tantas outras informações recebidas persuadiram essa mulher a se retrair cada vez mais. Mesmo com o retorno dos atendimentos, o medo de sair de casa e contrair a doença na unidade de atendimento parece ter funcionado como barreira ao pré-natal.

Entre as mulheres em estágio perinatal, a ansiedade com a saúde estava relacionada a estar perto de pessoas infectadas com covid-19. A maior gravidade da doença e a ansiedade geral com a saúde influenciavam no adiamento ou cancelamento de consultas médicas de rotina, e o comportamento de evitação deste tipo traz o risco de que os problemas de saúde sejam esquecidos (SHAYGANFAR *et al.*, 2020). Destaca-se que o adiamento ou o cancelamento de consultas médicas de rotina podem colocar em risco, a longo prazo, a saúde das mães e das crianças (MOYER *et al.*, 2020).

Diante da insegurança que acometia tanto as gestantes quanto os profissionais de saúde, novas estratégias de comunicação foram colocadas em prática, por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação. O uso de *WhatsApp* e telefone para a realização de teleconsulta, por exemplo, segundo Medina *et al.* (2020), garante a oferta de ações de forma

segura, de modo que não haja descontinuidade do acompanhamento e agravamento das condições dos usuários em tratamento. Conforme destacado por Cabral *et al.* (2020), uma estratégia a ser priorizada na APS nesse momento é a educação em saúde, combatendo as *fakes news*, tendo em vista a grande quantidade de informações trazidas pelas mídias sociais com informações inverídicas e anticientíficas, para que a população compreenda e siga as orientações.

Vivenciar uma pandemia durante a gestação não deve ter sido uma tarefa fácil: as mães estavam o tempo todo recebendo notícias de diversos meios de comunicação e redes sociais, que traziam diariamente dados e informações do que acontecia no mundo e quais eram os riscos para aquelas em período gestacional. Matérias reais, assim como também *fake news*, tomaram conta do dia a dia dessas mulheres. Para que as orientações sobre a assistência estivessem claras, evitando confusão e sobrecarga com o excesso de informação, mudanças vieram a ser observadas no processo de trabalho.

Considera-se que os ajustes realizados na organização do serviço pré-natal foram necessários no contexto da desconhecida realidade trazida com a pandemia. É preciso, agora, refletir sobre as vivências desse período, para que possam servir para otimizar os serviços em um momento em que a doença vai passar a ser trabalhada em conjunto com outras doenças. Uma lição aprendida é que, para um adequado cuidado pré-natal, é preciso manter o contato e o cuidado periódico com as gestantes, considerando o momento sensível em suas vidas, em suas emoções e em sua saúde. É possível também buscar incorporar os processos instituídos que permitiram aproximar as equipes desse público, como as tecnologias de informação e comunicação (TICs). Como destacado pela OMS (OPAS, 2023), o fim da emergência foi decretado, mas a doença vai permanecer. É preciso também aproveitar as lições aprendidas para melhor saber lidar com outras situações de emergência em saúde pública no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram concluir, a partir da vivência de profissionais de saúde durante a assistência pré-natal, que os serviços

da Atenção Primária à Saúde (APS), exercidos como porta de entrada das gestantes no sistema de saúde, foram afetados pela pandemia de covid-19.

O trabalho em saúde precisou ser reorganizado para maior fortalecimento desse nível de atenção e para garantir condições de acesso, assim como para garantir que a rede de atenção materno-infantil pudesse manter-se resolutiva e coordenada frente à nova demanda de saúde. Os serviços precisaram desenvolver novas formas de comunicação com as gestantes, incorporando o uso de tecnologias de informação e comunicação, para que conseguissem otimizar suas atividades e os processos assistenciais ou organizacionais.

Apesar disso, pode ter havido consequências negativas para a saúde de mulheres e seus bebês, tanto pela covid-19, quanto pela insuficiência no cuidado pré-natal de rotina. Os resultados mostraram que, mesmo após a retomada dos atendimentos eletivos passa esse grupo, a frequência da presença das gestantes nos serviços não foi rapidamente retomada.

Considera-se importante que tanto trabalhadores de saúde quanto gestores voltem suas atenções para outros ajustes que são necessários para a garantia da efetividade da atenção pré-natal.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C.; BRANDÃO, C.; GONÇALVES, S. P. Análise temática qualitativa com o apoio do MaxQda – O impacto da COVID-19 no setor da restauração. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais: Avanços e Desafios**, v. 9, 2021, p. 312-319.
- ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Rev. Mult. Psic.**, v. 14, n. 49, 2020, p. 114-126.
- ANDERSON, R. M. *et al.* How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, n. 10228, 2020. p. 931–934,.

ANDRADE, A. C. V. *et al.* Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **Mundo Saúde**, [S.I.], v. 37, n. 4, 2013. p. 439-449.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Disponível em: <https://www.gov.br/bvs>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Nota Informativa no 13/2020 – SE/GAB/SE/MS – Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 set. 2021.

COUTINHO, E. C. *et al.* Pregnancy and childbirth: what changes in the lifestyle of women who become mothers? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, 2014. p. 17-24.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, v. 4, n. 1, 2020. p. 3–5.

FARIAS, L. A. B. G. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 15, 2020, p. 1-8.

FERGUSON, N. *et al.* Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce covid-19 mortality and healthcare demand. **Imperial College**, London, v. 9, n. 1, 2020. p. 1-20.

FONTANA A.P. *et al.* Pré-natal: a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 72-78, 2017.

GERALDO, S. M. *et al.* A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021. p. 1-12.

GIOVANELLA, L. *et al.* Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, e00310142, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/?lang=es>. Acesso em: 20 jul. 2021.

HOPKINS, J. **Coronavirus Resource Center**. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 8 abr. 2020.

HORTON, R. Offline: COVID-19 and the NHS—“a national scandal”. **The Lancet**, London, ano 395, n. 1022, 2020.

JACKSON FILHO, J. M. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 45, n. 14, 2020, p. 1-3.

LEITE, Y. S. C. O. *et al.* Gravidez na adolescência e vulnerabilidade em tempos de pandemia pelo sars-cov-2 (covid-19). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, 2021, p. 16284-16292.

LIMA, S. O. *et al.* Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção covid-19: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 46, n. 1, 2020. p. 1-10.

LIVRAMENTO, D. V. P. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 40, n.1, p. 1-9, 2019.

MARQUES, R. F. A. *et al.* Atendimento pré-natal na Atenção Primária à Saúde durante o período de pandemia da covid-19. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 83-87, 14 nov. 2020.

MEDEIROS, F. F. *et al.* Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 213-20, 2019.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00149720. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 26. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MOYER, C. A. *et al.* Pregnancy-related anxiety during COVID-19: A nationwide survey of 2740 pregnant women. *Arch. Women's Ment. Health* 2020, v. 23, n. 6, p.757–765, 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4. Acesso em: 16 set. 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara fim da emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. **OPAS** (site), Brasília, 5 maio 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 19 maio 2023.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, n. 1, 2020. p. 1-13.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2043-2050, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2043-2050/pt/>. Acesso em: 19 maio 2023.

SESA/ES - Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Painel Covid-19 - Estado do Espírito Santo**. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S. **Métodos de pesquisa nas relações sociais: delineamentos de pesquisa**. São Paulo: E.P.U., 1987.

SHAYGANFARD, M. *et al.* Health Anxiety Predicts Postponing or Cancelling Routine Medical Health Care Appointments among Women in Perinatal Stage during the covid-19 Lockdown. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 17, n. 21, 2020. p. 8272-8286. MDPI AG. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17218272>. Acesso em: 9 out. 2022.

SILVA, A. L. M. D. *et al.* Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2021. p.1-7.

SOUZA, A.R.; AMORIM, M.R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Pernambuco, v. 21, p. 257-261, 2021.

WALKER, P. G. T. *et al.* The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low- And middle-income countries. **Science**, New York, v. 369, n. 6502, 2020. p. 413-422.

ZAR, H. J. *et al.* Challenges of COVID-19 in children in low- and middle-income countries. **Paediatr Respir Rev**, [S.I.], v. 34, n. 1, p. 70-74, 2020.

14

GABRIELA DE BRITO MARTINS
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

INSUBMISSAS CONFRONTAÇÕES DA ATIVIDADE: NARRATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi idealizada como estratégia que abrange a assistência junto ao indivíduo inserido em seu contexto socio-cultural, econômico e político, tendo, como elemento central, a atenção à saúde em sua integralidade, a capilaridade de agentes comunitárias de saúde (ACS) que, como residentes da sua área ou território de trabalho, atuam efetivamente como elos, a partir da vivência coletiva dos principais problemas da comunidade, e proporcionam um cuidado contínuo, integral e abrangente aos indivíduos e famílias assistidas.

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceram-se como princípios básicos de atenção à saúde: a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação social. Tais princípios configuraram-se como desafios para os trabalhadores envolvidos com a assistência, no sentido de produzir tentativas para a concretização desses princípios no cotidiano da atenção à saúde. Uma dessas produções foi a adoção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como pontos-chave do fortalecimento do SUS (SILVA; ATHAYDE, 2008).

Numa convocação para o despertar, ao arejar as pesquisas e abordagens dos processos de trabalho em saúde, propõe-se um olhar do “agir em saúde”, expresso no cotidiano de trabalho em saúde, sob a ótica de agentes comunitárias de saúde, num contexto de enfrentamento da pandemia de covid-19.

Ao trabalhar em saúde, o que produzimos é certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde (MERHY, 1997; 2002). Portanto, quando nos interessamos pelo “agir em saúde”,

estamos adentrando nesse lugar de tensões que é próprio do trabalho vivo. Um lugar de escolhas, de arbitragens, de usos de si por si e pelos outros (SCHWARTZ, 2004), com vistas à gestão coletiva do trabalho em saúde, num sentido de constituir autonomia e ampliação desse agir tanto para quem oferece quanto para quem recebe os serviços de saúde.

Diante do cenário de pandemia, a questão que se coloca é: quais os impactos da pandemia para o “agir em saúde” de agentes comunitárias de saúde do município de Vitória/ES?

Para tal discussão, optou-se pela realização de grupos focais, entrevistas e observações participantes do cotidiano de trabalho de agentes comunitárias de saúde no município de Vitória/ES no período de 16 de agosto de 2022 a 04 de outubro de 2022. Participaram do estudo 17 ACS, todas atuantes do mesmo território, em Vitória/ES.

Este artigo apresenta recortes da constituição da trajetória a história do trabalho de agentes comunitárias de saúde (ACS) em suas prescrições e singularidades, partindo da constituição da profissão no Brasil na década de 1990, suas transformações ao longo dos anos e desafios assumidos no enfrentamento da pandemia. O resultado, a partir da discussão de falas e cartas produzidas pelas participantes, constitui-se numa analítica que incita a aproximação das escrituras (EVARISTO, 2017; 2019; 2020) das participantes como a autoconfrontação simples e cruzada (CLOT, 2007) dos processos de trabalho de agentes comunitárias de saúde durante a pandemia.

REFERENCIAL TEÓRICO: O TRABALHO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM FOCO

A função de agente comunitária de saúde (ACS) teve início em 1987, em caráter emergencial para atendimentos aos problemas da seca no Ceará, quando empregou 6.113 chefes de família, sendo 95% mulheres que estavam, até então, desempregadas, para realizar atividades essenciais de imunização de crianças, prevenção e tratamento de enfermidades da

população. O programa foi eficiente a ponto de se manter mesmo após o controle das secas, sendo expandido, em 1990, para os municípios do interior do Ceará e, posteriormente, para todo o Brasil (DOMINGUES, 2017).

Logo após, em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido com o intuito de incorporar outros profissionais ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já funcionava com êxito. Pela sua capilaridade e resolutividade, o PSF passou a ser vislumbrado como uma estratégia, passando a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), definida como uma estratégia de ampliação do acesso aos serviços de saúde oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na qual atuam uma equipe multiprofissional, responsável por determinada população a ela vinculada.

As ACS representam um papel central nessa equipe, pois são profissionais oriundas da comunidade, que precisam fundamentalmente de reconhecimento por competências ou atributos de solidariedade e liderança nesse contexto (BRASIL, 2004, p. 9).

O intuito do PACS, inserido na ESF foi a construção de um atendimento mais humanizado e produtor de vínculo com a população, que compartilha compromisso e responsabilidade com índices de mortalidade infantil, aleitamento materno, vacinação, racionalização de recursos, ausências e adoecimentos no trabalho, dentre outros (BRASIL, 2004).

O trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe é uma das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A preocupação é a organização do sistema capaz de dar conta dos preceitos constitucionais de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde. Para tal, o cotidiano de trabalho na área da saúde é marcado por múltiplos fatores e efeitos que podem afetar a vida dos trabalhadores, tais como a carência de profissionais, gerando sobrecarga de trabalho; o comprometimento do trabalho na atenção básica, impactando no aumento de demanda nos hospitais; e o sofrimento e dor em lidar com mortes, perdas e doenças. Esses efeitos justificam a necessidade de voltar-se o olhar para a saúde dos profissionais de saúde. Algumas pesquisas auxiliam na defesa dessa ideia, entre elas as de Domingues (2017); Garcia *et al.* (2014); Osório (2007); Avellar, Iglesias e Valverde (2007); Martins (2003) e Borges (2005).

Pode-se constatar que, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, ainda é insuficiente o debate da saúde em situação de

trabalho. Tais análises, em diversos estudos, mostram fragilidades quanto ao acesso aos serviços de saúde, à qualificação dos serviços de assistência ao trabalhador e aos currículos e processos de formação dos profissionais do cuidado, além de precariedades diversas nas relações e vínculos de trabalho (BARRETO, 2017; DAROS *et al.*, 2016; DOMINGUES, 2017; GARCIA *et al.*, 2014).

Desde a sua implantação até os dias atuais, a atuação das ACS teve modificações em sua institucionalidade, particularmente no que diz respeito à sua estrutura de atuação, aos direitos e vínculos trabalhistas à organização do processo de trabalho, mas sempre mantendo o foco principal de garantir a capilaridade dos serviços em saúde (BARRETO, 2017; DAROS *et al.*, 2016; DOMINGUES, 2017; GARCIA *et al.*, 2014).

No contexto de pandemia de covid-19 especificamente, demandaram-se diversas mudanças para garantir a atenção à saúde da população no território, notadamente associadas à organização do processo de trabalho e ao fluxo assistencial da atenção primária, em especial na atuação das agentes comunitárias de saúde, no enfretamento das novas necessidades que emergiram para dar conta no quadro sanitário (SARTI *et al.*, 2020; MACIEL *et al.*, 2020; MÉLLO; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2022).

Com isso, pode-se inferir que, historicamente, o laço saúde-trabalho não é óbvio no Estado brasileiro, tornando também desafiador produzir conhecimentos que melhor amparem as agendas públicas, assim como os debates acadêmicos sobre o que se sente, como se trabalha, como se engendra, assim como em relação aos arranjos e desarrajos nos processos de trabalho em saúde.

Portanto, o trabalho em saúde, no qual debruça-se este estudo, é esse objeto construído, desconstruído e reconstruído na atividade, tecido a cada situação, na experiência de trabalho. Para tal, interessa-nos a experiência vivida e ativa do trabalho, como atividade de transformação que compõe sentidos, desejos e aspirações. A experiência de trabalhar é sempre uma (re)criação de um modo de vida que se forma junto ao que é produzido. A organização do trabalho estabelece regras, normas, procedimentos e protocolos, mas também tem a capacidade de ordenar uma vida em meio ao compartilhamento de fazeres e experiências, acontecimentos vividos, carregados de histórias e invenções cotidianas (OSÓRIO, 2016).

O AGIR EM SAÚDE COMO POTÊNCIA DE VIDA NA PANDEMIA

Nas metamorfoses sociais do trabalho no século XX, os conflitos, que podem ser alavancas para o desenvolvimento, são frequentemente obstáculos intransponíveis que convocam os sujeitos a enfrentar dilemas e sofrimentos desconhecidos ou negados, que se deslocam, mas não desaparecem (CLOT, 2007).

A pandemia de covid-19 produziu números expressivos de infectados e óbitos no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até outubro de 2022, foram notificados 627.573.579 casos confirmados e 6.570.363 óbitos pelo coronavírus em todo mundo (OMS, 2022).

Os profissionais de saúde constituem-se como principal grupo de risco para a covid-19, por estarem em contato direto com os pacientes infectados. As equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente agentes comunitárias da saúde (ACS), categoria composta em sua grande maioria por mulheres, enfrentam expressiva exposição ao risco, sobretudo na pandemia, devido às suas condições precárias de vida e trabalho, perpassadas por diversas ausências, como as relativas ao reconhecimento e valorização, que são manifestadas pela falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e insumos, fragilidades nos processos de educação permanente, bem como redução de serviços complementares, apoio social e mobilização nas comunidades (SANTOS *et al.*, 2020).

A proteção da saúde de profissionais de saúde é fundamental não só para evitar a transmissão de covid-19, mas também para assegurar a capacidade de trabalho e qualidade da atenção prestada aos pacientes. No que tange às ACS, tais profissionais atuam em alta capilarização no território nacional, e sua atuação precisa, portanto, “ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor saúde à epidemia” (SARTI *et al.*, 2020, p. 2).

Além disso, em se tratando de trabalhadoras, valores associados ao gênero feminino, como solidariedade, compromisso, cuidado, afeto, solidariedade, vínculo, apego e envolvimento, estão fortemente associados ao trabalho da ACS, dando sustentação ao acúmulo de encargos extratrabalho, tais como o cuidado de pessoas em situações de risco social, idosos que vivem sozinhos, doentes e deficientes que demandam cuidados

especiais, dentre outros. Para essas mulheres, submeter-se e permanecer nesse trabalho mal remunerado e precário justifica-se pela vantagem de estar perto de casa e poder cuidar da casa, dos filhos e da comunidade (BARBOSA *et al.*, 2012).

Assim, como recorte para a pesquisa, caminhamos num olhar sobre os processos de trabalho de agentes comunitárias de saúde, que se dão no seu ambiente social, já que uma das premissas para a função é pertencer ao território de atuação. Como momento histórico, o contexto de pandemia de covid-19, que descortina divisões de gênero e inserção desigual de mulheres no mercado de trabalho, bem como sobrecarga feminina na tentativa de conciliar tarefas domésticas e profissionais. O que se propõe, portanto, é narrar histórias de trabalho que permeiam histórias de vida, inseparáveis em sua interseccionalidade (BIROLI; MIGUEL, 2015).

A complexidade e multidimensionalidade do trabalho reflete a natureza do humano, já que não há trabalho sem que haja uma intenção humana individual ou coletiva (SOUZA E SILVA; FAITA, 2002). Assim, o trabalho está carregado de sentidos inscritos no encontro entre a complexidade da experiência e a situação de trabalho. Portanto, afirma-se a análise do trabalho como elemento central na vida dos indivíduos e da sociedade contemporânea e, assim, afirma-se como um dos campos de estudo em expansão, especialmente na análise do trabalho em saúde.

O enfrentamento da pandemia de covid-19 convoca uma ação-arte, uma produção que descortina lutas de mulheres pela afirmação da vida no que tange o trabalho em saúde e suas especificidades, que se mostram no encontro entre profissional e usuário. São interações, relações produzidas, construídas a partir da criação de vínculos, corporificações e afetos, produzindo sentidos e distanciamento entre prescrito e real (FARIA; ARAUJO, 2010).

Temos uma tensão permanente entre a força do trabalho vivo (MERHY, 1997; 2002), com seu potencial de criação, e os modelos que buscam, ao cristalizar os processos de trabalho, conformar os atores a determinados papéis. Dessa contradição, afloram possibilidades pedagógicas de reprodução ou de re-criação de outros saberes, práticas e poderes (CECCIM, 2004).

A aposta na Clínica da Atividade, como intercessor teórico para este estudo, propõe olhar o trabalho como uma atividade dirigida a uma função

social, que é e tem uma função psicológica. Do ponto de vista da atividade, estende-se o olhar aos movimentos da subjetividade no contexto de trabalho.

Em outras palavras, a função do trabalho tem uma ‘dupla vida’. A vida social dessa função não explica sua vida psicológica. É a segunda que se explica – em todos os sentidos do termo – pela primeira, numa repetição sem repetição (CLOT, 2007, p. 9).

Na busca por transformar para compreender, a Clínica da Atividade direciona, então, outros olhares para a relação saúde e trabalho. No lugar de diagnosticar riscos psicossociais, a análise do trabalho irá abordar os recursos psicossociais para a ação nos contextos de trabalho. No lugar da saúde pautada pelo adoecimento, ou no “déficit do sujeito”, propõe-se promover um reencontro do sujeito com sua atividade, tomando, por exemplo, o sofrimento como sinalizador do trabalho impedido e expressão da violência institucional. Sob essa ótica, o sujeito da ação é necessariamente um trabalhador implicado, que se observa, se posiciona ativamente, combativamente e inventivamente na experiência de trabalhar, reexistir e transformar a partir da análise de seu próprio trabalho, podendo fazê-lo melhor, como dito, quando se considera o apoio do outro, o coletivo (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Entende-se, afinal, que “o trabalho é uma base que mantém o sujeito no homem, visto que é a atividade mais transpessoal possível” (CLOT, 2007, p. 8). Nessa perspectiva, afirma-se que a vida, na sua complexidade, precisa ser compreendida nas formas de trabalhar, nas tramas, num campo instável, em autoconfrontações e conexões que não para de se produzir (CLOT, 2007; 2010).

O trabalho mostra, assim, a relação da saúde com a “potência de agir”. Nele, todo sujeito é capaz de lidar com situações, desde que tenha a oportunidade de confrontar-se consigo mesmo e com o que faz, bem como de receber apoio do que é produzido pelo coletivo de trabalho (CLOT, 2010).

A subjetividade na ação profissional não é um ornamento ou uma decoração da atividade. Ela está no princípio do seu desenvolvimento, configura-se como um recurso interno deste último (CLOT, 2007, p. 18).

Os processos de trabalho constituem-se como uma produção eminentemente humana. O humano vai além de se adaptar ao meio em que vive. O sujeito é ativo na busca de diferentes interações nas situações que se colocam.

Trabalhar, nesse sentido, é atividade, é movimento fundamental na manutenção da vida e estruturação das sociedades. Trabalhar é doar, conceder energia psíquica e física para a construção do mundo e da vida. O trabalhador institui suas normas, cria, reconstrói, (re)arranja-se. Em sua dimensão coletiva, o trabalho é um modo de agenciar-se enquanto grupo, no qual o funcionamento do coletivo grupal influi diretamente sobre a dinâmica de uma organização do trabalho (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

É importante frisar que a atividade de trabalho não se reduz a situações dadas, mas implica também em variabilidade, imprevisibilidade, enfim, na mobilização subjetiva para lidar com imprevistos, buscar ideias e soluções. Compreendemos que a atividade que é de fato realizada a cada instante pelos trabalhadores “é sempre singular, uma tentativa do sujeito de produzir o seu meio, renormatizar, reinventar mesmo que no mais ínfimo, as maneiras de viver (e trabalhar)” (BOTECHIA, 2006, p. 145).

Tal potência inventiva não é observável diretamente, mas imprime um sentido de valorização do trabalhador face às mudanças das condições e organização do trabalho. As linhas de fuga que são geradas na conformação de modelos devem ser exploradas pelo trabalho criativo em saúde, na experimentação de modos nômades de produzir saúde, em práticas terapêuticas mestiças com os usuários e entre a equipe, abrindo processos de subjetivação profissional, institucional e pessoal (CECCIM, 2004).

Nessa ótica, as renormalizações no decorrer do trabalho, por exemplo, podem ser analisadas como uma experimentação, uma tentativa de criação de outros possíveis, resistência a formas endurecidas de atuação no trabalho.

Trata-se de fazer uma outra gestão do trabalho consagrando todos os esforços à busca de um só objetivo: aumentar o poder de ação dos coletivos de trabalhadores sobre o ambiente de trabalho real e sobre si mesmos. A tarefa consiste, então, em inventar ou reinventar os instrumentos desta ação, não mais protestando contra os constrangimentos, mas pela via de sua superação concreta (CLOT *apud* OSÓRIO, 2007, p. 2).

A gestão do trabalho ocorre nos encontros e desencontros, nas “falhas”, nos escapes, nas interações e respostas que os trabalhadores apresentam às demandas dos processos de trabalho, é o que sustenta a existência de vida no trabalho. É o real que pulsa e torna possível a dinâmica de transformação contínua do trabalho e do trabalhador (SCHWARTZ, 2004).

Isso porque o trabalho é organizado e reorganizado por aqueles que o realizam, ou seja, envolvem estratégias de ação coletivas, prescrições e renormalizações, modos de subjetivação que transmitem e renovam a experiência de trabalho. Vê-se que, a partir do momento que as organizações compreendem que a relação entre trabalho e subjetividade não é centrada na luta contra o sofrimento, mas na atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver, as redes de relacionamento entre os trabalhadores se multiplicam. Assim, deve-se levar em conta o desgaste associado aos processos de trabalho, a noção de sofrimento psíquico, frente aos constrangimentos impostos pela organização e condições de trabalho (OSÓRIO, 2007).

A Clínica da Atividade, como uma abordagem psicológica do trabalho, surge na França a partir dos anos 1990, com a proposta de constituir instrumentos de análise do trabalho que levem em consideração a relação trabalho-subjetividade que viabilizem a compreensão da situação de trabalho real, a fim de ampliar o poder de agir dos trabalhadores.

Assim, a proposta da Clínica da Atividade é desenvolver metodologias em que se faz possível a análise do trabalho, neste caso, tanto para oferecer amparo aos trabalhadores quanto para ampliar os recursos do gênero profissional, ou seja, da constituição processual de uma história coletiva que se estabiliza provisoriamente e se recria permanentemente pelas contribuições dos trabalhadores, na medida em que estilizam a sua ação (CLOT, 2007, 2010).

A premissa de desenvolvimento processual de sujeitos e coletivos pressupõe transformações mais duradouras quando resultam da ação dos próprios trabalhadores. Como proposta clínica, o que se tem aqui é a oportunidade de encontrar, nos processos de trabalho em saúde, a possibilidade de desenvolvimento e formação dessa coletividade, encontros e misturas de gêneros e estilos no trabalho em ato.

Pelo exposto, enfatiza-se que a proposta da Clínica da Atividade seria provocar deslocamentos e derivas em meio a vivência de situações

de trabalho. A aposta é que o sujeito do sofrimento dê passagem para o sujeito da ação; que o trabalho como fator de adoecimento seja repensado e reprogramado, ao ponto de se transformar e fortalecer-se enquanto atividade criadora. Enfim, que fatores de constrangimento da vida sejam mapeados a ponto de observação, debate e análises críticas.

Neste trabalho, optou-se pela perspectiva de saúde proposta por Canguilhem (2006), em que a saúde não é conceito científico-ideal e abstrato, mas um conceito empírico que fala da relação do sujeito humano com o meio. A saúde é a criação de novas normas de vida, num sistema social que as mantém e as ameaçam e, por assim dizer, regulam. A organização das normas correlativas em um sistema social incita os seres vivos a serem afetados e a reagirem, “numa unidade em si, senão por si, para si” (CANGUILHEM, 2006, p. 211).

Considerando as dimensões biológicas e do poder e questionando a apropriação dos corpos como princípio para o controle social e disciplinar dos indivíduos no sistema capitalista de produção, este estudo é inspirado pela convocação do que se passa entre, nos encontros, na construção de narrativas que produzem deslocamentos e desvios que misturam “inconscientes que protestam” no agir em saúde, pela aposta de que conhecimento, afeto, desejo e comunicação são indestrutíveis e imprevisíveis e, por tal, intercessores potentes de luta a serviço da vida individual e coletiva (MERHY, 2002; FOUCAULT, 1999).

A atividade, para Clot (2010), implica mais do que dimensões lógicas; exige dimensões poéticas – posto serem regidas pelo signo da criação, como fonte permanente de invenção de novas formas de viver. A partir daí, o objetivo clínico da análise do trabalho, que se liga à provocação da controvérsia e do diálogo, sustentando tensionamentos e paradoxos constituintes do trabalho vivo.

METODOLOGIA

Este trata-se de um estudo analítico e descritivo das situações de trabalho. Ao debruçar-se no “agir em saúde” sob a ótica de agentes comunitárias de saúde (ACS) num contexto de pandemia de covid-19, o

percurso metodológico aposta na construção de narrativas e cartas como mobilizadoras de recursos para a ação e análise do trabalho na atenção primária.

Participaram do estudo 17 ACS, que fazem parte da mesma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atuando num dos territórios do município de Vitória/ES, aqui denominadas por nomes compostos fictícios de “Marias-Flores”.

A questão que norteou o estudo foi: Quais os impactos da pandemia para o “agir em saúde” de agentes comunitárias de saúde do município de Vitória/ES? A fim de discutir essa questão, percorremos o caminho descrito a seguir.

Num primeiro momento, as agentes do território foram convidadas a participar nos grupos focais. Foram realizados dois grupos focais na primeira etapa da pesquisa, que foi desenvolvida com o objetivo de conhecer as participantes e construir os passos da pesquisa. As perguntas disparadoras foram: (1) Como está sendo trabalhar como ACS durante a pandemia de covid-19? (2) Como é ser Mulher-Maria no ontem, no hoje e no amanhã?

Na segunda etapa, realizaram-se dois grupos focais e seis entrevistas com observação participante das situações de trabalho das participantes que se dispuseram a serem acompanhadas nas suas visitas.

Já na terceira etapa, objetivou-se a restituição do campo, a partir da apresentação das cartas das participantes, bem como do compartilhamento de experiências e sensações do cotidiano de trabalho no contexto da pandemia. A orientação foi ilustrar sua história no trabalho por meio de imagens (desenhos, palavras, fotos ou vídeos). Pediu-se às participantes: Conte como faz, sente, percebe, expressa o seu trabalho...; Conte pensamentos, experiências, relacionamentos, memórias, histórias vividas e contadas no seu cotidiano de trabalho...; Conte o que faz, o que gostaria de fazer, impedimentos e possibilidades percebidas e executadas na trajetória de vida e trabalho.

Optou-se, ainda, por criar um grupo no aplicativo de mensagens WhatsApp com as participantes para o compartilhamento de dúvidas e experiências durante todo o período de pesquisa, com o intuito de aproximação e vinculação entre as participantes. As narrativas foram construídas a partir de grupos focais e entrevistas, registradas em gravações e cartas

escritas pelas participantes, realizados de 16 de agosto de 2022 a 04 de outubro de 2022.

Propôs-se, então, uma metodologia que se instrumenta na micropolítica, investigando e acompanhando práticas que constroem e desconstróem objetos, atenta aos movimentos de criação. Nesse sentido, as entrevistas e escritas das participantes tiveram como aposta a produção de narrativas sobre histórias de vida marcadas pelo trabalho em saúde. Os grupos focais, por sua vez, apresentam-se como alternativa para a restituição e criação de estratégias de enfrentamento e visibilidade das lutas pela afirmação da vida no trabalho em saúde. Considerando o contexto pandêmico da covid-19, acrescentou-se, ainda, como possibilidade, a abertura do campo a outros procedimentos de trabalho. A formação de grupo no aplicativo de mensagens WhatsApp, por exemplo, constituiu-se como recurso de comunicação virtual e aprofundamento de vínculo entre as participantes. Nas palavras de Larrosa (2015, p. 163),

um espaço entre, logo, um espaço intermediário de passagem, conectado a partir do ponto de vista dos sujeitos e das palavras. Trata-se de um espaço que não existe em si que se abre [...] não tem local, mas que pode acontecer em qualquer local.

A aposta foi por uma abordagem do trabalho em saúde como produção da vida, que, por sua vez, pelas ruas da escrita e pelas avenidas do território, “dançam” como forças em luta, numa fluidez inventiva e criativa de outros modos de existência em curso e, por assim dizer, de saúde em sua integralidade.

Nesse recorte, foram realizados um total de seis encontros em grupo, seis entrevistas e seis observações com um grupo de 18 participantes em Vitória/ES. Aqui, discutiremos sobre a história de trabalho, bem como sobre os desafios enfrentados no trabalho e a articulação coletiva das trabalhadoras no enfrentamento e autocuidado durante a pandemia.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), via Plataforma Brasil, em 20/05/2022 e aprovado em 08/07/2022 com parecer de número 5.517.950 (CAAE – 33777220.6.0000.5060).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por dentro do trabalho: a ação histórica na covid-19

O trabalho como objeto de estudo é tecido a cada situação, construído e reconstruído na atividade. Numa perspectiva da Clínica da Atividade, interessa-nos o trabalhar, a atividade com seu movimento e singularidade; a atividade como elemento central de análise.

O trabalho é historicamente construído, negociado e, portanto, coletivo. A atividade, mesmo realizada por um único trabalhador, tem uma história e uma inserção coletiva que a autoriza (OSÓRIO, 2016, p. 44-45).

Com a percepção de que o trabalho tem história, na construção de vínculos entre as participantes, optamos pelo interesse pelas situações concretas vividas nos locais de trabalho, desde o seu início da história das participantes com o trabalho de agente comunitária de saúde (ACS).

Senti uma profunda alegria ao ser convocada, pensei sempre em me esforçar ao máximo para ajudar a população da minha microárea. Tenho tido muitos resultados positivos, mas também muitos desafios, mas é muito bom quando você vê a gratidão com o mínimo que você faz para alguns (Maria Bromélia)

Foi muito difícil essa aceitação do trabalho. O programa iniciou em 98 em Vitória. Eu não tive uma visão deslumbrante, foi difícil a população aceitar, mas nós conquistamos essa visão com a nossa dedicação (Maria Orquídea).

Quando eu comecei, não sabia o que iria enfrentar muito bem, todas as alegrias e tristezas, ao compartilhar nossas vidas com outros (Maria Acácia).

Ao destacar as especificidades e variabilidades da sua história no trabalho, as Marias convocam para o debate também a própria história no trabalho, inquietações e provocações nele vividas e superadas. Segundo Clot (2010), a análise das situações de trabalho considera o saber da experiência que tais situações comportam, e o resultado que se obtém é duplo. O primeiro resultado é produzir conhecimento sobre a atividade, descrever a atividade de trabalho. Mas a observação não

produz conhecimento apenas para quem observa, produz também uma atividade em que é observada, uma inquietação, um diálogo interior (CLOT, 2010).

Sob a ótica das participantes, que possuem entre 7 e 22 anos de profissão, essa inquietação produz confrontações com a própria atividade em transformação, produz sentidos outros que se atualizam no vivenciar das situações de trabalho.

Aqui é pau pra toda obra. Nossa sala é recepção...todo mundo encaminha pra cá...pra darmos informações. Outra percepção é que éramos servidores. Antes, quando foi implantado o serviço, tínhamos a função de buscar as necessidades pra trazer pra unidade. Sentia a importância do que fazia (Maria Girassol).

Para trazer as ACS cuja atividade está em foco para o lugar de coanalista, propusemos que elas mesmas produzissem o material a ser analisado: cartas e cartazes de histórias do trabalho como ACS e situações vivenciadas durante a pandemia que quisessem colocar em debate. O analisador disparou um sobrevoo pela história do trabalho de ACS no território, que muitas delas vivenciaram juntas, desde o começo.

O que eu percebo é que hoje o ACS é visto como diferenciado pro ruim, inferiorizado, desvalorizado, um desprezo ou inveja do que fazemos, nós já nos sentimos mais valorizadas. É tipo a gente ouvir nos corredores assim: não sei pra que serve ACS. Isso nos colegas, porque a população reconhece (Maria Hibisco).

Aí que entra as psiquiatras, as psicólogas, porque nós somos de tudo um pouco. A gente chega lá e eles “ah, eu tomei esse remédio porque é bom”. “Mas porque você tomou?”. Então a gente faz aquele papel de médico, de enfermeiro... de tudo, entendeu? A gente tem que só ouvir, só ouvir. As pessoas querem que a gente ouça eles. E esse é o remédio (Maria Jasmim).

Na expressão das Marias, aparece o desejo de reconhecimento e importância do que fazem, mas também a percepção de atividade impedida, limitada no decorrer dos anos pela precarização e falta de

continuidade na gestão. Para além dos impedimentos, demonstram conquistas em conhecimento do trabalho, buscas pelo autodesenvolvimento e qualificação, além de segurança na orientação, na escuta e, especialmente, na conquista da confiança da população.

Uma frustração é que hoje a gente não consegue dar retorno pra população de nada. Nos sentimos travadas, desmotivadas, às vezes a gente nem tem vontade de fazer tanto como gostaria, poderia. Nós somos vistas como descapacitadas, sabe mal ler e escrever, pegas a laço, com 2 anos de comunidade... Nós que estamos aqui nos qualificamos e muito. Brincando um pouco, pra ser médica aqui, nós só precisamos do CRM (risos), porque o resto já fazemos (Maria Hibisco).

Sobre os desafios de trabalhar e cuidar de si na pandemia

O trabalho durante a pandemia representou um marco na atuação das agentes comunitárias de saúde (ACS) participantes. Nos primeiros contatos com o grupo, ao falarmos sobre a pandemia, já se iniciou o debate e a análise das controvérsias e desafios do cotidiano de trabalho cheio de imprevisibilidades.

A gente teve um momento em que as portas não eram abertas para o paciente mesmo, depois foi sendo atendido devagarzinho com muito critério. Quando vinham não recebiam atenção, era rápido, sem atenção e depois os pacientes vinham reclamar com a gente (Maria Hibisco).

Eu estava cobrindo férias na recepção quando o primeiro caso de covid chegou aqui na unidade. Fomos os primeiros afastados...14 dias... no primeiro teste negativo. Na minha cabeça tudo voltaria ao normal, não tínhamos informação, todos afastados, ficaram 6 pessoas, tudo afastava (Maria Alfazema).

E aquilo no começo os insumos, não tínhamos direito a N95, a um capote, uma toquinha. Comprávamos as máscaras da colega (Maria Lírio).

Um dos desafios foi a falta de insumos para a nossa proteção, sem máscara, EPI, ficamos lá na frente fazendo triagem. Não era porque não tinha...pra eles

não era necessário que o ACS tivesse essa proteção. Éramos a barreira deles. Na recepção colocaram uma proteção no balcão. Nos colocaram pra fazer um trabalho que nós nem tínhamos conhecimento de como fazer. ACS não é treinado pra triar, mas tivemos que fazer, fomos obrigadas, e utilizadas como bloqueio pra que os usuários não entrassem. As receitas de medicamentos eram entregues nas nossas mãos. E a nossa proteção? Enxergaram como nosso o trabalho, fizemos uma mini triagem nas casas, serviços pararam. A saúde da família hoje não está funcionando como deveria e a pandemia foi um divisor de águas e intensificou essa sobrecarga na saúde (Maria Papoula).

Se, por um lado, o que faz sofrer, insiste Clot (2010), é a atividade impedida, o que adocece é o desejo de trabalhar, apesar dos obstáculos, precarizações e limitações no direito à autoproteção num contexto emergencial ocasionado pela pandemia. Entre o cuidar de si e as atividades de cuidado como ACS, tendo que conciliar o inconciliável, com limitação de recursos para o agir, as ACS têm sua potência de ação diminuída, o que desencadeia o próprio adoecimento, presente na fala das participantes:

No início estava com garganta inflamada e não podia fazer teste, ficava na família, não sabia se tinha, só fazia teste em quem estava internado (Maria Bromélia).

A pandemia veio eu estava em plena chicungunha, ficamos ruins e aí o cuidado era maior ainda, a dor era insuportável. E muita ansiedade (Maria Jasmim).

Teve gente que ficou doente, tem gente que ficou afastada e está até hoje. Teve gente que teve dificuldade de lidar com as perdas, as mortes... não conseguiram voltar, a cabeça não conseguiu.... foi muito complicado. No começo tinha medo...vinha pra cá e ficava com medo de levar a doença pra casa. Quando eu tive covid, foi a época que a gente perdeu a nossa colega, não pude nem ir no velório, não pode ter, foi muito triste, isso mexeu comigo, mexeu com a gente, com o nosso psicológico (Maria Papoula).

A fala das participantes arrepiava, chega a nós como um grito de quem quer ter o direito de falar, de quem quer ter o direito de se cuidar. As

falas sinalizam o olhar das ACS para o adoecimento mental como uma considerável sequela pós-pandemia. No coletivo de trabalho, mostram o quanto sentiam juntas os esgotamentos das colegas e as complicações desses enfrentamentos.

Acreditamos na possibilidade de sustentar com os trabalhadores algumas condições específicas para habitar esse lugar ‘entre’ a dor do luto (vivido sobretudo como perda de sentido) e a produção coletiva de outras estratégias de vida-trabalho mais potentes (novas ações-sentidos). Era preciso, de fato, produzir um terreno novo para a expressão das experiências (BRITO *et al.*, 2016, p. 114).

Nesse ínterim, esse trabalho de construção de narrativas vai se constituindo como um espaço de diálogo e cuidado na atividade de trabalho. Um abrir-se em possibilidades de expressar o que ficou entalado na garganta, um lugar de acolhimento de inseguranças e medos, angústias e sofrimentos, que se mostraram inaudíveis numa realidade emergencial da pandemia em que precisaram “colocar seus corpos à prova”, ou seja, ser barreira de proteção e conexão entre os serviços e usuários.

Perdi uma irmã e uma colega ao mesmo tempo. Não foi só parentes, mas conhecidos, pessoal da área, isso mexeu com a gente, todo dia uma notícia de morte. Chegou uma época que eu tinha até medo de abrir rede social porque todo dia era uma notícia de morte. Foi uma época que ficamos mais afastadas da presença nas casas. Usamos mais o celular pra nos comunicar com as pessoas. As pessoas tinham medo de pegar, só vinham na unidade de estavam passando mal mesmo, não conseguiam pegar receita de continuidade, consultas todas canceladas, as receitas depois foram online, tinham outras demandas que eles traziam pra gente e a gente não conseguia resolver. A telemedicina absolveu algumas demandas, mas quem mais recebeu essas demandas foi o ACS (Maria Begônia).

Vimos que, para enfrentar o que aparecia como demanda, tinham que amortecer o que sentiam, um isolamento social intensificado pelas máscaras, pelos contatos virtuais, uma barreira ao contato. Ao mesmo tempo, sentiam que representavam um acesso ao contato com os outros setores,

com as novas tecnologias, com as demandas por saúde que surgiam e, em muitos momentos, foram (in)visibilizadas pela urgência da covid-19.

Quando foram chegando as vacinas, eles julgavam que estávamos vacinando nossa família, escondendo vacina deles... (Maria Hibisco)

A pancada vem sempre em cima da gente, a gente na frente, a gente criou nessa sala um verdadeiro call center. Abria o agendamento, deixava de almoçar pra ficar esperando abrir pra reservar vacina para os pacientes. A gente sabe a realidade de muitos idosos, que não conseguiria agendar, fazíamos pra eles (Maria Bromélia).

Quando atendiam e tinham os sintomas, a lista dos pacientes vinha pra nossa sala, e a ACS fazia o monitoramento de pessoas em isolamento por 10 dias, até sair o resultado. Nós que liberamos pro isolamento, dizia se o teste deu positivo ou negativo. Perguntava se estavam bem, se sentiam algum sintoma ainda... (Maria Orquídea)

E o cuidado com a gente? Não ficou. Tivemos que nos autocuidar. Começou cortando as nossas férias, não podíamos tirar férias por causa da pandemia (Maria Papoula).

As falas das participantes denotam um estado de sobrevivência em um período em que o agir gritava por solidariedade, mas o grito da angústia, do medo, da incerteza do que estava por vir, ficava silenciado na garganta. Elas destacaram a importância dos grupos e a construção de cartas como uma via de expressar o que sentiram, e ainda sentem.

A saúde, nessa empreitada, mostra-se na capacidade das ACS de instituírem e seguirem novas normas de vida, afirmando-se como potencialmente ativas, capazes de criar e recriar as normas e o seu meio de vida, processo clínico viabilizado pelo mecanismo da análise da atividade (CANGUILHEM, 2006).

Assim, ao produzir as cartas e cartazes, as ACS mobilizaram questionamentos e análises sobre o que colocar, como colocar e também como apresentar, para as participantes, as emoções envolvidas na expressão. Assim, já se estabelece a atividade como tríade viva, num diálogo entre

a ACS e si mesma, entre ACS e seu trabalho e entre ACS e pesquisadora.

As ACS mostraram que o acontecimento “pandemia” escancarou a sobrecarga de trabalho, sim, mas também evidenciaram, nos movimentos do trabalho, a capacidade de constituir saídas, num acionamento do agir criativo nos enfrentamentos do cotidiano.

As Marias, consideradas coletivamente, mostraram-se capazes de ampliação e ou incorporação de novas tecnologias no trabalho (telemedicina e WhatsApp, dentre outras), bem como de não se submeterem a regras existentes e, principalmente, de produzir suas próprias regras, numa negociação permanente da atividade durante a pandemia.

Gêneros e estilos da ação: por uma gestão coletiva do trabalho

A proposta de formação de coletivos, para análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS) em tempos de pandemia, tem como premissa a transformação do trabalho como condição para conhecê-lo. Nesse sentido, a fala das participantes provocam um deslocamento do sofrimento para a ação, do trabalho como fator de adoecimento para o trabalho como atividade criadora (CLOT, 2010).

A ACS teve voz, trabalhou muito antes, mas mudou muito a gestão. Quem tem menos tempo aqui tem 8 anos, a mais antiga 22. A maioria tem 17 anos de casa. É uma história aqui. Por isso temos esse parâmetro, sabemos do que já funcionou aqui e hoje não funciona mais (Maria Bromélia).

A gente já passou por muita coisa, antes o índice de mortalidade era muita, a pobreza era muita...hoje já melhorou, não que não exista, mas já construímos novas realidades até aqui. Infelizmente nossa categoria ficou banalizada e com isso, não somos vistas com os mesmos olhos (Maria Hibisco).

Com a chegada da tecnologia muitas coisas melhoraram e mudaram também. A gente teve que conviver com isso, não foi fácil (Maria Begônia).

As falas enfatizam os dilemas enfrentados na história do trabalho para além do sofrimento, mas principalmente na ampliação da potência das trabalhadoras de criar e recriar a cada instante os meios para viver

experimentando-se na produção de diferença em meio às tramas institucionais que ele, como produto e produtor, ajuda a forjar na experiência coletiva do trabalho como atividade, em lugar de focar na elaboração de respostas psicológicas diante de tais situações como mecanismos defensivos (AMADOR, 2016, p. 276-277).

Tal como diz Clot (2010, p. 115),

a dimensão das defesas psíquicas, que configuram o território do sofrimento psíquico no trabalho e, como tal, de manutenção de uma esfera de normalidade, figura como região de uma “supercompensação formal”.

Essa compensação se opõe, segundo o autor, no plano clínico, a uma supercompensação real que culminaria em um desenvolvimento do poder de agir, sendo esta última, inclusive, a via de promoção de saúde e não somente da preservação da normalidade (CLOT, 2010).

Nesse aspecto, acompanhar a processualidade da atividade de trabalho com vistas a ampliar o poder de agir das trabalhadoras contribui para que analisemos essa experiência de transbordamento da normalidade. Nesse caminho, a intervenção encaminha para um ato que pode produzir desvio e criação, deslocando a pessoa que trabalha das suas motivações pessoais e psíquicas, para situá-la num plano de forças das instituições, o que coloca a dimensão institucional na centralidade das análises da atividade de trabalho.

Tais desvios e renormalizações são presentes nos relatos e histórias das Marias:

A telemedicina absolveu algumas demandas, mas quem mais recebeu essas demandas foi a ACS. Eu nunca falei pra ninguém deixar de vir, porque eu achava um absurdo o paciente deixar de ser atendido.... eles sabiam que precisavam e o que estavam sentindo (Maria Bromélia).

As falas das participantes também sinalizam como a experiência pessoal e coletiva se agenciam como recursos para ação e, por assim dizer, como saúde e vida no trabalho. As ACS consideram a importância das novas tecnologias inseridas na Atenção Primária à Saúde (APS) para atendimento

das demandas emergenciais na pandemia, mas sustentam, principalmente, a importância das próprias renormalizações diante de um gênero profissional cada vez mais fragilizado diante das incertezas da pandemia.

Para Clot (2010), trabalho e saúde se imbricam ao poder de agir e, então, o sofrimento no trabalho não está nem no sujeito nem no trabalho, mas no agenciamento entre eles. A saúde no trabalho das ACS se mostra, então, nos desvios e ações que forjavam em meio ao imprevisto das demandas, numa estilização do gênero profissional pelo coletivo de trabalho.

É até engraçado. A gente pode até brigar e tudo, mas quando acontece alguma coisa, todo mundo se importa. Ah, mesmo que ela me fez alguma coisa, se ela fica doente eu ligo, a outra liga. Se uma pessoa sumir, a gente já pergunta o que aconteceu (Maria Papoula).

Na pandemia, a gente teve o nosso grupo separado. Aí, se colocava “estou de atestado”, essa daqui já ligava preocupada. E eu achei tão legal esse carinho! Existe muita preocupação, carinho. Muito carinho pela pessoa (Maria Girassol).

Você pensa numa pessoa que nós “brigava”. Nós se odiava. Mas, assim, engraçado que tantas coisas foram acontecendo, tantas mudanças, que hoje eu sirvo de psicóloga pra ela e ela serve pra mim. Tem dia que ela tá desparafusada. A pessoa que tá desparafusada em dobro, fica calada. Aí tem que ficar ouvindo, por quê? Nós temos problemas diferentes, mas não deixa de ter. Tem dia que eu tô mais que ela. A gente convive assim, a gente se grudou... (Maria Bromelia)

Ela ganhou neném... Lembra? A gente se matava na reunião de equipe. A gente se organizou em equipes pra todo dia ir uma lá, ficar conversando com ela, pra ela não fazer besteira. A gente sentava lá e conversava, fazia café, tomava café junto. Mesmo com as nossas diferenças. Ajudava a ordenhar, fazer mama. Pergunta a ela? (Maria Papoula)

Nós tivemos cuidado umas com as outras, preocupadas, uma sumiu, ficamos atras dela, até encontrar.... a gente briga, mas a gente tá sempre juntas (Maria Jasmim).

Na verdade, a gente passa mais o tempo nosso aqui, do que em casa. Nem em final de semana o grupo para. Estamos sempre juntas (Maria Alfazema).

Observamos nas falas que, na medida em que foram relembrando de histórias da pandemia para a produção das cartas, as ACS foram rememorando também inúmeras situações em que a força do coletivo possibilitou a transformação do trabalho por elas.

As narrativas da atividade das ACS apresentam, então, um caminho para a análise do trabalho num sentido de assessorar a experiência coletiva de transformação do trabalho pelas próprias ACS.

De fato, hoje podemos considerar que as transformações só são duravelmente sustentadas pela ação dos próprios coletivos de trabalho. Por isso parece-nos que a análise do trabalho visa inicialmente assessorar esses coletivos em seus esforços para redobrar seu poder de agir em seu meio. Dito de outro modo, para ampliar seu raio de ação. A ação transformadora durável não poderia ser delegada a uma especialista da transformação, já que não pode se tornar um simples objeto de experts sem graves decepções para os demandantes (CLOT; FAITA, 2016, p. 8).

A experiência de construção de escritos e cartas no cotidiano de trabalho das ACS promovem uma aproximação metodológica com as escritas propostas por Evaristo (2017; 2019; 2020). Para a autora, as escritas surgem

como uma ação que pretende borrar, desfazer uma imagem do passado, em que o corpo-voz de mulheres negras escravizadas tinha sua potência de emissão também sob o controle dos escravocratas, homens, mulheres e até crianças. E se ontem nem a voz pertencia as mulheres escravizadas, hoje a letra, a escrita, nos pertencem também (EVARISTO, 2020, p. 30).

Tal perspectiva coaduna com a aposta da Clínica da Atividade na medida em que Evaristo (2017; 2019; 2020), ao trilhar pelos caminhos das escritas como narrativas insubmissas, afirma a urgência de uma escrita afirmativa de defesa de direitos, de formação, de escuta e espaços de fala.

Assim, como escritas de si e expressão dialógica de si, numa autoconfrontação simples, a construção de escritos e cartas surge como uma aposta de ampliação do cuidado de si. O compartilhamento de cartas e experiências, por sua vez, efetivam a autoconfrontação cruzada, produzindo o que chamamos aqui de “escrevivências da atividade”, ampliando o poder de agir das ACS em seu meio.

ESCREVIVÊNCIAS DA ATIVIDADE: UMA PROPOSTA NA AUTOCONFRONTAÇÃO E CUIDADO DE SI

Na aposta da constituição de escrevivências da atividade, ao longo do percurso deste estudo, a escrita de narrativas sobre/no trabalho se iniciou nos diários de campo, foi ganhando corpo na construção de cartas das participantes e se intensificando a partir da autoconfrontação nos debates dos grupos e nos textos científicos apresentados para análise. O que nós descobrimos é talvez a profundidade do que aqui se produz, como uma dobra que desloca a vida em sentidos outros. Isso porque, “para compreender o que buscamos compreender, é preciso transformar” (CLOT, 2007, p. 7).

O que escrever, como escrever, para que e para quem escrever? Escrevivência, antes de qualquer domínio, é interrogação. É uma busca por se inserir no mundo com as nossas histórias, com as nossas vidas, que o mundo desconsidera (EVARISTO, 2020, p. 35).

Essa interrogação, que Evaristo (2020) sinaliza, aparece nas escrevivências da atividade das Marias, que, embora reticentes inicialmente com o objetivo e método de pesquisa a ser desenvolvido, foram se apropriando do percurso e protagonizando a condução dos encontros na medida em que recuperavam a percepção da potência de ação no cotidiano de trabalho como agentes comunitárias de saúde (ACS), validando os gêneros e estilos da ação, como recursos para a análise e transformação no contexto

de trabalho e na vida. As Marias sinalizam a ação potencializadora do trabalho coletivo, solidário, que costumam diariamente no cotidiano de trabalho.

Eu acho superimportante esse tipo de trabalho, pra valorizar o nosso trabalho, pra mostrar que nós somos uma categoria que trabalha, que também sofre. No primeiro dia que você chegou aqui, a sala tava lotada. Muita gente falando, falando, falando, eu estava ali sentada. Sinceramente, me deu vontade de ir embora, porque eu tava assim... eu não estou conseguindo ficar muito fechada. Eu fiquei só observando... que bom que fiquei (Maria Girassol).

Essa fala me ajudou muito, de escrever, de falar o que a gente está sentindo, de chorar. Eu não sei, eu sei que uma coisa que eu to me sentindo assim... porque muitas vezes a gente está tão presa que a gente quer ficar livre. E hoje eu estou me sentindo bem, de ter escrito a carta ontem. Ontem eu já não estava bem, estava me dando um mal-estar.. mas eu acho que era a preocupação de escrever a carta. Mas assim, isso saiu. Obrigada! (Maria Acácia)

Esse é o principal sentido dessa atividade já que, como afirma Clot (2007; 2010), no dia a dia do trabalho normal, o que nós fazemos é incessante. Os métodos da autoconfrontação e da autoconfrontação cruzada se passam sem parar. Daí o intuito da Clínica da Atividade, que visa a restaurar o ambiente do trabalho normal.

A Clínica da atividade não é senão outra coisa senão a reabilitação da função ordinária do trabalho. Nós repetimos e sistematizamos a vida ordinária. E para mim, isso é muito, muito importante. Trata-se de redescobrir ou de reencontrar o recurso interno do meio profissional considerado (CLOT, 2007, p. 106).

A autoconfrontação se configura como um dispositivo que direciona o olhar para a análise da atividade, produz um querer saber sobre a atividade de trabalho, o querer interrogar a atividade e estudá-la, alterá-la, transformá-la.

Confrontar: que situações colaboram para aumentar ou diminuir o poder de ação no trabalho das ACS?

Ao mostrar como acontece o seu trabalho, ao contar a história do seu trabalho, as ACS pensavam sobre o modo de fazer, a gestão realizada, o que questionavam e faziam de outra maneira, o que faz sair do automatismo, provocando lacunas, perturbações no diálogo e, ao mesmo tempo, percepção das forças que não tinham se dado conta que elas tinham.

As escriturências da atividade evidenciam, portanto, as situações de criação das ACS em seu trabalho. Nos debates de normas, ou da ausência delas em tempos de pandemia, dos planejamentos que não davam conta do real da atividade e, principalmente, da impossibilidade de planejamento diante do contexto de pandemia, fazendo com que algumas regras previstas, em alguns momentos, precisassem ser negadas, constituindo-se em ações insubmissas das ACS diante dos impedimentos da atividade durante a pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propôs-se, neste artigo, um olhar dos processos de trabalho no “agir em saúde” sob a ótica de agentes comunitárias de saúde (ACS) no contexto da pandemia de covid-19.

Os relatos e experiências das ACS participantes possibilitaram a problematização do trabalho feminino e suas intersecções, bem como a construção de lugares de fala, de escrita, de pensamento e de expressão. O espaço coletivo de discussão sobre o trabalho se afirma, portanto, como força restituidora, motriz de inovações, conexões e afetações que se abrem, que reflorescem num coletivo de histórias, compartilhando conhecimentos, dificuldades e esperanças.

O desenvolvimento do poder de agir passa pela mobilização de diversas nuances do ofício para preservar as possibilidades presentes e futuras da atividade. Este estudo aponta um caminho possível para a transformação e singularização do trabalho por aquelas que o fazem, enfatizando a importância da expressão de autonomia e gestão coletiva do trabalho, tal como proposta pela Clínica da Atividade, como princípio de atuação e intervenção em saúde de trabalhador.

REFERÊNCIAS

- AMADOR, F. S. Um posfácio, uma conversa... In: OSÓRIO, C.; ZAMBONI, J.; BARROS, M. E. B. **Clínica do Trabalho e Análise Institucional**. Rio de Janeiro: Nova Aliança, 2016.
- AVELLAR, L.Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P.F. Sofrimento psíquico em Trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, set./dez. 2007
- BARBOSA, R. H. S. *et al*. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 751-765, set. 2012.
- BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades en salud: una perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2097-2108, 2017.
- BENDASSOLLI, Pedro F; SOBOLL, Lis Andrea P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: BENDASSOLLI, Pedro F; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 3-21.
- BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Mediações**, Londrina, v. 20 n. 2, p. 27-55, dez. 2015.
- BORGES, L.O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.
- BOTECHIA, F.R. **O desafio de compreender-desenvolver um regime de produção de saberes sobre o trabalho e suas relações**: a “Comunidade Ampliada de Pesquisa”. Dissertação (Mestrado) –Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação Normativa do Programa de Saúde da

Família no Brasil. **Monitoramento da Implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002**. Brasília: MS, 2004.

BRITO, J.M. *et al.* Notas de uma intervenção: partilhando desafios e possibilidades de uma experimentação clínico-institucional. In: OSORIO, C. *et al.* **Clinicas do Trabalho e Análise Institucional**. Rio de Janeiro: Nova Aliança, 2016. p.103-131.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.

CLOT, Y. **A Função Psicológica do Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2007.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de Agir**. Belo Horizonte: FabreFactum, 2010.

DAROS, R.F. *et al.* A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2016.

DOMINGUES, J. M. Crise da república e possibilidades de futuro. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 6, 2017, p. 1747-1758. DOI: 10.1590/1413-81232017226.02472017.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas, 2017.

EVARISTO, C. **Becos da memória**. Rio de Janeiro: Pallas, 2019.

EVARISTO, C. **Escrevivência: a escrita de nós - Reflexões sobre as obras de Conceição Evaristo**. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Revista Saúde e Sociedade** (USP), São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2010.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 1999.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. esp., outubro 2014.

LARROSA, J. **Tremores: escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, suppl 2, p. 4185-4195, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.2.28102020

MARTINS, L.A.N. A Saúde de profissional de saúde. In: DE MARCO, M. A. (Org.) **A face Humana da Medicina: do modelo médico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MÉLLO, L. M. B. de D.; SANTOS, R. C. dos.; ALBUQUERQUE, P. C. de. (2022). Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: *scoping review*. **Saúde Em Debate**, v. 46, n. spe1, 368-384. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E125>.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NOGUEIRA, C.B. *et al.* Prazer e sofrimento nas organizações: o trabalho e suas relações com a saúde mental. In: GRASELI, A.M.G. *et al.* (Orgs.). **Psicologia: Formação e Construções Coletivas**. 1 ed. São Paulo: Opção, 2015.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **WHO COVID-19 Dashboard**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 1 nov. 2022.

OSORIO, C. **Trabalho e Perspectiva clínicas**. Belo Horizonte, 2007.

OSORIO, C. Clínica da Atividade e Análise Institucional: Inflexões do Transformar para compreender. In: OSORIO, C. *et al.* **Clínicas do Trabalho e Análise Institucional**. Rio de Janeiro: Nova Aliança, 2016. p. 37-64.

SANTOS, G. de B. M.; LIMA, R. de C. D.; BARBOSA, J. P. M.; SILVA, M. C. da.; ANDRADE, M. A. C.. Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00300132, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00300>

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da atenção primária a saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 2020.

SCHWARTZ, Y. Circulações, Dramáticas, Eficácias da Atividade Industriosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YpjWbCXw8WbWmNMcNyhWPPg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2022.

SILVA, A. C. B.; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: Uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, p. 23-35, 2008. DOI: 10.1590/S0303-76572008000100004.

SOUZA E SILVA, M. C. P.; FAITA, D. (Org.) **Linguagem e Trabalho: Construção de objetos de análise no Brasil e na França**. São Paulo: Cortez, 2002.

15

MARGARETH NUNES NEVES CONCEIÇÃO
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
DHERIK FRAGA SANTOS
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

**PERCEPÇÃO
DE PESSOAS
LGBTQIA+ SOBRE O
ATENDIMENTO EM
UM SERVIÇO DE
ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS
DE VIOLAÇÃO DE
DIREITOS HUMANOS**

INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ser definida também como “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p. 5). Desse modo, a violência implica em atos e no uso de mecanismos diversos para inviabilizar, impedir ou mesmo atrasar o pleno desenvolvimento humano, além de representar grave problema e grande desafio para o setor da saúde, por seus efeitos e impactos em todas as esferas da vida dos indivíduos, grupos e nações (SOUZA, 2006).

A violência é considerada um problema sociopolítico que afeta materialmente a saúde dos cidadãos, ocasionando elevados custos para as famílias, a sociedade, o sistema judiciário e penitenciário, além de se entranhar na cultura, produzindo diversas formas de discriminação e preconceito (MINAYO, 2007). A Organização Mundial da Saúde aponta que a orientação sexual também pode estar relacionada a um maior risco de suicídio em adolescentes e jovens adultos. Estima-se que a ocorrência de suicídio entre gays e lésbicas jovens, por exemplo, varie de 2,5% a 3,0%. Os fatores que podem contribuir para o suicídio e tentativas de suicídio incluem a discriminação, estresse nos relacionamentos interpessoais, drogas e álcool, ansiedade em relação a HIV/AIDS e recursos de apoio limitados (OMS, 2021).

Dados do estudo de Pinto (2004) sobre o perfil epidemiológico das notificações de violências contra pessoas LGBT, baseados em informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),

revelaram 778.527 notificações de violências totais, sendo 24.564 contra a população LGBTQIA+, no período de 2015 a 2017. O estudo aponta ainda o escalonamento da violência, com aumento em 49,35% entre lésbicas, 38,5% entre gays e 101,4% entre bissexuais. Quanto à identidade de gênero, houve um aumento de 77,9% das notificações de violência contra travestis, 22,7% contra mulheres transexuais e 29,9% contra homens transexuais.

As múltiplas formas de violências que acometem a população LGBTQIA+ produzem efeitos devastadores e estão presentes em vários contextos sociais, comprometendo tanto sua qualidade de vida quanto o acesso a serviços de garantia de direitos civis e direitos fundamentais. Dessa forma, reforçam-se ciclos sistemáticos de violações de direitos humanos, demandando um posicionamento firme por parte do Estado, a fim de viabilizar reparação e justiça social por meio de políticas públicas.

A longa trajetória pela efetivação de direitos civis busca ampliar e consolidar políticas para livre exercício da cidadania LGBTQIA+ e conta com a participação de movimentos sociais, representantes da sigla, esferas governamentais e outros atores que compõem a construção de políticas públicas de defesa de direitos e enfrentamento das violações de direitos humanos (PINTO, 2004). Destaca-se que a expressão “cidadania” traz em si uma relação direta com a igualdade como valor supremo, presente no texto constitucional brasileiro, a partir o qual presumimos que equidade, respeito, dignidade e justiça estão disponíveis a todos, entretanto alguns segmentos sociais seguem marginalizados, exigindo do Estado, enquanto regulador das relações sociais, garantia de acesso.

Embora tenha havido avanços no campo das políticas públicas para população LGBTQIA+, concomitantemente houve aumento das violações, que decorrem do processo de exclusão condicionado aos padrões normativos de inteligibilidade, sobre o qual Butler (2003) afirma estar baseado no modelo conservador, na lógica binária dos sexos e em conformidade com a orientação heterossexual e a representação de gênero compatível com sexo biológico. Dentro dessa perspectiva, o não enquadramento resulta em invisibilização, marginalização e recorrentes violações de direitos a pessoas LGBTQIA+, impondo-lhes vulnerabilidades, que exigem, por parte do Estado, medidas reparadoras a partir de políticas públicas.

Tendo em vista esse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de pessoas LGBTQIA+ sobre o atendimento em um serviço de atenção às vítimas de violação de direitos no município de Vitória – ES.

MÉTODO

Esta pesquisa trata-se de estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa, tendo como questão norteadora: Qual a percepção de pessoas LGBTQIA+ sobre o serviço de atenção a pessoas vítima de violação de direitos humanos?

As pesquisas descritivas são caracterizadas por estudos que procuram compreender percepções, opiniões ou projeções nas respostas obtidas, detendo-se na análise dos significados, desejos, atitudes e valores, e que compreendem o sujeito da pesquisa como um ser em ação que opera a partir de uma realidade e a interpreta com base em suas experiências concretas, o que requer que a exposição dos significados ocorra por parte dos pesquisados (MINAYO, 2007). Já o processo de amostragem intencional utilizado incluiu sucessivamente participantes em número suficiente para que haja reincidência e saturação de sentidos (CRESWELL, 2014), viabilizando discussões empiricamente fundamentadas.

Os participantes selecionados para o estudo foram pessoas LGBTQIA+ em situação de violação de direitos humanos e atendidas pelo programa *Vitória Acolhe*, inserido no Centro de Especializado em Direitos Humanos, da Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos e Trabalho da Prefeitura Municipal de Vitória/ES. Esse programa é uma política pública voltada ao atendimento identitário a pessoas LGBTQIA+ em situação de violação de direitos moradores da região metropolitana da Grande Vitória, que inclui os municípios de Cariacica, Vila Velha, Vitória e Serra do estado do Espírito Santo.

Incluíram-se, no estudo, pessoas LGBTQIA+ atendidas entre os anos de 2017 e 2021, com idade superior a 18 anos e com telefone fixo ou celular disponível no banco de dados do programa *Vitória Acolhe*. Excluíram-se participantes com telefone registrados que não atenderam à

cinco tentativas de ligações telefônicas, mensagens de texto por aplicativo de conversas ou e-mails.

A coleta de dados se deu mediante entrevista semiestruturada e observação participante. A entrevista, de acordo com Lakatos e Marconi (2010), consiste em um encontro de duas pessoas, com objetivo de que uma delas colete informações sobre um assunto específico, mediante uma conversa.

Foram realizadas cinco entrevistas utilizando um formulário, que, segundo Lakatos e Marconi (2010), é um importante instrumento para investigação social, por possibilitar a obtenção de informações diretas do entrevistado. Esse formulário foi concebido com perguntas semiestruturadas, cuja finalidade é obter informações do entrevistado por meio de um roteiro contendo perguntas previamente elaboradas em torno da problemática em questão.

Os dados foram coletados entre março e junho de 2022. Na ocasião, foram solicitadas informações sociodemográficas das/dos participantes: idade (menos que 30; 31-40; 41-50; maior que 50 anos); raça/etnia autodeclarada (negro: preto e pardo; branco; indígena); estado civil atual (casado/união estável; solteiro); renda (em salários mínimos - menor ou igual a 3; maior que 3); escolaridade (até ensino fundamental; ensino médio completo; ensino superior completo e pós graduação); identidade de gênero (transsexual; não binário; travesti; mulher cis e homem cis); orientação sexual (homossexual; bissexual; pansexual; heterossexual e outras orientações); religião (religião de matriz africana; cristã – protestante, católico ou qualquer outra denominação cristã –; muçulmano; judeu; outros).

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 49875921.8.0000.5060 e parecer nº 5.269.995), os participantes do estudo, mediante anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram realizadas as entrevistas, que foram previamente agendadas e ocorreram remotamente por videochamada.

Por conseguinte, orientou-se os participantes que procurassem um local reservado durante a entrevista para preservar as condições de privacidade e anonimato. O processo de coleta de dados foi conduzido pela entrevistadora e pesquisadora responsável pelo estudo, esta graduada em Serviço Social. As falas foram registradas utilizando um gravador

de voz e, posteriormente, transcritas obedecendo fielmente às falas dos participantes.

As transcrições integrais das entrevistas foram analisadas e interpretadas a partir de uma adaptação da técnica de análise de enunciação, em que as proposições contidas nas narrativas foram tomadas como partes de um processo de elaboração dinâmica de sentidos pessoais, expressos em palavras e frases. Nas condutas relatadas, considerou-se que poderiam estar atuantes desejos, constrangimentos e resistências psicológicas ante os conflitos vivenciados quanto aos temas pesquisados (CRESWELL, 2014).

Com a utilização do software Atlas.ti versão 9.0, realizaram-se as leituras das transcrições. Os achados foram circunscritos em códigos e, posteriormente, agrupados em categorias, de acordo com a identificação de possíveis núcleos de sentido nos enunciados relativos aos objetivos perseguidos. Uma atenção constante aos pormenores do corpus procurou garantir validade interna desses achados que, em seguida, foram discutidos a partir dos marcos teóricos previstos (BUTLER, 2003).

Quanto à análise de dados, foi aplicada a análise temática de conteúdo. Esse recurso é formado por um conjunto de técnicas de análise que se aplica ao processo de comunicação verbal e objetiva detectar os núcleos de sentido presentes em trechos dos materiais transcritos, permitindo realizar inferências a partir de uma lógica expressada e de acordo com o objeto a ser analisado (BARDIN, 2004). Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, que inclui leitura flutuante, constituição de corpus, formulação de hipóteses e objetivos, em que o pesquisador deve tomar contato exaustivo como o material para conhecer seu conteúdo; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Os primeiros resultados produzidos, a partir da aproximação com o campo, apontam, inicialmente, para caracterização da população da

pesquisa, cujo corpus foi constituído por cinco entrevistadas/dos para análise dos dados sociodemográfico, que descreve as/os participantes, em sua maioria, da seguinte forma: gênero masculino (3), idade entre 20 e 41 anos (3), renda até três salários mínimos (4), orientação sexual homossexual (4), gays (3), autodeclarantes como pardos/negros (4), estado civil solteiro (4) e se declarando cristãos (3). Para preservação do sigilo, os participantes aqui descritos foram representados por codinomes “P” seguidos pela ordem de participação “P1” e “P2” consecutivamente. (Quadro 1)

Quadro 1. Informações sociodemográficas de pessoas LGBTQIA+ vítimas de violação de direitos humanos atendidos pelo programa Vitória Acolhe (n=05), Vitória, 2022.

Participantes	Idade	Raça	Orientação sexual	Identidade de gênero	Religião	Estado civil	Renda (R\$)	Vínculo empregatício
P1	25	Parda	Lésbica	Mulher cis	Cristã / evangélica	Solteira	3.636,00	Formal + informal
P2	26	Parda	Gay	Homem cis	Cristão	Solteiro	2.000	Informal
P3	41	Parda	Gay	Homem cis	Candomblecista	Casado	2.2100	Formal
P4	32	Parda	Heterossexual	Travesti	Cristã	Solteira	Até 1.500	Informal
P5	40	Branco	Gay	Homem cis	Espírita	Solteiro	3.100	Formal

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Acerca da caracterização dessa população na presente pesquisa, ressalta-se que nas identidades de gênero e orientações sexuais consideradas dissonantes do padrão, comumente pensado a partir da estrutura binária macho e fêmea, tende a incorrer maiores violações, invisibilizando as demais representações como a população transexual e travesti e outras.

Butler (2003) afirma que o alinhamento entre sexo-gênero-desejo é a estrutura fundante da heteronormatividade ou heterossexualidade compulsória. Assim, um corpo biologicamente sexuado teria um único direcionamento de expressão de sua sexualidade, impossibilitando a existência para além dessa lógica, como o corpo transexual e travesti, que carregam, sobre sua existência, o demérito e a abjeção por não ser igual aquele a quem está assegurada a normalidade. De acordo com Butler (2003, p. 190):

[...] O “abjeto” designa aquilo que expelido do corpo, descartado como excremento, tornado literalmente “Outro”. Mas é precisamente através dessa expulsão que o estranho se estabelece. A construção do “não eu” como abjeto estabelece as fronteiras do corpo, que são também os primeiros contornos do sujeito.

A negação do direito à existência de sujeitos que não se qualificam enquanto humanos pelas instâncias de poder expõe pessoas transexuais e travestis a extrema vulnerabilidade, realidade que remete o Brasil à condição de nação que amarga os primeiros lugares no *ranking* dos países com maior risco de mortes violentas para essa população, cuja expectativa média de vida é de 35 anos de idade, e sinaliza a tendência para redução da faixa etária das vítimas fatais (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021).

Para Pelúcio (2006), o conceito de travestilidade é considerado diverso, mas pode ser explicado como uma pessoa que nasce com o sexo genital masculino e que procura inserir em seus corpos símbolos do que é socialmente sancionado como feminino, sem, contudo, desejarem modificar sua genitália, com a qual, geralmente, convivem sem grandes conflitos. São corpos que fogem da heteronormatividade e dos padrões de gênero socialmente construídos.

A participação de uma travesti, evidencia que esse segmento social, não só está representado neste estudo, mas reafirma um dado sobre a prematuridade das vítimas fatais. Em 2017, 86% das vítimas tinham entre 16 e 35 anos, em 2018, 85% tinham entre 17 e 35 anos, em 2019, 74% possuíam entre 15 e 35 anos, em 2020, 73% estavam entre 15 e 35 anos, e, em 2021, 81% tinham entre 13 e 35 anos (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021).

Pessoas cisgênero heterossexual constituem o padrão de elegibilidade, sendo direcionado a esse perfil o acolhimento, e reservando o estigma e o estranhamento a todas/os que se mostram ou se percebem diferentes dessa regra, para os quais são articulados violências e processos de negação de necessidades, demandas e direitos, como ocorre em diversas políticas públicas, a exemplo do campo da saúde (SOUSA; IRIART, 2018).

Dados do IBGE (2019), de uma pesquisa inédita, apresentam a somatória de homens que se declaram homossexuais ou/ e bissexuais como 1,9% da população pesquisada, sendo as mulheres que se declaram homossexuais ou/e bissexuais 1,7% da população amostra (BARROS, 2022). Em consonância com esses dados, a presente pesquisa aponta o predomínio de homens cis gays, em relação às demais identidades de gênero, buscando o serviço de atendimento *Vitória Acolhe*. Valle (2002) expõe que, historicamente, a maior visibilidade da homossexualidade perdurou sendo a masculina, sendo relacionada à epidemia de AIDS desde a década de 1980 e reservando-lhes todo estigma social.

A participação de uma mulher na amostra reafirma a importância das políticas públicas, quer sejam de saúde, quer sejam de cidadania para mulheres lésbicas e transsexuais, evidenciando uma trajetória de negação de suas existências, inclusive dentro do movimento LGBTQIA+, refletindo o machismo estrutural que perpassa populações vulneráveis e com pautas afins, nas quais vale, inclusive, ditar quais vulnerabilidades lhes serão permitidas ou não (IRINEU, 2014).

Os dados apresentados acerca das violações sofridas pela população LGBTQIA+ demonstram que as práticas sociais de exclusão são retroalimentadas pelo Estado, evidenciada pela focalização da política pública, constituindo-se em tecnologia aprimorada de morte, ou sobrevivência. A população negra tem a maior representação na amostra deste estudo, acontecimento que pode ser explicado a partir de Mbembe (2018), que aponta diversos instrumentos de opressão a serviço da manutenção da ordem capitalista, dentre as quais o racismo, que perpassa os corpos de pessoas LGBTQIA+, reforçado nas relações de poder e dominação, produzindo vida e morte, pautado no direito de exercício deliberado da letalidade por parte do Estado, ao agir de forma omissa, manipuladora, e que assegura, quando muito, a subexistência controlada.

A análise das características sociodemográfica das/os participantes do programa *Vitória Acolhe* oferecem subsídios para reflexão do perfil de pessoas LGBTQIA+ atendidas, evidenciando vulnerabilidades interseccionais, que exigem reconhecimento e providências por parte do Estado.

Para consecução da análise temática de conteúdo (BARDIN, 2004), baseou-se na reprodução de sentido, garantida na recorrência das palavras da língua (HOLMES, 2018), objetivando, como resultado, as seguintes categorias analíticas: acolhimento, resolutividade, encaminhamento, justiça, atendimento profissional e divulgação do serviço.

O ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO DE ENFRENTAMENTO À VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

A adoção de tecnologias humanizadas para atendimento conta com uso do acolhimento enquanto uma ferramenta estratégica para consolidação da atenção especializada a pessoas LGBTQIA+ junto aos serviços sociais, sendo eles: educação, saúde e cidadania. Entende-se por acolhimento a construção de uma relação de confiança entre as partes, baseada em uma postura ética que implica na escuta qualificada do usuário em suas queixas, reconhecimento do seu protagonismo e responsabilização mútua pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2010).

Enquanto uma diretriz operacional, deve-se identificar as demandas dos atendidos pelo programa e reorganizar o serviço a partir de atividades cujos objetivos seriam ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento, impulsionando a reorganização do processo de trabalho, bem como qualificando a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), e favorecer a constituição de espaços intercessores responsáveis pela manutenção de tecnologias das relações, próprio das tecnologias leves (MERHY, 1997).

Segundo as/os participantes do presente estudo, o acolhimento foi considerado bom e são apontados como pontos satisfatórios os quesitos: escuta, recepção e respeito às particularidades. A participante P1 narra como percepção do atendimento, o elemento acolhimento evidenciado pelo seu sentimento de apoio e pertencimento em relação ao espaço de prestação do serviço ao dizer: “a gente não está sozinha”; “as profissionais foram muito atenciosas”.

A solidude e a precariedade das relações sociais experimentadas pelos LGBTQIA+ é um dos desafios mais intensos vivenciados por essa população, mas também pelos profissionais e demais atores que buscam viabilizar, no acompanhamento profissional, novas possibilidades de afetividade frente a comunidade, familiares e círculos de amizade dessas pessoas. A fragilidade de vínculos é reforçada pelo estigma e preconceito, resultando em uma rede de afeto insuficiente e excludente, que se perfaz desde os micros espaços, adentrando as estruturas sociais mais amplas. A condição de invisibilidade, do não reconhecimento, reafirma a condição de uma vida corporal finita e precária, a disposição de sociabilidades e de ambientes que cerceiam a autonomia dos indivíduos (BUTLER, 2003).

Butler (2003) oferece uma importante contribuição acerca do lugar social oferecido pela precariedade, ao afirmar que esses espaços perpassam diferentes categorias identitárias, estabelecendo alianças centradas na resistência à violência autorizada pelo Estado, reafirmando, na coletividade laços de interdependência para efetivação de relações de solidariedade e exercício da cidadania da população LGBTQIA+. Dentro dessa perspectiva, a população LGBTQIA+ se insere socialmente de forma precária e tem suas relações sociais marcadas pela LGBTfobia e exclusão em seu núcleo familiar e comunitário. Dessa maneira, a constituição de vínculos de confiança e apoio entre profissionais e usuários tem a função de potencializar a qualidade do acesso e da recepção dos usuários, de forma que os serviços sejam referência para cuidado e proteção social. A forma como se processa o acolhimento impacta não apenas a permanência no programa de pessoas LGBTQIA+, mas também fortalece os institutos normativos que orientam e buscam qualificar a essa tecnologia como estratégia de inserção.

Os efeitos construtivos do acolhimento podem ser potencializados pela aplicação das legislações disponíveis. A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde

(Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde), evidenciando respeito ao nome social para um atendimento humanizado (BRASIL, 2006). Conforme afirma P4, ser reconhecida pelo nome social qualificou o acolhimento, resultando em uma impressão positiva sobre o serviço: “[...] as pessoas se referiam a mim sempre como mulher, me senti acolhida, me ouviram, me explicaram algumas coisas”. Os resultados desta pesquisa evidenciam a importância do respeito ao nome social no acolhimento identitário, reforçando a identidade travesti, melhorando a autoestima da participante quanto ao exercício de seus direitos civis, resultando em uma percepção positiva do atendimento.

Entretanto a existência de legislações que garantam a observação de leis para cidadania LGBTQIA+ não são suficientes no acesso a direitos. O Brasil está em um franco processo de construção de direitos civis, logo, sem a materialidade da política pública, esse segmento estará sujeito a uma cidadania precária, que consiste na dupla negação: nega a condição humana e de cidadã/cidadão de sujeitos (BENTO, 2014).

O processo de acolhimento de pessoas em situação de violação de direitos deve produzir encorajamento para superação dos ciclos de violências, empoderamento e tomada de decisão. A fala da participante P1 demonstra sentimento de segurança reforçado pelo acolhimento: “[...] senti que o que eu dizia tinha razão”. A participante (P5) também reforça, ao dizer: “[...] me trouxe alívio porque diminuiu os conflitos familiares, cheguei a ir duas vezes”.

Na contramão dos achados em nossos estudos, em que as percepções apontam bons resultados para o enfrentamento às violações, vale ressaltar que essa realidade não se repete na maioria dos estudos. Sobre isso, Campos, Cardoso e Moretti-Pires (2019) demonstram, em sua pesquisa, que há fragilidade no processo de acolhimento, reproduzindo repetidas violações de direitos nos espaços institucionais por parte dos profissionais, reafirmando a manutenção da LGBTfobia institucional, com uma abordagem preconceituosa e excludente, que reforçam vulnerabilidades diversas e o desrespeito a dignidade humana. Devido a essas experiências ruins, pessoas LGBTQIA+ resistem acessar serviços e instituições de diferentes naturezas na tentativa de evitar novas violações.

Depreendemos, dos achados de nossa pesquisa, que o acolhimento ofertado durante o atendimento no programa do município de Vitória/ES foi

considerado satisfatório no que refere a afetividade, escuta, receptividade e respeito as particularidades. É possível delegar parte desses bons resultados ao fato de se tratar de um espaço de atendimento com amplo debate sobre pautas relacionadas as diversidades, um diferencial para obtenção desse resultado, reduzindo os impactos da LGBTfobia institucional.

Foi observado, nas falas dos participantes, que a percepção sobre o atendimento foi satisfatória e esteve associada ao acolhimento profissional ofertado, ao respeito às singularidades dos sujeitos que buscam o serviço e à naturalização e conhecimento sobre as orientações sexuais e identidades de gêneros. Os referidos dados demonstram que parte dos objetivos de um acolhimento humanizado foram alcançados, uma vez que o serviço se dispôs a acolher as/os usuárias/os com a finalidade de conhecer suas demandas, pautando-se numa postura ética e empática, valendo-se de uma escuta altruísta e comprometida com todos os profissionais mostrando-se empenhados no fortalecimento da cidadania LGBTQIA+.

RESOLUTIVIDADE: A MATERIALIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

A categoria resolutividade foi obtida a partir da percepção sobre o atendimento ofertado pelo serviço. Ela interroga a efetividade de outras etapas do processo de acolhimento realizado pelo programa *Vitória Acolhe* enquanto política pública para referência e contra referência de casos de violação de direitos. A efetividade do acolhimento se apresenta também como uma corresponsabilidade da população atendida e dos gestores dos serviços em construir soluções. É necessário estabelecer vínculos interinstitucionais, a fim de conectar todo o sistema assistencial, articulando os diferentes componentes da rede, as áreas técnicas ou meios, bem como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva (MALTA; REIS; MEHRY; FERREIRA, 1998).

Enquanto uma tecnologia, espera-se que acolhimento aponte caminhos para superação de processos violadores de direitos e produza soluções para satisfação das demandas pelo esgotamento das possibilidades produzidos pela política pública. Para Mello, Brito e Maroja (2012), o caráter resolutivo de uma política pública está associado ao reconhecimento de uma realidade ou grupo social, dispondo para suas demandas resoluções diversas, de forma a cumprir a função de reduzir as desigualdades e iniquidades e promover autonomia e transformação.

No que se refere à resolutividade do serviço, a percepção dos participantes não denota plena satisfação, apontando, como causa, as insuficientes políticas públicas destinadas à reparação e à promoção da cidadania de LGBTQIA+, o que evidencia a necessidade urgente de ações integrativas que ampliem a efetividade do atendimento ofertado pelo referido programa. A fala da participante P1 aponta uma lacuna importante que compromete a capacidade de resposta e a continuidade no enfrentamento as violações de direitos: “foi boa, mas acho que faltou outros encaminhamentos!”.

Considerando o contexto de violências e desproteções imposto a população LGBTQIA+, classificamos como urgente que as políticas públicas assumam seu caráter resolutivo para enfrentamento das diferenças sociais mediadas pelo Estado. Souza (2006) explica que a formulação de políticas públicas deve ser compreendida como o processo por meio do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real.

Desse modo, no que se refere a proteção social oferecida pelo serviço, enquanto políticas públicas de Estado, ficou evidente a fragilidade na fala frustrada da participante P4: “[...] achei bom, mas esperava que fosse ter uma resposta na justiça!”. É possível compreender a expectativa dos participantes por respostas concretas e a percepção de que não houve respostas adequadas por parte do programa, o que pode ser evidenciado também na fala de P3: “[...] minha denúncia foi registrada, fui ouvido, mas meu caso ficou parado [...] minha denúncia ficou por isso mesmo!”. Ainda na perspectiva de resolução das questões, o participante P2 expõe a urgência por medidas de enfrentamento das violações sofridas ao afirmar: “acho que as punições demoram muito!”.

A violação dos direitos humanos das pessoas LGBTQIA+ não repetidas pela responsabilização dos agressores resulta no apagamento das

vítimas, na banalização da sua existência, reiterando a negação de sua humanidade, corporeidade, identidade social e expressão como pessoa (CAMPOS; CARDOSO; MORETTI-PIRES, 2019). O reconhecimento dos sujeitos na condição de vida humana, dentro da lógica de reprodução das sociabilidades, está relacionado à adequação de sua existência e seus corpos a um padrão normativo, tornando-se, esta, a condição mínima para que o Estado intervenha no sentido de garantir a manutenção de sua existência. (BUTLER, 2003).

O estudo de Rocon, Silva e Sodré (2018) evidenciou dificuldades de acesso da popula o LGBTQIA+ a serviços de saúde do SUS e políticas públicas focais, residuais, ef meras quanto a resolutividade, desprovidas de dota o orçamentária suficiente e generalistas ao ponto de negligenciar as demandas específicas de pessoas LGBTQIA+.

Assim como as demais falas já apontadas, o depoimento da participante P4 oferece elementos que reforçam a importância de os serviços estarem disponíveis e articulados para enfrentar as vulnerabilidades interseccionais apresentadas por essa popula o: “[...] a pessoa que me atendeu foi simpática... mas não resolveu meu problema”. Os dados deste estudo dialogam com os achados de Barbosa e Facchini (2009), que afirmam a importância de política pública de atendimento   popula o LGBTQIA+ e apontam que as fragilidades também interrogadas por esse público identificam o desprezo por parte do as demandas desse grupo.

Nesse sentido, os apontamentos em torno da categoria resolutividade do atendimento ofertado pelo programa expõem a condi o de uma política pública por vezes desarticulada, fragmentada, focal e seletiva, da qual as considera es feitas pelas/os entrevistadas/os manifestam, em sua maioria, a expectativa por uma interven o precisa por parte dos equipamentos de aten o às pessoas em situa o de viola o.   urgente a ado o de medidas que cessem ou reduzam os impactos dessas viola es e espera-se que os instrumentos de enfrentamento por parte do Estado – as políticas públicas – deem conta das assimetrias e respondam, de forma articulada, às violências contra pessoas LGBTQIA+.

O ENCAMINHAMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA REPARAÇÃO À VIOLAÇÃO DE DIREITOS

Os dados obtidos nesse eixo da pesquisa apontam para mais uma face da materialidade do atendimento ofertado pelo serviço, o encaminhamento. Trata-se de um instrumento voltado ao atendimento das necessidades dos usuários, permitindo-lhes acessar serviços para satisfação de uma determinada reivindicação. Uma das mais importantes bases materiais, nela se dá a corporificação de parte das ações da política pública e da institucionalidade da função do Estado, por meio de ações e interfaces junto a sua população.

A proposta do encaminhamento como um meio de enfrentamento das violações de direitos se inscreve na lógica da interrelação entre as diferentes esferas estatais, setores e políticas públicas, tendo por processos constitutivos a lógica de referência e contrarreferência (BRASIL, 2010). Sendo assim, é considerada uma estratégia comum, mas extremamente potente para soluções e ampliação das possibilidades de intervenção juntos a demandas da população LGBTQIA+.

No que se refere aos dados deste estudo, depreende-se que a percepção das/os entrevistadas/os é a expectativa do encaminhamento como forma de ampliar a intervenção e mediar o acesso à justiça social. É identificado, nas falas dos participantes, que os encaminhamentos são insuficientes e, por vezes, demorados.

A expectativa por soluções aponta a necessidade de encaminhamentos a partir da perspectiva da intersetorialidade, que pressupõe a articulação entre os setores e serviços para a complementariedade das ações, buscando um olhar para a totalidade das manifestações da questão social e dos cidadãos que demandam atendimento público (WANDERLEY; MARTINELLI; PAZ, 2020). Para Junqueira (2005), a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços em torno da articulação de diversos segmentos da organização governamental e não-governamental em favor dos interesses da coletividade. Ela se perfaz nos territórios que materializam e potencializam as intervenções públicas, ampliando possibilidades e efetividade das ações, a partir da construção de diagnósticos, programas e

ações, tendo a responsabilidade compartilhada como condição essencial para a implementação de serviços públicos integrados.

A complexidade das questões relacionadas às violações de direitos exige encaminhamentos que produzam soluções concretas. A partir da análise proposta, classificamos a categoria encaminhamento, sobre o qual depreendemos dois aspectos apontados pelos entrevistados como demandas específicas: encaminhamento ao mercado de trabalho; e acesso a equipamentos da justiça convencional com objetivo de responsabilizar os agentes agressores por suas atitudes violentas.

É possível que, no processo de acolhimento, surjam “novas” demandas sociais, outrora suprimidas, porém não menos importante, a exemplo do desejo de inserção no mercado formal de trabalho. A disponibilidade de emprego compõe parte do exercício da cidadania LGBTQIA+, mas, na prática, o acesso a empregos formais se dá com baixas remunerações e em ambientes hostis às diversidades sexuais e representações de gênero (IRINEU; OLIVEIRA, 2020). A respeito dessa interface, o participante P2 traz, como lócus da violação, o ambiente corporativo, constituindo-se em um espaço de insegurança a sua integridade moral e psicológica.

Em razão das transgressões à heteronormatividade e das normas do gênero e da sexualidade, pessoas LGBTQIA+ são forçadas à precariedade do mercado de trabalho informal. Entre os efeitos está a “desproteção nos termos da seguridade social brasileira (perda de direitos previdenciários e trabalhistas)” (ALMEIDA; PILAR; GEBRATH, 2014, p. 193).

A existência de serviços voltados ao atendimento da população LGBTQIA+ assume por vezes o único lugar de possibilidades para esses atores, em que as ações desenvolvidas remetem ao sentimento de pertencimento social, de acolhimento identitário (BUTLER, 2003), e que demandas pessoais podem ser apreendidas como parte do exercício da esperada cidadania, garantia de direitos políticos, sociais, civis e culturais assegurados pelo encaminhamento. Assim, mesmo não sendo a queixa inicial, outras questões sociais emergem, conforme relatam as/os participantes: “Deveria ter outros encaminhamentos, como emprego” (P1); “[...] acho que deveria ter encaminhamento para trabalho” (P3).

Essas necessidades de encaminhamentos apontam para uma demanda por políticas específicas direcionadas a esse segmento populacional. A identificação desses serviços como espaços seguros para desenvolvimento

pessoal, proteção e promoção dos direitos humanos, desnuda a intersecção de violações, que tende a se apresentar ao longo de um atendimento qualificado, apontando que a prática do encaminhamento deve conectar, de forma ativa, a pessoa em sua demanda ao serviço que lhe oferecerá respostas. Assim, o desafio está posto na construção de mecanismos inter-setoriais que estabeleçam comunicação e articulação prioritariamente entre órgãos e agentes públicos. (JUNQUEIRA, 2005).

Outra questão seria o acesso a equipamentos da justiça convencional, enquanto uma reivindicação reparativa. Os resultados desta pesquisa apontam o encaminhamento para judicialização de ações como forma de enfrentamento das violações de direitos, configurando-se em possibilidade de reparação tanto no âmbito material quanto na subjetividade dos sujeitos. Pelas violações recorrentes, os elementos jurídicos poderiam oferecer soluções individuais e ou coletivas, e esse desejo aparece nos depoimentos dos participantes: (P4) “[...] eu queria justiça” (P4); “não tive solução!” (P4); “[...] se fosse nos dias hoje teria dado um barulho maior” (P3); “[...] as punições demoram muito, poderia ir logo pra justiça, tinha que ter alguma lei para ele pagar!” (P2)

O reconhecimento do Poder Judiciário como instituição capaz de fazer cumprir as obrigações, inclusive pelo próprio Estado, explica a institucionalidade referendada para legitimar e tornar acessível os direitos da população LGBTQIA+. Embora o acesso à justiça seja uma face importante da materialidade de um conjunto de ações para enfrentamento de violações, é a invisibilidade social de pessoas LGBTQIA+ que as reduz à condição de inexistência.

A partir de Butler (2015, p. 39), é possível entender: “A matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de ‘identidade’ não possam ‘existir’”. Realidade essa que Guilhon *et al.* (2019) afirmam que nem sempre caberá em ações judiciais, ou seja, o produto desse instrumento não é capaz de restituir a vida que lhes foram retiradas. O autor ainda sugere a possibilidade de oferecer outros encaminhamentos que não apenas deem conta da demanda inicial, mas que perpassem aspectos da subjetividade dos indivíduos violentados por práticas homofóbicas, rompendo com a lógica da abjeção e da invisibilidade. Assim, o efetivo enfrentamento das violações de direitos humanos LGBTQIA+ é um desafio complexo e deve ser construído em conexões

intersectoriais, não apenas como iniciativa individual de profissionais ou equipes, antes, requer decisões institucionais e políticas nos diferentes níveis de planejamento e de execução das esferas de atuação do Estado.

ACESSO À JUSTIÇA PARA RESPONSABILIZAÇÃO DOS AUTORES DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

Embora tenha havido, nos últimos anos, avanços na elaboração de políticas públicas e programas voltados às pessoas LGBTQIA+, os desafios são complexos. Mesmo diante de legislações universalizantes, não é garantida a efetivação dos direitos humanos e sexuais dessa população no Brasil. O que se observa é que nunca se teve tanto e o que há é praticamente nada. (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012).

Iríneu (2014) aponta que as práticas sociais, políticas e econômicas são marcadas por relações de privilégio, despotismo e clientelismo, incapazes de reconhecer os direitos humanos e a violência praticada pelo Estado. Isso se dá pelos fundamentos liberais do Estado, cujas bases são incompatíveis com a garantia da cidadania de todas as pessoas, tendo em vista que se inscreve numa determinada correlação de forças sociais. A partir disso que se explica os processos de judicialização de direitos, recriando entendimentos sobre uma pseudocidadania LGBT, já que essas “conquistas” estão condicionadas a instrumentos jurídicos frágeis, que podem ser revogados e retirados a qualquer momento (IRINEU, 2014; MELLO; BRITO; MAROJA, 2012).

Os apontamentos dos participantes desta pesquisa expõem a urgência por respostas mais enérgicas e pode ser evidenciada pelas falas das/os participantes, que, embora acreditem nos mecanismos judiciais para viabilizar ações em diferentes instâncias das instituições legais, reconhecem a morosidade e fragilidades: “as punições demoram muito!” (P2); “minha denúncia ficou meio que por isso mesmo!” (P3).

A expectativa da judicialização, enquanto meio para responsabilização e reparação das violações, são evocadas nesses depoimentos, que

buscam romper com ciclos de violências presentes por toda existência dessa população. Entretanto as reparações previstas pelos poucos marcos legais existentes produzem efeitos sutis e tardios, resultando em percepções de injustiça: “[...] eu queria justiça, não tive solução!” (P4); “[...] se fosse nos dias de hoje teria dado um barulho maior!” (P3).

Embora seja função do Estado reparar as mazelas próprias do seu modelo excludente, é possível que seus atos de justiça não sejam a real expressão das reivindicações por justiça popular, pelo contrário, assumem, por vezes, a função histórica de reduzi-la, dominá-la, sufocá-la, reinscrevendo no interior de instituições características do aparelho de Estado (FOUCAULT, 2008). O projeto sociopolítico que está em representação dirá quem o Estado se propõe representar. Não devemos nos enganar: se falamos do poder das leis, das instituições ou das ideologias, se falamos de estruturas ou mecanismos de poder, é apenas na medida em que supomos que ‘alguns’ exercem um poder sobre os outros (FOUCAULT, 2008).

A expectativa positiva quanto ao uso do aparato jurídico com a finalidade de maximizar os efeitos das políticas públicas de enfrentamento das violações sistêmicas sofridas por pessoas LGBTQIA+ e a possibilidade de articulação em rede, envolvendo instâncias diferentes das esferas estatais na pronta resolução das demandas desse segmento, não inviabilizam a formulação e implantação de políticas públicas voltadas à população. Tal fato é explicado pelo caráter coercitivo, por vezes imediato, das determinações jurídicas, que corresponde ao anseio de que quem sofre violência. Entretanto espera-se que o Poder Executivo esteja acompanhando, com mais vigor, a continuidade e ampliação de direitos, enquanto o Poder Judiciário possa oferecer acesso à justiça e alternativas de interpretação da lei e questione, em especial, a inoperância do Legislativo na consolidação dos direitos sexuais.

DIVULGAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO: ESTRATÉGIA PARA VISIBILIDADE E ENFRENTAMENTO A VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DE PESSOAS LGBTQIA+

Todos os participantes do estudo fazem referência à pouca divulgação sobre os serviços de apoio às pessoas LGBTQIA+ ou que a informação é restrita àquelas inseridas no universo do debate e militância. Não há, portanto, circulação satisfatória de informações sobre esses serviços nas mídias diversas, o que reforça a invisibilidade.

Nota-se que tais percepções apontam a importância de divulgar informações sobre a existência de serviços voltados para a garantia de direitos LGBTQIA+, uma vez que oferecem a possibilidade de um acolhimento identitário. Os apontamentos indicam ainda que a existência desses espaços é imprescindível, pois assumem o caráter articulador, interligando as denúncias de violações de direitos às medidas de enfrentamento das violências, residindo aí a necessidade de maior divulgação sobre a existência desses recursos, conforme aponta a participante P5: “[...] um ponto positivo é a existência dessa instituição de atendimento [...]”.

O processo de visibilidade relacionado às minorias se dá de forma lenta e encontra resistência no que se refere ao reconhecimento da cidadania a partir da diversidade sexual e de gênero (CARRARA; AGUIÃO; LOPES; TOTA, 2017). Assim, as percepções apresentadas quanto a pouca divulgação e informação circulante sobre os serviços se conecta à realidade de quase nenhuma proteção por parte das políticas públicas. Dessa forma, não surpreende a carência de informação circulante sobre direitos da população LGBTQIA+.

O fato de uma política não ter visibilidade é próprio do desinteresse em conciliar o acesso a direitos às questões ligadas aos direitos sexuais. Por vezes, as políticas públicas direcionadas ao público LGBTQIA+ assumem peculiaridades que tendem a dificultar até o próprio acesso, de tal forma que reforçam exclusões e vulnerabilidades.

No que se refere a região metropolitana do estado do Espírito Santo, há poucos equipamentos especializados em atendimento a vítimas de violação. Foram identificadas 19 instituições com serviços

de atendimentos voltados à defesa de direitos e enfrentamento de violações diversas da população LGBTQIA+, das quais cinco não atendem exclusivamente pessoas LGBTQIA+, sete atuam na formulação de ações e políticas públicas para cidadania e saúde e sete prestam atendimentos a demandas não especificadas.

Percebe-se, portanto, que a rede de atenção à população LGBTQIA+ ainda é frágil e mal difundida, tendo em vista a urgência por medidas de enfrentamento das violações de direitos e de prevenção da LGBTfobia, expressa em números significativos e crescente no estado do Espírito Santo. Como foi evidenciado pelo Dossiê de Mortes e Violências contra LGBTI+ no Brasil, em 2021, houve a morte violenta de 316 pessoas LGBTI+, sendo 285 assassinatos, 26 suicídios e 5 mortes por outras causas. Dessas mortes, 11 se concentram no estado do Espírito Santo, sendo 2 em Vitória, cidade onde está localizado o serviço em que se deu esta pesquisa (BENEVIDES, 2022).

Santos (2018) reitera a importância da difusão de informações sobre a existência de serviços prestados pelos centros referências LGBTQIA+ e que a disposição de tais equipamentos atraem esse público aos espaços. A informação quando “[...] gerada e divulgada com clareza e precisão é capaz de gerar agilidade e qualidade nos serviços de atendimentos prestados [...]” (LIMA; DUARTE, 2012, p. 93). A disposição de informação sobre a rede de atendimento à população LGBTQIA+ contribui para melhor qualidade de vida por meio de serviços, além de ajudá-los a enfrentar as discriminações e preconceitos decorrente das questões de gênero e sexualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios para o enfrentamento das violações de direitos humanos da população LGBTQIA+ são complexos e se processam pela implementação e ampliação do acesso a políticas públicas diversas. Embora tenha havido avanços decorrentes do posicionamento político dos movimentos sociais frente ao Estado, a inserção das pautas LGBTQIA+ para acessar direitos civis de garantia de Direitos Humanos básicos ainda é recente e

reconhecida como ampliação dos direitos fundamentais, historicamente centrados no campo da saúde.

Nesse contexto, é possível observar, ao longo dos anos, um movimento contraditório, com o escalonamento das violações direcionadas a essa população, impulsionadas pela imposição da heteronormatividade, produzindo expressões diversas de LGBTfobias, ao passo que as políticas públicas de garantia de direitos e enfrentamento de violências se mostram inconsistentes ou mesmo inexistente, incapazes de oferecerem respostas efetivas às demandas LGBTQIA+. Tal realidade repercute nos diferentes cenários brasileiros, sendo possível observar os impactos decorrentes dos desmontes das políticas públicas que atingem o programa *Vitória Acolhe*, o que é evidenciado pelas percepções do público atendido, que reconhece a importância do serviço e aponta fragilidades que comprometem o enfrentamento efetivo das múltiplas e complexas violações de direitos humanos.

Visto que as políticas públicas são resultantes de um movimento de correlação de forças entre reivindicação social e o reconhecimento legítimo, a partir de uma intervenção do Estado para garantia da manutenção da vida, um ponto crucial é pensar no reconhecimento de quais vidas estão no centro do cuidado. Butler (2009) aponta que algumas vidas não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos, dessa forma não serão vividas nem perdidas. O regramento heteronormativo impõe critérios que tendem a potencializar a vulnerabilidade social de pessoas LGBTQIA+, produzindo iniquidades autorizadas ainda maiores, sobre as quais o Estado deveria oferecer soluções por meio da intervenção de políticas públicas.

No que se refere ao programa *Vitória Acolhe*, os resultados obtidos, a partir da percepção das/os participantes violados, em intensidades e por mecanismos diferentes, apontam que o atendimento é prejudicado pela ausência de resolutividade, comprometendo a materialidade da política e sua capacidade de produzir soluções e caminhos para satisfação das demandas. Mesmo com articulação do atendimento na forma de redes, há dificuldades em oferecer respostas competentes às iniquidades, implicando em silenciamento de suas vozes e o apagamento social e existencial da população LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.S.; PILAR, A.; GEBRATH, Z. As relações de trabalho como um aspecto da assistência à saúde de pessoas trans. In: COELHO, M. T. Á. D; SAMPAIO, L. L. P. **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. Salvador: Edufba, 2014. Disponível em: <https://ihacdigital.ufba.br/1184/> . Acesso em: 12 jun. 2023.

BARBOSA, R.M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 291-300, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rQght8tkNqgQ3DJjNSwtmdp/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, A. Em pesquisa inédita do IBGE, 2,9 milhões de adultos se declararam homossexuais ou bissexuais em 2019. **Agência IBGE Notícias**, 25 maio 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33785-em-pesquisa-inedita-do-ibge-2-9-milhoes-de-adultos-se-declararam-homossexuais-ou-bissexuais-em-2019> . Acesso em: 10 maio 2023.

BENEVIDES, B.G. (org.). **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Brasília: ANTRA, 2022. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf>. Acesso em: 22 maio 2023.

BENEVIDES, B.G.; NOGUEIRA, S.N.B. (org.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: ANTRA, 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf> . Acesso em: 12 maio 2023.

BENTO, B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 165-182, 2014. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197/101>. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 02 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 02 fev. 2023.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. CAMPOS, D. A. de; CARDOSO, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, p. 79-90, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S806>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pYxXfpnpVkhLBSRM6hMVSLR/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CAMPOS, D. A. de; CARDOSO, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, p. 79-90, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S806>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pYxXfpnpVkhLBSRM6hMVSLR/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CARRARA, S.; AGUIÃO, S.; LOPES, P.V.L.; TOTA, M. **Retratos da Política LGBT no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2017. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/retratosdapoliticalgbt_rj_miolo_170526.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre as cinco abordagens**. Tradução Sandra Mallmann da Rosa. Revisão Técnica Dirceu da Silva. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France 1978-1979. 1. ed. São Paulo: M. Fontes, 2008.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

GUILHON, F.; SILVA JUNIOR, A.L.; MOTTA, C.; MOURA, A.D.; UZIEL, A. P. Centro de Cidadania LGBT: memórias e experiências no campo das práticas psi em prol da defesa dos direitos humanos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. 3, p. 135-145, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228604>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097341/centro-de-cidadania-lgbt-memorias-e-experiencias-no-campo.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

HOLMES, P.A semântica da complexidade e sua estrutura social: o materialismo “pós-estruturalista” da teoria dos sistemas. **Sociologias**, v. 20, n. 47, p. 338-368, 2018. <https://doi.org/10.1590/15174522-020004713>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/MXxn8837sYcPPS5KVVN5zfg/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. **IBGE (PORTAL)**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/.html>. Acesso em: 10 fev. 2023.

IRINEU, B.A. Homonacionalismo e cidadania LGBT em tempos de neoliberalismo: dilemas e impasses às lutas por direitos sexuais no Brasil. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 12, p. 155- 178, 2014. <https://doi.org/10.12957/rep.2014.15088>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/15088>. Acesso em: 12 jun. 2023.

IRINEU, B. A.; OLIVEIRA, B. A. Um balanço das políticas públicas de trabalho, emprego e renda para a população LGBT no Brasil e na Argentina (2004-2014). **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 8, n. 16, p. 40-55, 2020. <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2020.16.40-55> . Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/7298>. Acesso em: 12 jun. 2023.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 5. 2005, Santiago, Chile. **Anais [...]**. Santiago: CLAD, 2005. Disponível em: <https://silo.tips/download/articulaoes-entre-o-servio-publico-e-o-cidadao>. Acesso em: 23 mar 2023.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, D. F. A. de; DUARTE, E. N. A qualidade nos serviços de informação ao público: estudo na Unidade de Saúde da Família de Mangabeira. João Pessoa-PB. **Biblionline**, João Pessoa, v. 8, n. esp., p. 92-108, 2012.

MALTA, D.C.; REIS, A.T.; MERHY, E.; FERREIRA, L. Acolhimento - Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. *et al.* **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã. 1998. p.121-142. Disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/260/. Acesso em: 21 maio 2023.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania estado de exceção, política de morte**. Tradução Renata Santini. São Paulo: N-11 edições, 2018. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/facesdahistoria/article/download/1562/1433/> . Acesso em: 20 fev. 2023.

MELLO, L.; BRITO, W.; MAROJA, D. Políticas públicas para população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 39, p. 403-429, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332012000200014> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/YQWsXdYVRgFgWsW9c5w8mnw#.> Acesso em: 12 jun. 2023.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 197-228.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries**. Genebra: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 20 jun. 2023.

PELÚCIO, L. Fora do Sujeito e fora do lugar: reflexões sobre performatividade a partir de uma etnografia entre travestis. *Gênero, Niterói*, v. 7, n. 2, p. 257-269, 1. sem. 2007. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/30968/18057>. Acesso em: 18 mar 2023.

PINTO, V.M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-12062023-172251/publico/MTR_1231_Pinto_2004.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

ROCON, P.C.; DA SILVA, A.I.; SODRÉ, F. Diversidade de gênero e Sistema Único de Saúde: uma problematização sobre o processo transexualizador. **SER Social**, [S. l.], v. 20, n. 43, p. 432–448. 2018. https://doi.org/10.26512/ser_social.v20i43.18870. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/18870. Acesso em: 12 jun. 2023.

SANTOS, B. A. **Centro de Referência LGBT, espaço de cultura, cidadania e informação**: um estudo na cidade de São Paulo. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação – PPGCI, Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/25919/1/Bruno%20Almeida%20dos%20Santos-Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>_Acesso em: 12 jun. 2023.

SOUSA, D.; IRIART, J. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00036318, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Lp4wHx4dhrMnZdqw76mn7MM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2023.

VALLE, C. G. Identidades, doenças e organização social: um estudo das “pessoas vivendo cm HIV e AIDS”. **Horizontes Antropológicos** v. 8, n. 17, p. 179-210, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/HFxjkCBBsCnvHdN8Nfk7ncS/?lang=pt#>. Acesso em : 12 jun.2023.

WANDERLEY, M.B.; MARTINELLI, M.L.; PAZ, R.D.O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 137, p. 7-13. 2020. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.198>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

16

MATEUS NAGUE DE SOUZA
FABIANA TURINO
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**NOS BASTIDORES
DA CRISE DO
CUIDADO E DAS
INSTITUIÇÕES
DE LONGA
PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS**

INTRODUÇÃO

O Brasil tem, hoje, aproximadamente 203,1 milhões de habitantes e 33 milhões de pessoas idosas acima de 60 anos (representando 15% do total de 215 milhões de habitantes). Desse total de pessoas idosas, 52% são majoritariamente mulheres, 80% fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS) e a maior concentração está nas regiões Sul e Sudeste do país. Quanto aos aspectos de cor e raça, 40% se autodeclararam pardos, 41% brancos, 14% negros, 2% amarelos e 1% indígenas. Prevê-se que, em 2060, a população idosa chegará a 25,5%, aproximando-se de 60 milhões de habitantes em todo o país (GOMES; BRITTO, 2023).

A longevidade aumentou em comparação aos anos anteriores. Em 1940, uma pessoa, ao completar 50 anos, tinha uma expectativa de vida de mais 19,1 anos, vivendo aproximadamente 69,1 anos. A partir de 2019, constatou-se que o indivíduo com 50 anos tem a probabilidade de viver em média mais 30,8 anos, podendo chegar a 80,8 anos ou mais, o equivalente a 11,8 anos a mais de vida do que há quase 80 anos atrás (NERY, 2020).

A diminuição e a desaceleração nas taxas de fecundidade e natalidade justificam o crescimento exponencial de pessoas idosas (NERY, 2020). Já o aumento da expectativa de vida é justificado pela urbanização do país, como ampliação de saneamento básico e água potável, avanços científicos nas redes de saúde, criação de ambientes de esporte e lazer voltados à pessoa idosa e melhorias nos acessos às redes de saúde e suas dependências. Esse envelhecimento populacional é, sem dúvida, uma conquista (GOMES; BRITTO, 2023).

É importante destacar que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que ocorre no organismo por alterações fisiológicas,

bioquímicas, funcionais e psicológicas. A velhice possui caráter heterogêneo, mas natural e universal. Entretanto, ocorre em cada indivíduo de uma forma única, sendo influenciado por fatores genéticos, condições de saúde física e mental, gênero, relações étnico-raciais, orientação sexual, desigualdades sociais e regionais, fatores socioeconômicos, culturais e moradia (MARI *et al.*, 2016; PAPALÉO NETTO, 2017).

Grande parte dos idosos possui doenças crônico-degenerativas e hábitos pouco saudáveis, comprometendo a qualidade de vida. Em 2017, a Doença de Alzheimer tornou-se a quarta principal causa de morte entre os idosos brasileiros (OPAS, 2022). O grande impacto dessas doenças nas pessoas idosas portadoras é a repercussão diária. Ressalta-se a dor como um dos principais fatores que dificultam a realização de atividades, ocasionando limitações (DELLAROZA *et al.*, 2008). Dentre elas, destacam-se a marcha dificultosa (YAZBEK; NETO, 2008), instabilidade postural e risco alto de queda, podendo gerar fraturas e imobilidade corporal (CHAIMOWICZ, 1997). Além disso, na maioria dos casos, esses idosos apresentam incontinência urinária e/ou fecal, perdas cognitivas e déficit sensorial (ALVES *et al.*, 2007; CHAIMOWICZ, 1997; REIS, 2007). Tais sinais e sintomas diminuem o bem-estar e a qualidade de vida, potencializando o desenvolvimento de depressão (ALVES *et al.*, 2007) e diminuição de atividades físicas e de lazer (PARADOWSKI *et al.*, 2006).

Problemas como o envelhecimento progressivo da população, o aumento na proporção de doenças crônicas não-transmissíveis, a persistência de fragilidades nos sistemas de saúde e iniquidades no acesso ao cuidado demandam a renovação de compromissos em torno da importância em assegurar vidas saudáveis e promover qualidade de vida para todos (ROCHA, 2021). As abordagens e conceitualizações sobre a qualidade de vida se apresentam na literatura de forma diversificada e, por vezes, divergentes (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), porém é relevante afirmar que a qualidade de vida é indispensável para o ser humano e todos merecem viver dignamente com condições mínimas que supram as suas necessidades humanas básicas. Sucintamente, a qualidade de vida é entendida como a visão que o indivíduo tem sobre a sua vida, tanto no aspecto cultural quanto nos valores relacionados às expectativas, objetivos e preocupações (NUTBEAN, 1998).

No Brasil, pessoas idosas têm vivido mais, mas com menos saúde. Ressalta-se a existência de uma diferença de quase 10 anos entre a

expectativa de vida e a expectativa de vida saudável, significando que, em média, uma pessoa vive 10 anos de sua vida afligida por uma incapacidade ou deficiência. Salienta-se que as mulheres brasileiras têm uma expectativa de vida maior que os homens, vivendo mais tempo com doenças e incapacidades (OPAS, 2023).

Com o aumento da população idosa, observa-se a ampliação no número de casos de demências e fragilidades. É importante ressaltar o progressivo aumento na deterioração da habilidade funcional e nas taxas de incapacidade e dependência de cuidados das pessoas idosas. De acordo com Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013), as condições de vida e a saúde das pessoas idosas variam entre independência, dependência parcial e dependência total para realização das atividades de vida diária. Nesse cenário, as atividades relacionadas à atenção às pessoas dependentes e à manutenção da vida, entendidas como trabalho de cuidado, são consideradas essenciais para nossas sociedades (VIEIRA, 2020), tornando-se evidente a necessidade de cuidadores que assistirão as pessoas idosas em suas demandas.

Com relação à provisão do cuidado, destaca-se a cultura como participante na determinação de papéis de gênero, definindo a mulher como a responsável pelo cuidar (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014). Salienta-se a pesada e desigual responsabilidade por esse trabalho, no qual as mulheres, principalmente as que vivem em situação de pobreza e pertencem a grupos marginalizados, são as responsáveis por mais de três quartos do cuidado não remunerado e por dois terços da força de trabalho envolvida em atividades de cuidado remuneradas. Assim, por meio do trabalho do cuidado não remunerado e/ou mal pago, as mulheres assumem os cuidados que deveriam ser oferecidos pelo setor público estatal, alimentando um sistema econômico sexista e ampliando as desigualdades de gênero e econômica (COFFEY *et al.*, 2020)

Entretanto, no atual arranjo do capitalismo, com maior presença feminina no mercado de trabalho associada à queda progressiva da taxa de fecundidade (atualmente, encontra-se abaixo do “nível de reposição”, de 2,1 filhos por mulher), culminando na redução de familiares para cuidar dos idosos; ao aumento da expectativa de vida, com consequente aumento no número de idosos que precisarão de assistência e na média de anos de cuidado exigidos por um idoso até seu óbito; e à escassez da oferta

pública de serviços de cuidado, há uma significativa crise do cuidado na sociedade moderna.

[...] ao manter a ideia de que cuidar de idosos permanecerá como uma função feminina, tem-se a mulher acumulando suas responsabilidades, uma vez que: (1) a mulher deixou de ser apenas “do lar” e passou a ter jornada dupla (continua exercendo as funções domésticas, mas agora é responsável por um trabalho externo ao domicílio); (2) houve uma diminuição da quantidade de filhos por família, reduzindo a quantidade de potenciais cuidadores para o futuro; (3) em contrapartida, está ocorrendo um aumento significativo no número de longevos que precisarão de assistência; (4) além disso, com o aumento da expectativa de vida, a média de anos de cuidados prestados a um idoso dependente tem aumentado consideravelmente (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 208a, p. 117).

Importante destacar que a maior participação feminina no mercado de trabalho reconfigura a dinâmica social da divisão sexual do trabalho, o que tem fragilizado papéis socialmente instituídos e contribuído com o agravamento da crise de cuidados na sociedade brasileira (PASSOS; GUEDES, 2018). Em um mundo com acelerada tendência de envelhecimento de suas populações, diante da crise de cuidado, da necessidade de mudança na orientação da assistência oferecida aos idosos e da falta de perspectivas de reversão dessa crise, e entendendo a importância da liberação das mulheres para o trabalho produtivo, questiona-se as alternativas para assegurar o trabalho de cuidados aos idosos. Apesar do preconceito cultural sobre a institucionalização de idosos, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são apontadas como as principais alternativas para manter os cuidados especializados e promover qualidade de vida dos idosos. Com base nisso, o objetivo deste capítulo é realizar uma reflexão crítica sobre a crise de cuidados enfrentada pela sociedade brasileira moderna e as ILPI como alternativas de superação, no sentido de assegurar o trabalho de cuidado aos idosos.

A fim de explicar acerca de tais aspectos, foram selecionados textos, sem delimitação de período de publicação, que fundamentam a área de estudo relativa ao trabalho de cuidados de idosos. Assim, a escolha dos textos foi baseada em uma reconstrução lógica e crítica dos argumentos

que embasam o tema proposto. Dessa maneira, entendendo que a profissionalização dos cuidadores de idosos é uma função relativamente recente no cenário brasileiro, justifica-se a presente discussão sobre o tema dada a escassez de estudos que problematizam a crise do cuidado da sociedade moderna e as alternativas para assegurar o trabalho de cuidados.

A CRISE DE CUIDADOS DA SOCIEDADE MODERNA

O cuidado é uma necessidade de todo ser humano e uma questão central da nossa sociedade, uma vez que ele define como nossas relações sociais se organizam e como a solidariedade é possível de acontecer, cujo objetivo é de possibilitar a reprodução dos modos de vida social (PASSOS, 2016). Legalmente, cuidar do bem-estar e dos direitos da pessoa idosa é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público. Entretanto, embora o trabalho de cuidado diga respeito a toda a sociedade, de acordo com Hirata e Guimarães (2012), ele tem sido efetuado principalmente pela família, especialmente, pelas mulheres.

De acordo com a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003), é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público cuidar do bem-estar e dos direitos da pessoa idosa. Porém, o que se percebe no Brasil é esse cuidado majoritariamente sendo delegado às famílias [...]. Quando a atividade de cuidar é assumida por familiares, ela é geralmente realizada por um único membro da família, que tem que dividir essa nova função com outras obrigações que já lhe eram designadas [...]. Portanto, ao se pensar em envelhecimento de uma forma ampliada, é preciso, também, pensar acerca das pessoas que irão cuidar desse idoso (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 208b, p. 115).

A origem do cuidado está relacionada ao espaço privado, à família, à presença feminina e à desvalorização econômica e simbólica desse trabalho, trazendo a sensibilidade, a compaixão/compreensão/amor,

o aconchego e a ajuda como características marcantes (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). De acordo com Isaac, Ferreira e Ximenes (2018), o cuidado está presente nas raízes históricas da mulher e, por isso, qualquer compreensão acerca do cuidado de idosos deve abranger a discussão de gênero.

[...] a decisão por um cuidador principal implica em um processo que envolve todo o sistema familiar, e dentre os motivos que levaram as participantes do estudo a se tornarem cuidadoras, foram identificados o conformismo/resignação, o medo da perda, o compromisso, a compaixão, a imposição familiar e do membro familiar a ser cuidado, além da questão de gênero, que reforça a determinação cultural do papel de cuidador destinado ao sexo feminino. Vale salientar a transmissão de tal determinação cultural sobre as diferentes gerações de mulheres de uma mesma família. Neste sentido, o papel socialmente construído para a mulher a partir de seu enquadramento na família e no ambiente doméstico é baseado na justificativa de que “é assim que deve ser” [...] (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 2018b, p. 115)

Nesse cenário, o cuidado pertence à vida cotidiana. Apesar do entendimento de que todo o ser humano é um ser de cuidado e nasce com a capacidade de cuidar (WALDOW, 2008), o ato de cuidar é uma ação geralmente atribuída às cuidadoras familiares informais (quase sempre do sexo feminino). É um trabalho duro, árduo, emocionalmente exigente, sem férias, sem horário para descanso, 24 horas por dia, sete dias por semana, sem horário de almoço, tenso, sendo sistematicamente desvalorizado, apesar de fundamental para a manutenção da vida. Segundo Waldow (2008), o potencial de cuidado será mais ou menos desenvolvido na dependência da forma como as pessoas foram cuidadas e de vários fatores intervenientes, como ambiente, cultura, economia, política e religião, dentre outros.

De acordo com Vieira (2020, p. 2.522), o primeiro passo para pensar a crise de cuidados, característica da sociedade moderna, “é sua interpretação enquanto expressão das contradições do capitalismo financeirizado”. Aliada a isso, a crise de prestação de cuidados é aprofundada devido aos impactos do envelhecimento da população, aos cortes em serviços públicos e sistemas de proteção social e aos efeitos das mudanças climáticas

(COFFEY *et al.*, 2020). Ressalta-se ainda que a pandemia de covid-19 veio agravar a situação, aumentando o ônus que recai sobre as mulheres que, culturalmente, tem sido as principais trabalhadoras de cuidado, em especial as mulheres em situação de pobreza e que sofrem preconceito em decorrência de sua raça, etnia, nacionalidade e sexualidade, que são as principais cuidadoras.

Em sociedades patriarcais, a contribuição do cuidado feminino para a manutenção do sistema capitalista é invisibilizada, ou seja, geralmente não tem valor de troca e possui um *status* de atividade subalterna. Os diversos cuidados dispensados na reprodução e manutenção da vida familiar (como amamentar, cozinhar, lavar e passar as roupas, arrumar a casa, educar as crianças, cuidar de sua higiene, cuidar de deficientes e idosos, ser boa esposa etc.) estão atrelados à construção de uma possível identidade feminina ligada ao papel de mãe, responsabilizando exclusivamente às mulheres por essa função social de cuidadoras (PASSOS, 2016).

Essa atribuição às mulheres de uma “natureza feminina para o cuidado” expõe a inserção desigual delas nas relações de trabalho no capitalismo, evidenciando as relações entre a vida doméstica e as formas de exploração do trabalho das mulheres ocupadas com o cuidado (BIROLI; MIGUEL, 2015). Ao discutir a crise do cuidado no trabalho de mulheres, afirma-se que o ato de cuidar transcende o espaço de trabalho e configura-se como regulador de corpos femininos em todos os âmbitos da vida (LOPES; LEAL, 2005).

No contexto do modelo biomédico hegemônico, o ato de cuidar traz o sentido de diagnosticar, tratar e prevenir a doença, com base no conhecimento desenvolvido no campo técnico-científico, pautado na lógica da racionalidade médica científica contemporânea e orientado para um maior intervencionismo, um tratamento medicalizante e padronizado voltado para as doenças, segundo a avaliação dos seus riscos, e com menor valorização das singularidades (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

O cuidado em saúde, segundo Contatore, Malfitano e Barros (2017), tem crescido como área de pesquisa e tem sido abordado por novos referenciais, com significados relacionados à interação social entre pessoas, numa relação de ajuda, bastante identificado com as ações dos profissionais de saúde.

A palavra cuidado é etimologicamente originária da palavra latina cogitatus, que significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo na língua portuguesa, ganha os significados de: atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação. Os significados atribuídos falam da sua dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda. No entanto, há muitas décadas, a noção de cuidado ganhou maior identificação com as ações profissionais na atenção à saúde (CONTATORE; MALFITAN; BARROS, 2017, p. 554).

Estudos recentes sobre o cuidado à saúde têm apresentado uma produção de conhecimento abrangente, complexa e diversificada. De acordo com Ayres (2011, p. 42), o cuidado é compreendido como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

Ao longo do tempo, o cuidado vem sendo profissionalizado, exercido ainda no âmbito privado por múltiplas profissões, como babás, empregadas domésticas, diaristas e faxineiras. No Brasil, geralmente, “o cuidado aos idosos é realizado pelas empregadas domésticas e diaristas que, além do trabalho doméstico cotidiano, têm como responsabilidade adicional o cuidado dos idosos e das crianças” (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). De acordo com Tartuce (2013, p. 371), “existe um continuum entre cuidados médicos, os trabalhos dos cuidadores e o trabalho doméstico, pois todos contribuem para a promoção da saúde”.

Posteriormente, o cuidado se afasta da esfera do privado e se transforma numa crescente atividade a ser exercida no espaço público, desvinculada dos aspectos familiares e realizada por profissionais, como as auxiliares e técnicas de enfermagem no campo da saúde.

O trabalho de cuidado (care work) é uma atividade profissional em plena expansão na economia de serviços em escala internacional. Tal desenvolvimento tem múltiplas causas. Entre elas, é necessário ressaltar uma tendência ao rápido desenvolvimento do envelhecimento das populações dos países industrializados que requer do Estado, do mercado e das famílias soluções para o cuidado dos idosos dependentes, para as quais a qualidade

do serviço desempenha um papel primordial. A essa situação se soma o fenômeno da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, nos últimos decênios, em praticamente todos os países do mundo. Tradicionalmente, às mulheres tem sido confiado o encargo do cuidado domiciliar das pessoas idosas, das crianças, dos deficientes e dos doentes; entretanto, elas enfrentam dificuldades crescentes para cuidar dos membros dependentes da família uma vez inseridas no mercado de trabalho, como assalariadas. O desenvolvimento das profissões relacionadas ao care, de maneira mais ampla, a explosão do setor de serviços no período recente, em todos os países industrializados, se explica certamente pela conjunção desses fatores (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações, cuidador é a pessoa que cuida de idosos a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (CNMP, 2016). Nesse contexto, Isaac, Ferreira e Ximenes (2018) afirmam que a escolha de quem prestará o trabalho de cuidados ao idoso decorre de quatro fatores: parentesco, gênero, proximidade física (viver junto) e proximidade afetiva. Entretanto, dentre esses fatores, o gênero é o principal determinante na definição do cuidador.

Salienta-se que a maioria absoluta das cuidadoras, remuneradas ou não (as cuidadoras não remuneradas geralmente são membros familiares), é constituída por mulheres. Nesse cenário, é importante destacar que, de acordo com Hirata e Guimarães (2012), a profissionalização do cuidado e a sua remuneração têm a virtude de questionar o trabalho de cuidado como qualidade “natural” ou “inata” das mulheres, produto de uma construção histórica e social.

[...] o papel de assistência atribuído à mulher parece ser fruto de uma construção histórica e social, em que desde criança as meninas são ensinadas a realizar tarefas de cuidado, criando sobre elas a expectativa de que exerçam o papel de cuidadora quando necessário ao longo de suas vidas. Logo, pode-se designar a cultura como um elemento norteador para a escolha de quem assistirá ao idoso em seu processo de envelhecimento (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 2018, p. 110).

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao fato de o trabalho de cuidado se inserir no setor de serviços (prestação de serviço a um cliente), englobando, além de competências físicas e cognitivas, uma forte dimensão emocional. Devido a sua complexidade, o trabalho de cuidado é ao mesmo tempo trabalho emocional e trabalho material, técnico, sendo indissociáveis postura ética, ação e interação. De outro modo, o amor, o afeto, as emoções não são exclusivamente do domínio das famílias, assim como o cuidado, o fazer e a técnica não são do domínio exclusivo das “cuidadoras”, “acompanhantes” e “auxiliares” remuneradas (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

No Brasil, o processo de envelhecimento, em especial o crescimento mais acentuado da população de 80 anos de idade ou mais, está resultando no aumento da população que demanda cuidados prolongados e numa redução substancial da capacidade das famílias oferecerem cuidados de longa duração aos idosos, seja pela redução do número de membros mais novos da família, seja pelo fato de as mulheres disporem de menos tempo para o cuidado doméstico, ou seja, “a oferta de cuidado familiar parece diminuir à medida que a sua demanda aumenta” (CAMARANO, 2010, p. 14). Nesse cenário, Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013) afirmam a importância central da família na vida e na manutenção do bem-estar do idoso, entretanto lembram que o convívio entre gerações pode gerar conflitos e problemas de relacionamento, principalmente “quando os membros da família não são capazes de compreender o comportamento de seus idosos ou quando não conseguem desempenhar a função de cuidadores” (p. 821).

De modo geral, cuidados de longa duração, segundo Camarano (2010), significam cuidados não especializados, tais como ajuda para as atividades de vida diária (AVDs), como tomar banho, usar o banheiro e se alimentar, destinados à população idosa, considerada como a mais exposta a doenças crônicas, que podem resultar em incapacidades físicas e/ou mentais. Isso demanda profissionais especializados para lidar com as múltiplas doenças crônicas, além de uma variedade de serviços. Vale destacar que:

Esses serviços podem ser oferecidos no domicílio, na comunidade e em instituições. São de dois tipos: informais, prestados pelas famílias, amigos

e/ou vizinhos, e formais, ofertados por profissionais especializados, sejam por parte do Estado ou do mercado privado. Em ambos os casos, e em quase todas as sociedades, a mulher é a principal cuidadora (CAMARANO, 2010, p. 16).

Os impactos na saúde dos cuidadores de idosos é uma outra questão significativa que deve ser abordada.

A prestação de cuidados pode gerar para o familiar que assume e exerce essa função impactos significativos em sua saúde física e mental, e em sua vida social e familiar. [...] a ausência de apoios informal ou formal faz com que o cuidador fique mais vulnerável a doenças, à depressão, a estados emocionais negativos e à desorganização de sua vida pessoal, gerando impacto negativo tanto para a família quanto para o idoso. Assim, a família sofre devido às restrições materiais, sociais e por conflitos e o idoso porque fica sujeito a cuidados inadequados e insuficientes envelhecimento (ISAAC; FERREIRA; XIMENES, 2018b, p. 110).

Importante ressaltar que os cuidados informais domiciliares predominam em todo o mundo e que a atividade de cuidar das gerações mais velhas tem sido, predominantemente, atribuída às mulheres casadas ou filhas, compreendidas como as que apresentam a maior parte da responsabilidade pelo cuidado à pessoa idosa no domicílio, sendo quem habitualmente executa a maioria dos trabalhos de rotina, como cuidadora principal. Salienta-se que essa cuidadora principal ou primária, familiar ou não, assume esse papel voluntariamente ou por necessidade, com ou sem remuneração, tomando a responsabilidade do cuidado para si e administrando todas as demais necessidades, como medicação, higiene, alimentação e preparação do ambiente (PERRACINI; NERI, 2006).

No mesmo sentido, Yuaso (2006) destaca que o perfil dessas cuidadoras é geralmente de mulheres com alto grau parentesco, como esposa ou filhas de meia idade, trazendo preocupações para o futuro dessas mulheres, pois também serão pessoas idosas, que assumem uma posição que compromete o estado físico e mental, potencializando a chance de serem dependentes.

De modo geral, a chegada da velhice e seus processos de dependência desencadeiam um desconforto para a família, devido a necessidade de

cuidado e atenção do idoso. Na maioria das vezes, os familiares não estão preparados para gerar o cuidado necessário, nem tampouco possuem o entendimento técnico necessário sobre o quadro clínico que a pessoa idosa apresenta, o que pode acarretar comprometimento à saúde e mudanças drásticas no lar pela dependência (BOHM; CARLOS, 2011). Não é incomum a realização de cuidados hospitalares dentro de casas e a execução de procedimentos invasivos e perigosos por pessoas não preparadas ou treinadas, potencializando o risco de maior dano e morte.

Entretanto, o cuidado familiar está se tornando um recurso cada vez mais escasso em quase todo o mundo, exigindo uma nova divisão de trabalho entre o Estado, a família e o mercado privado para atender à demanda de cuidados dos idosos (CAMARANO, 2010).

O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, o declínio da fecundidade, as mudanças nos padrões de nupcialidade, os movimentos migratórios, entre outros fatores, estão aumentando a demanda por modelos alternativos de cuidado dos idosos em situação de dependência. Isso está requerendo uma nova divisão de trabalho entre o Estado, a família e o mercado privado para a provisão de cuidados para esse grupo populacional (CAMARANO, 2010, p. 19).

É notório que há, pela parte do cuidador principal, um desgaste físico e mental, pois submetem-se a cansaços extremos e adoecem mais facilmente do que outras pessoas (AMADOR-MARÍN; GUERRA-MARTÍN, 2017). Cuidadores apresentam dificuldade para cuidar da própria saúde, para dormir e para descansar, devido ao nível alto de estresse (ACUNÁ *et al.*, 2018), e passam a maior parte do tempo realizando tarefas que transcendem a capacidade humana, potencializando o surgimento da síndrome de *burnout*, também conhecida como distúrbio emocional com exaustão extrema (ROSKAM; BRIANDA; MIKOLAJCZAK, 2018).

Nesse contexto, os cuidados informais familiares podem ser complementados com outros tipos de cuidados, especializados ou não, remunerados ou não, públicos ou privados. Os cuidadores secundários ajudam ocasionalmente em cuidados complementares, sem ter a responsabilidade principal do cuidado, fornecendo apoio, que varia entre cuidados diretos, suporte econômico e companhia em atividades sociais e de lazer. Na

ausência da pessoa cuidadora principal, ou em situações de emergências, esses cuidadores secundários assumem o papel principal do cuidado.

Apesar das recentes transformações estruturais envolvendo os arranjos familiares e o papel social feminino, as mulheres continuam como as principais cuidadoras, sejam familiares ou remuneradas (CAMARANO, 2010). Nesse contexto, observa-se que tanto as funções públicas quanto as privadas são atravessadas pela perspectiva de gênero, contribuindo para que as mulheres desempenhem prioritariamente os papéis de responsáveis pelo cuidado de idosos, tanto profissional quanto informalmente.

O cuidado familiar pode ser complementado com uma oferta de pessoal qualificado para o cuidado direto ao idoso dependente nos seus domicílios ou por meio de algum apoio às famílias no desempenho dessas atividades, o que pode incluir treinamento, remuneração específica para a realização deste trabalho e apoio psicológico, o que varia de acordo com as necessidades. De modo geral, esta oferta, pública ou privada, visa substituir ou amenizar o trabalho realizado pelas famílias, que, muitas vezes, ocorre em condições precárias e de conflito. No Brasil, o cuidado familiar tem ocorrido com baixo apoio e orientação do Estado. São escassas as políticas e os programas de cuidado formal domiciliar, embora a oferta dessa modalidade de serviço pelo setor público esteja prevista nas legislações pertinentes (CAMARANO, 2010, p. 20).

No que diz respeito à participação das mulheres na esfera produtiva, Passos (2016) afirma que ela ocorreu marcada pela precarização, flexibilização, terceirização e, principalmente, em trabalhos do setor de serviços. Além disso, a inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e informal relacionado ao cuidado de um modo geral tem sido, majoritariamente, de mulheres negras pertencentes às camadas empobrecidas da sociedade, o que nos possibilita demonstrar que a invisibilidade e a subalternidade das profissões, ocupações e funções exercidas pelas mulheres ainda são permeadas pelas desigualdades/opressões de classe, gênero e raça/etnia.

No Brasil, as pesquisas sobre cuidado e cuidadoras são ainda pouco frequentes. Com relação às cuidadoras, no cenário brasileiro, salienta-se que, em 2016, havia 3,7 milhões de pessoas cuidando de seus familiares

com 60 anos ou mais em domicílio. Já em 2019, o número saltou para 5,1 milhões de pessoas, sendo a maior concentração nos estados da região Nordeste, por exemplo o Rio Grande do Norte com 15,2% (NERY, 2020).

Ainda com relação ao enfoque do cuidado remunerado, faz-se necessário enfatizar que a contratação de trabalhadoras do cuidado restringe-se às famílias brasileiras de classes médias e altas, muitas vezes em condições precárias de trabalho. Importante destacar que a maioria dessas trabalhadoras de cuidado é identificada como trabalhadora doméstica em sentido amplo, o que revela um escasso reconhecimento institucional (VIEIRA, 2020).

O cuidado formal ao idoso abrange, além do cuidado domiciliar formal, o atendimento integral em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e/ou em Centros-dia e Hospitais-dia. Esse trabalho de cuidado é ofertado por profissionais especializados tanto do setor público quanto do privado (CAMARANO, 2010). O cuidado a idosos institucionalizados vem preocupando a sociedade devido ao crescimento progressivo do envelhecimento populacional e, concomitantemente, desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, o que se reflete no aumento da demanda por instituições qualificadas e das denúncias frequentes que indicam a precariedade de algumas delas (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

Apesar de o escopo de alternativas de cuidados formais à população idosa ser amplo, é necessário enfatizar o cuidado institucional em instituições de residência, também conhecidas como ILPIs. Dentre as alternativas para manter os cuidados profissionais especializados e promover qualidade de vida dos idosos, destacam-se as ILPIs, que se propõem a garantir o cuidado adequado, a melhor convivência com a sociedade e a seguridade de vida. Nesse novo cenário de demanda de cuidados de longa duração pela população muito idosa e de mudanças nos arranjos familiares, faz-se necessário aprofundar a reflexão sobre a importância das ILPIs como alternativas para assegurar o trabalho de cuidado aos idosos.

AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS COMO ALTERNATIVAS DE CUIDADO

Dentre as alternativas de cuidados formais à população idosa, o número das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) vem crescendo consideravelmente os últimos anos, com característica de ser um lugar habitável para moradia especializado em oferecer assistência gerontogeriátrica de acordo com o grau de dependência dos moradores e, simultaneamente, garantir um ambiente com característica domiciliar que preserve a sua identidade, privacidade e integridade (BORN; BOECHAT, 2006). Define-se a ILPI como um ambiente coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar (BRASIL, 2021). Destaca-se que os profissionais contratados para cuidar dos idosos e auxiliá-los em suas atividades de vida diária são imprescindíveis no cuidado e na gestão do ambiente das ILPIs (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Importante ressaltar que, no que tange ao cuidado à pessoa idosa, cada indivíduo possui níveis de dependência diferentes, pois tudo dependerá do seu quadro clínico. Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 502 (2021), considera-se grau de dependência I a pessoa idosa independente, podendo ou não usufruir de equipamentos de autoajuda. Já o grau de dependência II é referente à pessoa idosa com dependência em até três atividades de autocuidado diariamente, como alimentação, mobilidade e higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Por fim, o grau de dependência III é definido para a pessoa idosa com dependência de assistência em todas as atividades de autocuidado e/ou com comprometimento cognitivo. Não é incomum que a saúde mental interfira na saúde geral da pessoa idosa.

No Brasil, estudos mostram que, em 2010, havia 3.548 ILPI espalhadas pelo país. Já em 2021, o número mais que dobrou, passando para 7.292 instituições, ou seja, um aumento de 105,52%. Com relação às regiões, no Norte do Brasil, houve aumento de 34,96%, no Centro Oeste, 40,16%, no Sudeste, 94,37%, no Nordeste, 103,97% e no Sul, 171% (GPED, 2021).

Quanto às características das ILPI, avaliou-se que, em 2010, o percentual de instituições privadas com fins lucrativos era de 10,4%, instituições

privadas sem fins lucrativos/filantrópicas era de 85% e instituições públicas correspondiam a 3,2%. Em 2021, o percentual das instituições privadas com fins lucrativos cresceu 29,91%, enquanto o das privadas sem fins lucrativos/filantrópicas caiu para 59,65% e o das públicas reduziu para 2,35% (GPED, 2021).

No estado do Espírito Santo, em 2022, das 92 instituições regularizadas, 64 são instituições privadas com fins lucrativos, 26 são privadas sem fins lucrativos/filantrópicas e 2 são públicas. Dessas, 52 possuem imóvel alugado, 37 imóvel próprio, 2 em comodato e 1 está em imóvel cedido. Em relação a exigências solicitadas pelo Ministério Público às 92 ILPI, 33 instituições não possuíam alvará de funcionamento, 20 não tinham alvará sanitário, 14 não tinham laudo do corpo de bombeiros e 3 não tinham identificação externa visível (MPES, 2022).

Com relação ao número de vagas disponíveis, foram registradas, no ano de 2022, o total de 2.524 vagas, sendo ocupados 1.286 vagas para a pessoa idosa do sexo feminino, 880 para a pessoa idosa do sexo masculino e 358 vagas ainda disponíveis. Quanto ao grau de dependência dos idosos institucionalizados nas ILPIs, foram registradas, com grau I, 492 pessoas idosas do sexo feminino e 368 pessoas idosas do sexo masculino, com grau II, 454 pessoas idosas do sexo feminino e 304 pessoas idosas do sexo masculino e, com grau III, 338 pessoas idosas do sexo feminino e 158 pessoas idosas do sexo masculino (MPES, 2022).

No município de Vila Velha, o número de institucionalizados é o segundo maior do estado do Espírito Santo, com 22 ILPIs, ficando atrás apenas do município da Serra com 25 instituições. Em Vila Velha, todas são instituições com fins lucrativos, sendo 20 com imóveis alugados e duas com imóveis próprios, com 585 vagas disponíveis distribuídas em 351 para a pessoa idosa do sexo feminino, 162 para a pessoa idosa do sexo masculino e 72 vagas disponíveis (MPES, 2022).

Observa-se que, dentre as inúmeras finalidades do cuidado fornecido nas ILPI, uma delas é a promoção do fortalecimento do vínculo familiar, visando atenuar ou não permitir o sentimento de solidão e abandono. Vieira (2003) afirma que a ILPI busca o apoio e parceria da família para a permanência na instituição, visto que o próprio familiar é quem busca a ILPI como rede de apoio e a extensão do cuidado específico à pessoa idosa. O acolhimento da instituição viabiliza o conhecimento do histórico

familiar e a história pregressa do residente, permitindo a assistência adequada e a garantia das expectativas da família.

Dessa forma, a ILPI se torna responsável por fortalecer o vínculo familiar e promover atividades que garantam essa assistência ao residente. Apesar da instituição não poder obrigar o familiar a permanecer com o vínculo, as ILPIs programam motivações para a integração do familiar, pois, por vezes, a realização de cuidados mínimos feitos pelos familiares tem mais efeito do que o que é realizado pela própria equipe de cuidadores (LINDGREN; MURPHY, 2002).

Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), o cuidador deve realizar pela pessoa idosa o que ela não consegue fazer sem auxílio, acompanhando e observando seus afazeres para auxiliar em tudo o que for possível, não cabendo praticar procedimentos e técnicas específicas que competem a outras profissões. Assim, faz-se necessário salientar o dever de que “as instituições destinadas ao cuidado de idosos contem com pessoas qualificadas para tal assistência, visando atender às necessidades peculiares dos idosos, principalmente daqueles mais fragilizados e dependentes” (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

Ressalta-se que a família tem sido a principal responsável por cuidar que as necessidades dos idosos sejam supridas. Entretanto muitos não possuem ou não encontram respaldo familiar, e as ILPIs configuram-se como uma significativa possibilidade de garantir auxílio para a realização de atividades da vida diária. A opção pelas ILPIs também ocorre “quando a família não possui estrutura (financeira, emocional, espaço físico, cuidadores), nem conta com o suporte do Estado e de organizações comunitárias para cuidar do familiar idoso no domicílio” (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821). No Brasil, comumente, a busca por uma ILPI de qualidade é trabalhosa e a decisão pela institucionalização do idoso ocorre apenas no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

Com relação às motivações para a institucionalização dos idosos, Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013) afirmam que há uma tendência em buscar um ambiente que se revele melhor para o idoso do que o ambiente familiar. Além da busca por um local que ofereça cuidados, companhia e convivência com outros idosos, as pesquisas demonstram outras justificativas para a institucionalização do idoso.

As mudanças na estrutura familiar e social transformam também as formas de vínculos e de relações intergeracionais, que podem comprometer as funções de proteger e cuidar do idoso dependente para a realização das atividades de vida diária. Os conflitos em família podem fazer com que o idoso se encaminhe para uma instituição de longa permanência, passando a ter esse local como referência de um ambiente familiar. Há também os conflitos mobilizados entre membros da família originados pela postura intransigente e autoritária do idoso [...]. Isso é possível de se compreender, pois o idoso tem suas experiências de vida, seus costumes e hábitos arraigados. Idosos desprovidos de família nuclear também apresentam maior probabilidade de institucionalização. A perda progressiva de entes significativos pode levar o idoso a procurar espaços onde possam ser acolhidos (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 827).

Comumente, a família desempenha um papel importante no processo de decisão da institucionalização do idoso, que depende da existência de familiares, do grau de autonomia do idoso, da qualidade das relações familiares, entre outros fatores. Os motivos mais frequentes que levam à busca por uma ILPI são “ausência de família, dificuldades de a família cuidar, relações familiares conflituosas aliadas à carência de renda, falta de moradia, dentre outros” (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 166).

Nesse contexto, Camarano e Scharfstein (2010) destacam que a vida em uma instituição reproduz, de forma ampliada, a vida em família.

Ali se encontram “abrigo”, “retiro”, conflitos, abandono, expectativas, culpas, frustrações, afetos, cuidados, entendimentos, solidão etc. Ou seja, são situações que provavelmente também são vividas em uma residência particular. Em ambos os tipos de residência, se encontram indivíduos “retirados” da sociedade – os altamente dependentes. É provável que parte desses indivíduos quando se mudou para a instituição já estava “retirada” em decorrência das condições de saúde e não do tipo particular de residência. Nas instituições, observa-se uma concentração de indivíduos dependentes. Mesmo assim, algumas levam os idosos acamados e demenciados para tomar sol em áreas comuns, assistir televisão, possibilitando algum grau de socialização (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 184).

De modo geral, o perfil da pessoa idosa institucionalizada caracteriza-se pelo “aumento do sedentarismo, a perda da autonomia e a ausência de familiares, além das influências de fatores biológicos, doenças e outras causas externas [...], destacando a ocorrência de quedas” (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821). Por isso, o cuidado institucional envolve atenção integral por 24 horas a pessoas idosas em instituições de residência.

Para que uma ILPI se mantenha em funcionamento adequado, deve cumprir padrões mínimos exigidos em termos legais, como horas semanais de assistência médica, enfermagem, assistência psicossocial, nutricional, de reabilitação, entre outros. Apesar da recomendação de que os cuidados sejam ofertados por equipes multiprofissionais no âmbito das instituições, os principais cuidados oferecidos são os providos por médicos e enfermeiros, com base num enfoque curativo de doenças, o que sugere um predomínio do modelo biomédico em detrimento do cuidado integral à saúde do idoso (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Com relação aos desafios para o cuidado digno em ILPIs, destaca-se a dimensão econômica do cuidado.

Embora as instituições tentem desenvolver estratégias para garantir o mínimo de conforto e dignidade, há forte relação entre as dimensões econômica e de cuidado, sobretudo pela tendência à mercantilização do processo. Portanto, pensar na estrutura das ILPIs é também considerar o contexto socioeconômico em que estão inseridas e na capacidade financeira do idoso ou de seu conjunto familiar em dar-lhe suporte, vez que as políticas públicas do país não dispõem de mecanismos para o atendimento das demandas daqueles que estão vivendo o processo de morrer (CLOS; GROSSI, 2016, p. 404).

No processo de institucionalização do idoso, destaca-se que, mesmo quando a decisão de mudança para uma ILPI é feita pela família, em alguns casos, envolve resistência e sofrimento, além de vir acompanhada de um intenso sentimento de culpa por parte dos familiares, o que contribui para aumentar as dificuldades vivenciadas em torno dessa realidade (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010). Um significativo aspecto a ser considerado nesse contexto de resistência, sofrimento e culpa familiar

diz respeito ao fato de que, de modo geral, as ILPIs apresentam regras rígidas e rotina diária regida por horários determinados.

Devido à vida padronizada e à falta de perspectiva, os idosos perdem o direito de expressar sua subjetividade e seus desejos, vendo sua vida limitada social, afetiva e sexualmente em um espaço físico semelhante a grandes alojamentos, onde raramente se encontra uma proposta de trabalho voltada para a manutenção de idosos independentes e autônomos [...]. [Assim], o tão sonhado tempo livre no ambiente da instituição acaba por se tornar um tempo vazio de significado, convertendo-se na experiência desoladora da espera pela morte. Isso demonstra que o idoso tem sido encarado como uma pessoa improdutiva e que pouco tem sido feito para mudar essa situação (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

Entretanto, faz-se necessário destacar que algumas regras também existem para os idosos nos domicílios particulares, como horário para as refeições, para o banho, para televisão, vida sexual restrita etc. (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

As ILPIs, de modo geral, são vistas como uma exclusão do idoso do contexto social e uma ruptura de laços com familiares e amigos. Nesse contexto da institucionalização do cuidado, incluem-se também os abrigos para idosos pobres, que é considerada uma das modalidades de cuidado mais antigas, uma alternativa popular muito pouco valorizada, uma vez que essas instituições de abrigamento remetem ao isolamento do idoso no fim de suas vidas, sendo, por isso, marcadas por preconceitos sociais (CAMARANO, 2010, p. 21). Por esses motivos, usualmente, entre os familiares, observam-se preconceitos e dificuldades em relação à institucionalização dos idosos.

Do ponto de vista do imaginário cultural brasileiro, a institucionalização, como a própria palavra indica, carrega uma marca estigmatizante. Pensa-se logo em abandono e desamparo, em segregação, em depósito de velhos, como até pode ser a realidade de algumas instituições. No nível pessoal, tanto pode ser uma decisão arbitrária por parte da família, em detrimento do desejo do seu idoso, como pode ser um processo elaborado pelos dois lados, idoso e família, ou ainda por escolha exclusiva do próprio idoso, como será ilustrado

mais adiante pelos relatos de residentes e familiares. O Estado também desempenha um papel importante no encaminhamento às instituições de idosos moradores de rua ou em situação de conflitos familiares. Sintetizando, não existe um padrão único que caracterize a mudança de um indivíduo do domicílio particular para o coletivo. Cada caso é um caso (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 167).

Destaca-se que, além da mudança na nomenclatura das instituições que prestam cuidados aos idosos, mudou-se o sentido. A ideia de que as instituições de abrigamento são “depósitos de idosos” foi construída historicamente, com base na concepção de isolamento e solidão dos idosos, desprezados e abandonados por familiares. Entretanto essa percepção vem progressivamente sendo modificada em relação às ILPIs, com os idosos podendo, inclusive, fazer essa escolha voluntária, justificada pela viuvez, pelo fato de não ter filhos, para não desejar sobrecarregar os filhos ou optar pela independência, entre outros motivos.

[...] uma vez que o termo asilo carrega sentidos socialmente depreciativos relacionados ao abandono, à pobreza e a condições precárias de saúde e higiene, o que perpassa a construção e a reprodução de mitos, estigmas e estereótipos relacionados a essas instituições, originando diversos preconceitos. Mais do que isso, as ILPI são uma proposta de uniformização das instituições que prestam assistência aos idosos, garantindo condições de bem-estar físico, emocional e social, em conformidade, entre outros, com o Estatuto do Idoso, com a legislação vigente e com as políticas públicas relacionadas a essa população [...]. As ILPI surgiram no Brasil na década de 1980 e foram os primeiros locais destinados a cuidar da saúde dos idosos e a suprir suas necessidades básicas, como alimentação e moradia (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 821).

A solidão está presente na vida de vários residentes. Na prática, a institucionalização do idoso pode levar a um distanciamento progressivo da família e, às vezes, acarretar abandono. Entretanto, “a manutenção de vínculos familiares está associada, em muitos casos, à dinâmica familiar precedente à mudança de moradia, gerando vivências emocionais ambivalentes” (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 177).

Muitos familiares vivenciam intenso sofrimento psíquico com a institucionalização do idoso. O sentimento de culpa decorre, de modo geral, do estigma que as instituições ainda carregam. A culpa da família pode ser minimizada pela crença de que o idoso institucionalizado experimenta melhores condições do que experimentaria se estivesse com a família (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010, p. 177). Nesse contexto, observa-se a necessidade de fiscalização desses locais para que sejam cumpridas as normas mínimas exigidas para o funcionamento adequado (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Em muitos casos, as ILPIs podem se tornar um lar, um lugar de proteção e cuidado. Saliencia-se que a instituição abriga, também, indivíduos que não têm vínculos, nem um lugar para morar, proporcionando-os cidadania e socialização. Além disso, vínculos familiares podem ser construídos ou reconstruídos em uma instituição, sendo possível criar um relacionamento entre os idosos institucionalizados semelhante ao familiar. Ressalta-se que esse vínculo tende a se fortalecer à medida que o contato com os parentes se torna menos frequente. Apesar das dificuldades de convívio, observa-se ainda a criação de laços de fraternidade e solidariedade entre os idosos, o que pode contribuir com o aumento da motivação para o autocuidado (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

Ao contrário do que é visto pela mídia e dito pela sociedade, a maioria dos residentes em ILPI não são abandonados pela família, e Alcantara (2003) afirma a necessidade de não culpabilizar a pessoa idosa como vítima e nem a família como a vilã. A institucionalização, por vezes, é motivada pela sobrecarga que o familiar carrega em ser o responsável por todas as ações da pessoa idosa, mesmo em vínculos positivos. Como dito por Fontoura (2003), há familiares que se sentem aliviados após o ingresso da pessoa idosa, os quais reconhecem positivamente o trabalho feito pela ILPI.

Diante dessa premissa, destaca-se também o problema financeiro vivido por familiares ao cuidar da pessoa idosa dentro de casa, pois, segundo Fontoura (2003), há elevados gastos com alimentação, saúde, medicações e demais cuidados gerais, de tal modo que a institucionalização acontece de forma tranquila e possibilita o fortalecimento do laço familiar. Assim sendo, o momento é crucial para a família com os ajustes das contas, não representando tristeza ou abandono, mas sim a solução de um problema visível que impacta diretamente na vida da pessoa idosa.

Ressalta-se que há situações em que as próprias pessoas idosas optaram por irem para a instituição. Alguns não gostariam de estar com seus familiares (DAVIM *et al.*, 2004) e têm satisfação com o lugar e do serviço prestado aos residentes (BULLA; MEDIONDO, 2004). Além disso, o direito de ir e vir é garantido pelo Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003) e fortalecido pela ILPI, com saídas externas acompanhadas de seus familiares, no qual há contribuição para o cuidado e a permanência da pessoa idosa à instituição.

A inserção em uma instituição pode representar uma alternativa de amparo, proteção e segurança, sendo, muitas vezes, considerada a melhor alternativa, o que não significa em desvalorização da família para o apoio e cuidado de seus idosos. Pode, ainda, significar uma nova organização e divisão da responsabilidade entre a família, o Estado e o mercado (ALVES-SILVA, SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Os residentes nas ILPIs, por vezes, enxergam o local como uma nova família, na busca de encontrar na instituição novas possibilidades de vida, segurança, respeito e suas necessidades atendidas. O local favorece o estabelecimento de vínculos significativos, o qual mitiga o sentimento de desamparo e relações conflituosas. Há situações em que o sentimento é tão benéfico para a pessoa idosa que o convívio com os novos amigos é melhor do que outrora com a família (RAMOS, 2002).

Na ILPI, por contar com uma equipe multiprofissional para realização de cuidados e pessoas qualificadas para limpar, passar e cozinhar, a vida da pessoa idosa se torna mais prática do que dentro da própria casa, não precisando se preocupar com a organização financeira e manutenção de utensílios domésticos. Além disso, as instituições oferecem conforto aos familiares e ao idoso, segurança no desenvolvimento das atividades e local adequado para moradia. Considera-se que a institucionalização para o idoso se torna uma melhor opção quando comparado à própria residência, já que, por vezes, a residência não possui estrutura física adequada e há um custo elevado para manutenção da assistência domiciliar, risco alto de queda, violências domésticas e sequelas irreversíveis (BARBOSA; ARAUJO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial. No Brasil, observa-se um crescimento acentuado da população de 80 anos de idade ou mais, que, diante da atual crise de cuidado, tem resultado no aumento da população que demanda cuidados prolongados. A promoção em saúde deve estar relacionada ao ser humano constantemente, adequando-se para o bem-estar social e atendendo às necessidades humanas básicas. Além disso, a convivência em coletividade e aplicação de práticas conjuntas podem proporcionar melhor bem-estar ao idoso, estimulando a melhoria da saúde.

Sob essa ótica, a promoção em saúde também se mostra favorável na manutenção da sobrevivência adequada e pode estar atrelada à qualidade de vida, principalmente dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) coletivo. Nesse contexto, as ILPIs podem contribuir diretamente com o bem-estar individual e coletivo por apresentarem profissionais especializados, conforto aos familiares e ao idoso, segurança nas atividades e local adequado para moradia e, muitas vezes, uma melhor opção quando comparado à própria residência.

Em virtude da cognição física e/ou psicomotora fragilizada, a ILPI é capaz de fornecer o cuidado específico a essa população que tanto necessita de apoio, isso porque possui equipe capacitada e ambiente propício às condições de vida do idoso dependente. Prover cuidados específicos para pessoas idosas é temática complexa e difícil, pois envolve superação de preconceitos estabelecidos pela sociedade sobre as ILPIs e o reconhecimento de que tanto a família quanto a ILPI são instituições idealizadas, ambos espaços de conflito e disputa de poder, que abrigam e retiram indivíduos da sociedade, envolvendo ganhos e perdas.

Em meio aos inúmeros motivos citados, nota-se que a ILPI pode sim ser uma alternativa de cuidado, uma vez que há participação integral do familiar, fiscalizações rígidas e severas às entidades, cuidados exercidos por pessoas capacitadas e treinadas e a garantia do familiar em seguir com a sua vida sem comprometimento profissional, físico, psicológico e mental.

As ILPIs têm como objetivo garantir a atenção integral às pessoas com mais de 60 anos e propõem-se defender a dignidade e os direitos

das pessoas idosas, buscando prevenir e reduzir os riscos. Para garantir direitos como integração da família, participação social, autonomia, independência, qualidade de vida e cuidados adequados, há algumas políticas públicas voltadas a esse processo de envelhecimento, como a Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e o Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003).

Salienta-se ainda que, para as políticas públicas de saúde, há um grande desafio em oferecer um serviço de qualidade e compatível com a situação de cada pessoa idosa, pois há suporte social inadequado, atendimento à saúde ineficaz a sua individualidade, além da luta constante pelo aumento da longevidade juntamente com qualidade de vida adequada quando não há apoio e estrutura da família. Pensar no futuro é projetar como fornecer qualidade de vida e promoção em saúde à população idosa, que muito depende do cuidado dos seres humanos.

REFERÊNCIAS

ACUNÁ, M. R.; DOREN, F. M.; ROMERO, S. C.; ROJAS, C. A. Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, v. 29, n. 2, p. 54-58, 2018.

ALCANTARA, A. de O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. 2003. Mestre em Gerontologia – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003. DOI 10.47749/T/UNICAMP.2003.290100. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=459961>. Acesso em: 24 out. 2023.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O. da; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800019>.

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 820-830, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>.

AMADOR-MARÍN, B.; GUERRA-MARTÍN, M. D. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 2, p. 154-160, mar. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.006>.

AYRES, J. R. de C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011.(Coleção Clássicos para integralidade em saúde).

BARBOSA, E. S.; ARAUJO, E. P. Edifícios e habitações sociais humanizados para idosos. **Universitas: Arquitetura e Comunicação Social**, v. 11, n. 2, 3 dez. 2014. DOI 10.5102/uc.v11i2.2559. Disponível em: <http://www.publicacoes.uniceub.br/index.php/arqcom/article/view/2559>. Acesso em: 27 dez. 2023.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 2, p. 27, 25 dez. 2015. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>.

BOHM, V.; CARLOS, S. A. Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. **Kairós-Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 211-220, 2011.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITA, E. V. de; PY, L. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.131-1.141.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Seção 1, out. 2003.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#:~:text=%C3%89%20obriga%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20e,na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20e%20nas%20leis](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#:~:text=%C3%89%20obriga%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20e,na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20e%20nas%20leis.).

Acesso em: 10 jun. 2023

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. out. 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC no 502, de 27 de maio de 2021. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf.

Acesso em: 10 abr. 2023.

BULLA, L. C.; MEDIONDO, M. S. Z. de. Velhice, Dependência e Vida Cotidiana Institucional. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (orgs.). **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Edipucrs, 2004. p. 87–107.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 163–186.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014>.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 395–411, ago. 2016. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242140>.

CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público. **Manual de Atuação Funcional:** O Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: CNMP, 2016.

COFFEY, C.; ESPINOZA REVOLLO, P.; HARVEY, R.; LAWSON, M.; PARVEZ BUTT, A.; PIAGET, K.; SAROSI, D.; THEKKUDAN, J. **Time to Care:** Unpaid and underpaid care work and the global inequality crisis. Oxford (UK): Oxfam, 20 jan. 2020. DOI 10.21201/2020.5419. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10546/620928>. Acesso em: 24 out. 2023.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 553–563, 20 mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. de. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518–524, jun. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300010>.

DELLAROZA, M. S. G.; FURUYA, R. K.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T.; TRELHA, C.; YAMADA, K. N.; PACOLA, L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, fev. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100018>.

FERREIRA, A. P.; TEIXEIRA, S. M. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 160-173, jun. 2014.

FONTOURA, E. G. **A vida asilar para idosos residentes e seus familiares:** um estudo de representações sociais de uma instituição de Feira de Santana. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2003.

GOMES, Irene; BRITTO, Vinícius. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência de Notícias IBGE**, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 26 dez. 2023.

GPED, I. **Panorama das ILPI no Brasil**. Grupo de estudos, Pesquisas e Diagnóstico – Instituição de Longa Permanência para Idosos (GPED-ILPI), 2021. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/674633308/Panorama-Das-Ilpis-Brasil-4-1>. Acesso em: 15 jul. 2023.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (orgs.). Cuidado e Cuidadoras - as várias faces do trabalho docare. **Cadernos Pagu**, n. 45, p. 577-585, 2012. <https://doi.org/10.1590/18094449201500450577>.

ISAAC, L.; FERREIRA, C. R.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 108, 28 maio 2018. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n1p108>.

LINDGREN, C. L.; MURPHY, A. M. Nurses' and Family Members' Perceptions Of Nursing Home Residents' Needs. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 28, n. 8, p. 45-53, ago. 2002. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020801-10>.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 105-125, jun. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>.

MARI, F. R.; ALVES, G. G.; AERTS, D. R. G. de C.; CAMARA, S. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 35-44, fev. 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>.

MPES - Ministério Público do Estado do Espírito Santo. **PAIPI - Panorama das unidades de acolhimento da pessoa idosa**, 2022. Disponível em: <http://indicadores.mpes.mp.br/relatorios/powerbi/CACC/PAIPI>. Acesso em: 9 jun. 2023.

NERY, Carmen. Com envelhecimento, cresce número de familiares que cuidam de idosos no país. **Agência de Notícias IBGE**, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>. Acesso em: 26 dez. 2023.

NUTBEAM, Don. Health Promotion Glossary. **Health Promotion International**, v. 13, n. 4, p. 349–364, 1 jan. 1998. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.

OPAS. Cidades e comunidades amigas das pessoas idosas. **OPAS [Portal]**, 2022. Disponível em: www.paho.org/pt/topicos/cidades-e-comunidades-amigas-das-pessoas-idosas. Acesso em: 26 dez. 2023.

OPAS. **Panorama da resposta do sistema de saúde às necessidades das pessoas idosas** – O Brasil está em transição, e a população em envelhecimento requer apoio para que a longevidade seja acessível para todos. Washington, D.C.: OPAS, 2023.

PAPALÉO NETTO, M. Estudo da Velhice, Histórico. Definição de Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 3–13.

PARADOWSKI, P. T.; BERGMAN, S.; SUNDÉN-LUNDIUS, A.; LOHMANDER, L. S.; ROOS, E. M. Knee complaints vary with age and gender in the adult population. Population-based reference data for the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 7, n. 1, p. 38, dez. 2006. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-7-38>.

PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Participação Feminina no Mercado de Trabalho e a Crise de Cuidados da Modernidade: Conexões Diversas. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 50, jun. 2018.

PASSOS, R. G. **Trabalhadoras do Care na Saúde Mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), São Paulo, 2016.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–50, jun. 2012.

PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2006. p. 135-64.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, n. 7, p. 156-175, jun. 2002. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222002000100007>.

REIS, L. A. Estudo das Condições de Saúde de Idosos em Tratamento no Setor de Neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 322, 2007. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2007.v31.n2.a1415>.

ROCHA, E. M. S. A qualidade da atenção primária à saúde: perspectiva histórica, dilemas atuais e desafios futuros. In: COQUEIRO, J. M.; BARBOSA, J. P. M.; FIGUEIREDO, T. A. M. de (orgs.). **Rizoma III**: saúde coletiva e instituições. Jundiaí (SP): Paco Editorial, 2021. p. 351–375.

ROSKAM, I.; BRIANDA, M.-E.; MIKOLAJCZAK, M. A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 758, 6 jun. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>.

TARTUCE, G. L. B. P. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. **Cadernos de Pesquisa**, v. 43, n. 148, p. 366-372, abr. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742013000100019>.

VIEIRA, E. B. **Instituições Geriátricas - Avanço Ou Retrocesso**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VIEIRA, R. S. C. Cuidado, crise e os limites do direito do trabalho brasileiro. **Revista Direito e Práxis**, v. 11, n. 4, p. 2517-2542, dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/50150>.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichán**, Bogotá, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008.

YAZBEK, M. A.; NETO, J. F. M. Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso. **Einstein** (São Paulo), v. 6, supl. 1, p. S74–S78, 2008.

YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2006. p. 165-201.

17

MARIA APARECIDA MOREIRA RAPOSO
SANDRA MARIA BISSOLI
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

INTRODUÇÃO

O acionamento do Poder Judiciário para pleitear questões relativas à saúde, entendida como judicialização da saúde, tornou-se crescente, uma vez que, reconhecidamente, a prestação de serviços necessários à manutenção da saúde figura como uma obrigação estatal. No entanto a questão gira em torno de que esse direito seja garantido sem que se ponha em risco qualquer forma de organização do executivo (CNJ, 2021).

Ao longo dos anos, a judicialização tornou-se uma temática importante para os gestores da saúde em todos os níveis governamentais, não apenas pelo fato de ser responsável pelos crescentes gastos não programados, mas também pelo fato de evidenciar a fragmentação do cuidado e a baixa capacidade de gestão efetiva dos processos e normas estabelecidas pelo setor saúde, bem como por não ocasionar impacto positivo nos indicadores de saúde finalísticos (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Observa-se que o número de demandas judiciais relativas à saúde entre os anos de 2008 e 2017 aumentou 130%, enquanto o número total dos demais processos judiciais cresceu apenas 50% de acordo com o Relatório do Conselho Nacional de Justiça de 2019 sobre a Judicialização da Saúde no Brasil (CNJ, 2019).

Acrescido a esse fenômeno, o Estado brasileiro passa por um processo de envelhecimento rápido da população, uma realidade para todas as sociedades, que, ao mesmo tempo em que se traduz em uma grande conquista da humanidade, também se reverbera em um grande desafio para o Poder Público (CAMARANO; PASINATO, 2004), pois se acrescentou anos de vida ao cidadão brasileiro, mas não necessariamente anos de vida vividos com qualidade.

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional não é só heterogêneo, individual ou por grupos, mas também demográfico, com uma expressiva transição na idade e nas condições de vida da população no século XX e início do século XXI, sendo necessária a oferta de alternativas de atendimento a essa população que envelhece (FALEIROS, 2008).

O envelhecimento passa a ser um grande desafio a se enfrentar não apenas para a pessoa idosa, mas por todos que têm o dever de cuidado com esse grupo etário e, principalmente, por órgãos públicos que devem zelar e cumprir o disposto nas políticas públicas para esse segmento populacional. A pessoa idosa, à medida que envelhece, tem redução da sua capacidade funcional e maiores necessidades, com conseqüente maior utilização dos serviços de saúde, podendo, então, necessitarem recorrer ao judiciário para satisfação de suas necessidades ou problemas de saúde (SANTOS COSTA; FRIEDE; MIRANDA, 2019).

Laffin (2019), em um estudo sobre judicialização de medicamentos, ao comparar o quantitativo de demandas judiciais por faixa etária, remonta que 40,29% dos demandantes são pessoas com idade superior a 60 anos e 59,71% são de pessoas que compõem os demais ciclos de vida. Esses dados sinalizam para a crescente onda de judicialização da saúde por parte de pessoas idosas, que, à medida que ficam mais idosas, demandam mais os serviços de saúde.

Dessa forma, a discussão da temática da pessoa idosa no contexto da judicialização e seus desdobramentos deve tornar-se objeto de análise científica, pois são escassos os estudos nessa área. Assim, diante do exposto, a fim de responder à pergunta de pesquisa “Quais os motivos de judicialização por pessoas idosas no sistema de saúde?”, esta pesquisa tem como objetivo, por meio de uma revisão narrativa, compreender e analisar as produções científicas existentes nos últimos cinco anos que abordam a temática da judicialização da saúde e suas interfaces com a pessoa idosa. Para tanto, discute-se a saúde como um direito e um dever do Estado, o acesso em saúde e a judicialização e suas repercussões no sistema de saúde.

MÉTODO

O presente estudo optou por uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo, numa abordagem qualitativa. Rother (2007) afirma que essa revisão possui uma temática mais aberta e ampla buscando descrever o desenvolvimento de um assunto, seja ele do ponto de vista teórico ou conceitual. Utiliza-se, para tanto, a literatura, seja ela publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, para que o autor realize a análise crítica do assunto abordado.

Para essa mesma autora, esse tipo de revisão é adequado para descrever o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado tema. O estado da arte resulta de um vasto acervo de diferentes tipos de pesquisas, permitindo um diálogo com os pesquisadores de áreas afins, sendo capaz de revelar uma riqueza de dados produzidos nas pesquisas que realizaram (VASCONCELLOS; NASCIMENTO DA SILVA; DE SOUZA, 2020).

O estado da arte também se revela como amplo e abrangente, sendo capaz de, ao analisar determinado tema, identificar como esse tema é abordado por variados autores, evidenciando contribuições e desafios, contradições e lacunas que precisam ser preenchidas por outros estudos, podendo utilizar-se de um vasto acervo de dados como artigos, teses, dissertações e publicações em anais de eventos (VASCONCELLOS; NASCIMENTO DA SILVA; DE SOUZA, 2020). Essas variadas possibilidades de exploração de conhecimentos científicos produzidos evidenciam a plasticidade, sem perder a essência da cientificidade da revisão narrativa, possibilitando ao intérprete dos dados favorecer o diálogo entre os diversos campos do saber.

A busca bibliográfica de evidências nas bases de dados obedeceu à seguinte ordem:

- Seleção dos termos de busca e utilização de operadores booleanos – teve-se por mediação os seguintes descritores controlados e não-controlados utilizados para indexação de artigos contidos nos Descritores em Ciências e Saúde e Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) e suas combinações: “idoso”, “judicialização da saúde”, “direito à saúde”, “Sistema de Saúde”, “acesso aos serviços de saúde”, em conformidade com a estratégia PICO utilizando como

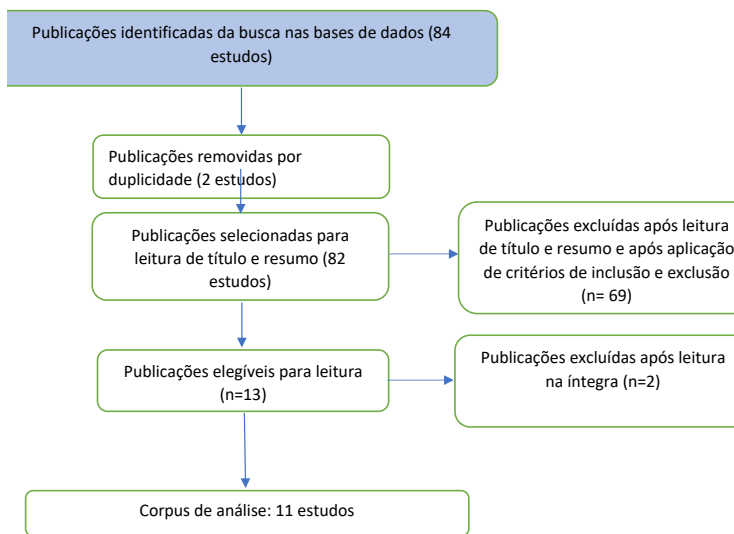
conectores dos descritores os operadores booleanos “AND” e “OR” conjugados ou isolados.

- Utilização de bases de dados – foram selecionadas as bases de dados eletrônicas PubMed, da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) – Portal de pesquisas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), portais da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), referentes aos últimos cinco anos, entre 2018 e 2022.
- Seleção do material de análise – realizada a partir da leitura prévia de títulos e resumos, utilizando-se como critério de inclusão manuscritos originais completos sobre judicialização da saúde e pessoas idosas de ambos os sexos, que tenham como discussão o sistema público de saúde, conflitos relacionados a medicamentos e procedimentos, bens de consumo único e durável e internações. Foram considerados como critério de exclusão: artigos em duplicidade (excluído o artigo de indexação em base de dados mais recente), manuscritos incompletos e discussões que contemplem a saúde suplementar.

Para delimitação das buscas em banco de dados, foram adotados os critérios de inclusão de textos assim organizados: escritos em idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis gratuitamente e *on line*, publicados nos últimos cinco anos; com disponibilidade do texto integral; e indexados nos bancos de dados selecionados.

A partir de então, passou-se à busca inicial nas bases de dados realizando a leitura preliminar de títulos e resumos dos artigos, teses e dissertações, resultando na seleção de 84 produções. Dessas, foram excluídos artigos em duplicidade e que não atenderam aos critérios de inclusão, restando 11 produções para *o corpus* de análise da revisão narrativa como demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2024



Fonte: Elaborada pelos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas nas bases de dados e portais científicos, a partir dos critérios metodológicos já explanados, resultaram em 10 artigos e 1 dissertação, totalizando 11 estudos. Esses estudos encontram-se mais detalhados no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos estudos

Base	Título do Documento	Objetivo
PubMed	Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil	Analisar os processos judiciais que solicitavam medicamentos ao estado do Rio Grande do Norte, Brasil, no período de 2013 a 2017.
PubMed	Organização dos entes públicos para atender a judicialização do acesso a medicamentos no estado de Santa Catarina, Brasil	Descrever a organização do estado de Santa Catarina (SC) para atender a judicialização do acesso a medicamentos do início dos anos 2000 a 2018.
SCIELO	Ações judiciais por artroplastia de quadril no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2016-2018	Analisar as características processuais, médico-sanitárias e dos demandantes das ações por artroplastia de quadril, ajuizadas contra os entes públicos no estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 2016 a 2018.
LILACS	Perfil dos pacientes em uso de anticoagulantes orais diretos atendidos via judicial em um município de médio porte do estado de Minas Gerais	Avaliar o perfil dos pacientes e das solicitações dos DOACs atendidos por via judicial.
CAPES	Efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde no Rio de Janeiro	Avaliar a efetividade da lei de prioridade dos idosos quanto à tramitação processual das demandas judiciais de saúde na Comarca da Capital na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.
CAPES	Entre a efetividade das políticas públicas e a judicialização	Analisar o acesso à justiça à população idosa, bem como as consequências sociais e políticas da não participação dos mesmos no contexto democrático.

	Tipo de estudo	Autores
	Estudo descritivo	OLIVEIRA, Yonara Monique da Costa <i>et al.</i>
	Análise documental e em entrevistas semiestruturadas	CAETANO, Cristiana Ropelatto; MATHEUS, Filipe Carvalho; DIEHL, Eliana Elisabeth
	Estudo retrospectivo	REGOLIN, Fabiana <i>et al.</i>
	Estudo documental descritivo	ALMEIDA, N. A. de; BALDONI, A. de O.; RIOS, D. R
	Estudo transversal descritivo	AZEVEDO Aldilene Abreu de; GIRIANELLI, Vania Reis; BONFATTI, Renato José
	Análise documental	SOUSA, Clara Mafalda Pinto Bessa de <i>et al.</i>

Base	Título do Documento	Objetivo
CAPES	Investigação sob a ótica da judicialização da saúde sobre unidade de terapia intensiva no município de São Luís/MA	Compreender o fenômeno da judicialização a partir das características das demandas judiciais quanto ao requerente, requerido e processo, compreendendo os critérios dos juízes em suas decisões e verificando o cumprimento das sentenças.
CAPES	Judicialização do acesso ao Brometo de Tiotrópio: perfil dos pacientes e conteúdo das ações individuais	Caracterizar as ações de demanda judicial impetradas no estado do Paraná para obtenção do medicamento Brometo de Tiotrópio, destinado ao tratamento de pessoas diagnosticadas com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).
BVS	Pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em uso de medicamentos via judicial: há monitorização clínica e laboratorial?	Analisar se os pacientes com DM2 atendidos via judicial foram acompanhados e monitorados no Sistema Único de Saúde (SUS) antes e após os processos judiciais, além de analisar o perfil de medicamentos judicializados para tratamento da DM2.
BVS	Judicialização da saúde: análise dos processos judiciais do medicamento lenalidomida impetrados contra a Secretaria do Estado de São Paulo para tratamento de mieloma múltiplo	Descrever o perfil dos processos judiciais para fornecimento do medicamento lenalidomida utilizada no tratamento de mieloma múltiplo por determinações judiciais contra a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
BVS	Análise do impacto das ações judiciais em um setor de referência de um hospital de grande porte de Juiz de Fora	Avaliar o impacto das ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/ MG.

	Tipo de estudo	Autores
	Estudo documental	COSTA A. L. A.; PITTA A. M. F.; RAMOS E. M. B.
	Estudo exploratório descritivo	SZPAK, Renata <i>et al.</i>
	Estudo longitudinal retrospectivo	FERREIRA, Gustavo Costa <i>et al.</i>
	Estudo descritivo-reflexivo	DIAS, Giulianna Aparecida de Alencar
	Pesquisa descritiva	GONÇALVES, Patrícia Jorge <i>et al.</i>

Nota-se, pela análise dos estudos, que apenas um artigo menciona no título a palavra idoso ou pessoa idosa, que somente aparecem no resumo como dados obtidos na pesquisa, demonstrando uma baixa produção científica envolvendo pessoa idosa e judicialização. Outro fator importante foi que, em alguns artigos voltados para a judicialização na população geral, compareceram números alarmantes de idosos no polo ativo da ação, evidenciando que esse grupo populacional tem um peso significativo quando se trata de judicialização da saúde, necessitando de mais estudos para abordar o que desencadeia tal procura para o judiciário.

Também foi evidenciado na análise temática dos estudos que surgiram temas sobre envelhecimento e sobre judicialização como estratégia para alcançar o direito à saúde, sabendo-se que dois textos abordaram de forma muito expressiva o envelhecimento. Dessa forma, a seguir serão abordados esses dois *corpus* temáticos.

Envelhecimento

O envelhecimento traz mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população. Com isso, produzem-se demandas variadas e, muitas das vezes, imediatas, que exigem respostas políticas envolvendo o Estado e a sociedade (MS, 2014).

Acrescido a esse cenário, tem-se a mudança na composição das famílias e no papel da mulher, que é absorvida pelo mercado de trabalho, assim como a queda da fertilidade e da nupcialidade, trazendo impacto na forma como se organiza a sociedade (MS, 2014). Também se observa uma série de consequências econômicas, sociais, culturais e epidemiológicas, exigindo avanços em todas as áreas, principalmente no setor de saúde, pois um número cada vez maior de pessoas têm apresentado doenças e/ou condições crônicas (OMS, 2005).

Proporcionar cuidado à população idosa torna-se um desafio a ser enfrentado que envolve não somente às políticas de saúde, mas, também, as de assistência social e previdência social, uma vez que os idosos representam 14,26% da população brasileira, com a idade média de 76,97 anos (em 2021), o que pode ser considerado um percentual significativo, haja vista que, em 1991, eles representavam apenas 7,3% da população (IBGE,

2022). Há de se lembrar de que a definição de pessoa idosa é aquela que possui idade igual ou superior a 60 anos, pelo texto da Lei nº 10.747/2003 – atualizada pela Lei nº 14.423/2022 –, extensamente conhecida como Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2023).

À medida que se envelhece, maiores são as necessidades de saúde em relação aos mais jovens e isso ocorre devido a sua maior vulnerabilidade física, decorrente do processo natural do envelhecimento. Tal situação tem contribuído para aumentar as demandas judiciais (AZEVEDO; GIRIANELLI; BONFATTI, 2022).

Estudo realizado sobre a efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde no Rio de Janeiro em 2022 demonstrou que, apesar do aumento da judicialização por idosos, não houve alteração no tempo de tramitação dos processos judiciais, uma vez que os processos de adultos tiveram maior celeridade que aqueles dos anciãos, ferindo a efetividade social da norma jurídica que estabelece prioridade para esse grupo populacional, conforme o art. 71 do Estatuto da Pessoa Idosa (AZEVEDO; GIRIANELLI; BONFATTI, 2022).

Considerando o peso exercido pelo fator temporal sobre essa fase da vida, o cumprimento da referida legislação é de extrema importância para garantia do direito de prioridade das pessoas idosas, especialmente quando se encontram debilitados por força de doenças.

Judicialização: uma estratégia para alcançar o direito à saúde

O direito à saúde tem em seu cerne a preservação da dignidade humana, não havendo existência digna se não é assegurado ao indivíduo o acesso aos préstimos existentes e viáveis na luta por sua saúde (OLIVEIRA, 2018). O reconhecimento desse direito encontra guarida na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), quando, no título sobre a Ordem Social, no art. 196, se estabelece que

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

Vieira (2020) considera quatro aspectos importantes quando se refere ao direito à saúde, que se apresentam das seguintes formas: i) pelo reconhecimento da saúde como um direito humano e fundamental, associado ao direito à vida; ii) pelo reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, que são condições de ordem social, econômica, étnica/racial, psicológica e comportamental, que influenciam a probabilidade de ocorrência de doenças e agravos em saúde e a necessidade de políticas públicas sociais e econômicas com objetivo de reduzir os riscos de adoecimento das pessoas, o que, obviamente, não cabe exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS); iii) os princípios e valores que norteiam e fundamentam o SUS, como garantia de universalidade, igualdade de acesso e equidade; e iv) as diretrizes para organização do sistema de saúde, por meio da descentralização, participação da comunidade e integralidade da atenção.

Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) ter como diretriz a garantia de acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde por todos os usuários, a população idosa tem encontrado dificuldades no acesso e na concretização do direito à saúde. Assim, a inefetividade das políticas públicas para a garantia desse direito conduz ao processo de judicialização da saúde, como explicita Sousa e outros (2019, p. 144),

[...] os idosos enfrentam sérias dificuldades em terem esses seus direitos efetivados, conduzindo a uma judicialização da saúde no Município. Com isso, os idosos se veem obrigados a recorrer ao Judiciário como uma alternativa e forma de pleitearem os seus direitos, nomeadamente para obtenção de medicamentos ou tratamentos negados pelo SUS.

As pessoas idosas recorrem ao judiciário para que sejam atendidas suas necessidades em saúde no âmbito farmacológico, cirúrgico, de internação em leitos de unidade de terapia intensiva, de atenção domiciliar, entre outros. Embora haja poucos estudos específicos que abordem a pessoa idosa como objeto de estudo, observa-se que a faixa etária a partir de 60 anos povoa boa parte dos artigos gerais sobre judicialização da saúde. São as demasiadas omissões do poder público que levam à judicialização da saúde (LEITE; FROTA, 2019)

Dentre todos os processos judiciais que envolvem a matéria da saúde, a maioria se refere à assistência farmacêutica, panorama que também se

observa nos estudos da temática da judicialização. Há de se comentar que, dentro da categoria de medicamentos com maior número de solicitações judiciais, os anticoagulantes orais diretos (DOAC) estão entre os fármacos mais solicitados (CFF, 2018).

Oliveira e outros (2021) informam que a maioria dos remédios judicializados pertencem à classe de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes mellitus, neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias), o que justifica uma maior incidência de pessoas adultas e idosas reivindicando tais fármacos por via judicial, avançando a hipótese de que os medicamentos judicializados são aqueles que não estão acessíveis no SUS.

A política farmacêutica, caracterizada como uma política pública por meio da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, apesar de apresentar uma gama de medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e de ter investimentos crescentes, ainda se evidencia dificuldade no acesso a esses medicamentos pelos usuários do SUS na prática (CAETANO; MATHEUS; DIEHL, 2021). A título de exemplo tem-se a lenalidomida, medicamento utilizado, em sua maioria, por pessoa idosa acometida de mieloma múltiplo, que é objeto de várias ações judiciais tendo no polo ativo da ação judicial a pessoa idosa e no polo passivo o serviço público e privado de saúde (DIAS, 2021).

Szpak e outros (2021), em seu estudo sobre disponibilização de brometo de tiorópio, informam que a maioria dos que recorrem à justiça são pessoas idosas, aposentadas ou pensionistas, com doenças graves ou muito graves e do sexo masculino, tendo uma espera para o proferimento de liminar de 60 dias em 68,4% dos casos, com um média de 9,88 dias de espera pós-liminar para o recebimento do medicamento pelo SUS. Demonstra-se, assim, um tempo de cumprimento da decisão pelo setor saúde relativamente aceitável, ao passo de que o Poder Judiciário tem um tempo médio grande de entrega do bem solicitado.

Outra classe de medicamento frequentemente judicializada é a de antidiabéticos utilizados por pessoas que possuem diabetes mellitus tipo 2. Em um estudo realizado, observou-se que a maior prevalência de pacientes era do sexo feminino, representando 64%, e pessoas com idade entre 60 e 74 anos, perfazendo 83% da amostra (FERREIRA *et al.*, 2020).

Outros dados importantes foram os de avaliação indireta de adesão ao tratamento no SUS por meio da variável de frequência de retirada do medicamento nos serviços de saúde. Constatou-se que a taxa de não retirada antes e depois da judicialização manteve-se a mesma, ou seja, de 17%, não sendo alterado esse perfil com a judicialização, chamando a atenção para a função dos serviços de saúde de fazerem não só a dispensação do medicamento, mas o acompanhamento em saúde do usuário, pois pacientes com níveis glicêmicos elevados oneram o sistema de saúde (FERREIRA *et al.*, 2020).

Estudo sobre avaliação do perfil de pacientes e solicitações de anti-coagulantes orais direto (DOAC) evidenciou que 70% das pessoas que entraram com petição judicial possuíam a média de idade de 70 anos e 74,3% dos indivíduos eram do sexo feminino. A idade avançada dos indivíduos estaria associada ao fato de serem doenças que requerem tratamento com anticoagulantes orais (ALMEIDA; BALDONI; RIOS, 2022).

Nesse mesmo estudo, o perfil das pessoas idosas que compunham o polo ativo da ação judicial girava em torno da baixa escolaridade, predominantemente usuários do SUS e apenas 16,2% possuindo plano de saúde, diversamente da maioria dos estudos que apontam para pessoas que vivem em locais de baixa ou nenhuma vulnerabilidade social, com melhores condições econômicas, apresentam índices maiores de escolaridade e com maior suporte familiar (ALMEIDA; BALDONI; RIOS, 2022).

Aliado a toda a problemática da judicialização para o setor saúde, tem-se o fato de que muitos medicamentos requeridos por via judicial apresentam um valor agregado muito alto e com pouca evidência científica, levando a se questionar a estreita relação entre indústria farmacêutica, médicos e revistas científicas e alertando para o *lobby* das revistas farmacêuticas sobre um público que já sofre com as complicações de uma doença, seja ela neoplásica ou crônica descompensada (DIAS, 2021).

Coadunando com essa questão, Almeida, Baldoni e Rios (2022) relatam que a principal justificativa para uso de anticoagulantes orais por parte dos médicos prescritores é o fator comodidade, pelo fato de possuírem dosagens fixas e não necessitarem de monitorização laboratorial para ajuste de dose, deixando requisitos de eficácia, segurança e recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) em segundo plano.

Quanto à judicialização de cirurgias, Brutus e Medeiros (2018) informam que a maioria das solicitações por parte de pessoas idosas são decorrentes de quedas, principalmente fratura de fêmur, negadas nos serviços de saúde. Essa dificuldade de acesso ocorre não somente com indivíduos que estão em nível ambulatorial, mas também com aqueles internados em instituição hospitalar, evidenciando fragilidade dos serviços de saúde e de sua gestão.

Gonçalves e outros (2022), em um estudo realizado sobre os impactos das ações judiciais em um setor de cirurgia de um hospital, detectaram que a idade média das cirurgias por mandado judicial era de 63,77 anos, em sua maioria interposta pelo grupo etário masculino. Enquanto isso, no grupo de cirurgia sem mandados judiciais, a média de idade foi de 53,2 anos e pertencentes ao sexo feminino, apresentando indícios de que, na regulação do acesso a cirurgias, pessoas que possuem melhores condições físicas e melhor manejo com as atuais tecnologias conseguem se beneficiar mais da forma como o SUS está organizado. Esse mesmo estudo também informa que todas as cirurgias solicitadas por via judicial compunham o rol de ofertas no SUS:

A semelhança no perfil das cirurgias e o fato que todas as cirurgias do grupo de ação judicial são oferecidas pelo SUS indicam que os pacientes recorrem à via judicial para garantia do acesso a um serviço que já é fornecido pelo sistema de saúde. Isso evidencia problemas na oferta dos serviços de saúde no SUS, assim como no planejamento e financiamento dos serviços públicos de saúde. (GONÇALVES *et al.*, 2022, p. 177-178)

Tais questões demonstram gargalos na linha de cuidado e na garantia da integralidade, bem como dificuldade do sistema de saúde público em suprir a demanda de saúde da população, evidenciada quando demandas de saúde chegam ao judiciário.

Similarmente ocorre com relação à judicialização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os serviços públicos de saúde abrangem cuidados em saúde de atenção primária, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e o poder público tem o dever constitucional de prover tais cuidados ao indivíduo. No entanto a precariedade assistencial e a insuficiência de serviços, especialmente de alta complexidade, como UTI,

resultado da carência financeira, dificulta a concretização das políticas públicas, conforme avençado por Costa, Pitta e Ramos (2020).

A pesquisa desses autores observou que 80% das solicitações judiciais de internações em leitos de UTI são de pessoas idosas nas seguintes proporções: 80 a 99 anos, 44%, 60 a 79 anos, 32%, acima de 100 anos, 4%. Esses números apontam que a ocupação de leitos de UTI ocorre por uma população idosa que deveria ser atendida de forma preventiva na atenção básica, denotando a necessidade de maiores investimento na atenção à saúde da pessoa idosa (COSTA; PITTA; RAMOS, 2020).

Em relação à origem do atendimento, foi constatado que 64% dos atendimentos foram realizados pela rede pública de saúde contra apenas 36% por serviços privados, demonstrando que, mesmo com as dificuldades do SUS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são os locais mais buscados por esses usuários e possuem cunho individual, por ser a forma mais rápida de garantir o atendimento de sua necessidade em saúde e não coletivo. Tal fato ocasiona o que se pode chamar de tratamento diferenciado, no qual esses pacientes que impetraram de forma individual na justiça acabam por serem privilegiados, ferindo a igualdade proposta pelo SUS (COSTA; PITTA; RAMOS, 2020).

Observa-se que, nas ações que envolvem procedimento de artroplastia de quadril, 73% são ajuizadas por meio de litisconsórcio, em que duas ou mais pessoas se reúnem, nesses casos, no polo passivo da ação (REGOLIN *et al.*, 2022), diversamente do que ocorre com ações judiciais de solicitação de medicamento, como o brometo tiotrópio (SZPAK *et al.*, 2021) e de solicitação de leitos de UTI.

Também deve-se considerar o fator tempo para a entrega do bem ao usuário, tanto do proferimento da decisão pelo judiciário, quanto do cumprimento da decisão pelo ente público. Em procedimentos de artroplastia, observa-se uma média de tempo de dois meses para proferir a decisão (REGOLIN *et al.*, 2022), guardando semelhança com os achados de Szpak e outros (2021), cujo objeto de estudo foi a demanda por medicamentos, que demonstraram que o judiciário leva em média 60 dias para que proferir uma decisão e 11 dias para disponibilização pelo ente público. Destaca-se que, considerando que a maioria dos requerentes são pessoas idosas, um grupo hipovulnerável, elas podem ter sua condição de saúde piorada a cada dia que permanecem à espera de uma cirurgia ou de um medicamento (REGOLIN *et al.*, 2022).

Com esse mesmo entendimento, Leite e Frota (2019) apontam que as pessoas idosas são vulneráveis e necessitam de ações concretas e efetivas, sendo esse o grupo mais prejudicado da população, pois são mais fragilizados e mais propensos a necessitarem de cuidados de longa duração e de atenção domiciliar. Em um estudo realizado por Azevedo, Girianelli, Bonfatti (2022), foi constatado que a assistência domiciliar foi a mais requerida nos processos judiciais, 26,3%, das quais 54,7% eram para idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

A judicialização da saúde por pessoas idosas talvez seja um dos caminhos mais rápidos, não necessariamente o mais eficaz, para obtenção de cuidados em saúde, uma vez que, para esses indivíduos, a morosidade do sistema de saúde pode influenciar de forma negativa em seu quadro de saúde, haja vista que o tempo é fator relativamente escasso nessa fase da vida e determinante para o desfecho.

Nesse mesmo sentido, Freitas, Fonseca e Queluz (2020) acrescentam que a judicialização pode contribuir com a gestão, apontando falhas para o gestor público atuar, uma vez que a maioria das ações são individuais e versam sobre fornecimento de medicamento.

Perspectivas e desafios

O crescimento da população idosa brasileira acompanha o envelhecimento mundial, apresentando desigualdades no envelhecimento. Atualmente, pela primeira vez na história, pode-se ter pessoas que desejem viver mais anos e de forma qualitativa a partir dos 60 anos.

A diminuição na taxa de fecundidade e a maior expectativa de vida têm como consequência o envelhecimento rápido da população, causando grandes implicações para o poder público (OMS, 2015).

As repercussões do envelhecimento recaem sobre a área socioeconômica e, em especial, o sistema de saúde, pois, apesar do fato de ser uma pessoa idosa não ser sinônimo de doença, implica em fragilidades e enfermidades, exigindo do poder público investimento em políticas públicas para esse segmento da população. Tais políticas devem ter como objetivo o envelhecimento saudável, que “significa desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”

(OMS, 2020, p. 3), com organização do SUS a partir da atenção primária. A ineficiência dessas políticas culmina na judicialização (AZEVEDO; GIRIANELLI; BONFATTI, 2022).

Dessa forma, a judicialização da saúde exige novas formas de resolução de conflitos pelo poder público,

A atual conjuntura socioeconômica e política do Brasil exige novas formas de proceder na resolução de conflitos, especialmente no contexto da rede pública de saúde, adequando o instituto da mediação com o sistema de gestão para fornecer uma alternativa à cultura de judicialização da saúde – que cresce exponencialmente, com temas mais difíceis e até inéditos, tornando a decisão judicial um acontecimento midiático em alguns casos, por exemplo, terapias experimentais de patologias pouco conhecidas ou sem pesquisa conclusiva no momento. (COSTA; PITTA; RAMOS, 2020, p. 84)

A mediação sanitária torna-se cada vez mais adequada para a resolução de conflitos com respostas satisfatórias em casos de pacientes graves e que precisam de respostas rápidas. Assim, a garantia de acesso passa por um SUS que seja universal, igualitário e que, para tanto, precisa de aplicação adequada de seus recursos (COSTA; PITTA; RAMOS, 2020).

Caetano, Matheus e Diehl (2021) chamam atenção para o que acontece com a judicialização nas secretarias de saúde, em especial no caso de medicamentos, que são permeados por dificuldade de acesso. Assim, a judicialização, que não é programa governamental, passa a ser tratada, dentro das secretarias estaduais e municipais, de forma particularizada, instituindo-se setores específicos para atender as obrigações advindas de demandas judiciais. Os autores salientam que, acrescido a isso, há a necessidade de possuir toda uma logística específica, com alocação de pessoal, que deveria estar desempenhando papel gerencial à frente do planejamento e execução de políticas, para responder por questões referentes à judicialização da saúde.

A judicialização da saúde é uma realidade e o setor saúde tem que se organizar não só para o atendimento do cumprimento da demanda, o que normalmente acontece, mas também com planejamento em saúde que contemple a realidade em saúde da população. Além disso, deve também sair do intramuro para dialogar com outras esferas de poder,

sendo propositivo para que no coletivo consiga encontrar, de forma equilibrada, estratégias para o enfrentamento da judicialização da saúde.

Há de se destacar que o cumprimento pelo poder público das obrigações impostas pelo judiciário não significa que se terá o gozo, pelo indivíduo, de uma melhor condição de saúde e nem tão pouco da garantia de que o bem pleiteado será retirado pelo impetrante quando tiver decisão favorável (CAETANO; MATHEUS; DIEHL, 2021).

CONCLUSÃO

O envelhecimento e a judicialização da saúde são uma realidade e o poder público terá que se organizar para atender às demandas de saúde da população idosa, uma vez que esse grupo está figurando como requerente em um número cada vez maior de processos judiciais. Eles reivindicam um leque variado de serviços, que vão desde atenção domiciliar, medicamentos e cirurgias até internações em UTI, apontando para uma deficiência de serviços e de gestão que perpassam pela atenção primária, ambulatorial e hospitalar especializada.

Partindo da constatação deste estudo, de que boa parte dos requerimentos judicializados se refere a serviços já existentes e padronizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) porém não disponibilizados na quantidade e/ou tempo adequado, tem-se que, enquanto não houver investimento na rede de serviços, na organização dos fluxos, nas linhas de cuidado, dentre outros, com definição de responsabilidades de cada um dos entes federados, o fenômeno da judicialização estará longe de chegar ao fim. Enquanto isso, a população idosa segue sendo a mais prejudicada pelo baixo investimento e pela falta de organização das políticas públicas de saúde.

Aliado a tudo isso, há uma escassez de políticas públicas específicas para a população idosa que realmente esteja voltada a atender os variados perfis e em diferentes fases de envelhecimento. Assim, resta aos idosos somente a alternativa de recorrer à justiça para garantir a sua vida, frente às limitações econômicas que apresentam para dar conta da assistência à saúde e das medicações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. de; BALDONI, A. de O.; RIOS, D. R. Perfil dos pacientes em uso de anticoagulantes orais diretos atendidos via judicial em um município de médio porte do estado de Minas Gerais. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 55, n.4, dez. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1417565>. Acesso em: 28 de jun. de 2023

AZEVEDO, Aldilene Abreu de; GIRIANELLI, Vania Reis; BONFATTI, Renato José. Efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde no Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Debate** [online], v. 46, n. spe6, p. 109-123, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E610>. Acesso em: 6 mar. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto da pessoa idosa e dá outras providências, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRUTUS, Angélica Gurgel Bello; MEDEIROS, Robson Antão. Cartilha de orientação para judicialização em saúde à pessoa idosa junto ao Ministério Público. **Revista de pesquisa cuid. Fundam.**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 299-301, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.299-303>. Acesso em: 1 jun. 2023.

CAETANO, C. R.; MATHEUS, F. C.; DIEHL, E. E. Organization of public entities to attend to the judicialization of access to medications in the state of Santa Catarina, Brazil. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11. p. 5561-5575, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.32092020>. Acesso em: 21 set 2022.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CFF - CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Judicialização de medicamentos:** apoio técnico-farmacêutico para a diminuição e/ou qualificação das demandas. BRASÍLIA- 2018. Disponível: <https://www.cff.org.br/userfiles/CARTILHA%20JUDICIALIZAÇÃO%20-%20FINAL.pdf>. Acesso em: 15 jun 2023.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Secretaria Especial de Programas, Pesquisas e Gestão Estratégica. **Judicialização da Saúde no Brasil:** Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. 23p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e saúde:** ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília: CNJ, 2021. p. 164. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf. Acesso em: 22 set. 2022.

COSTA, A. do L. A.; PITTA, A. M. F.; RAMOS, E. M. B. Investigação sob a ótica da judicialização da saúde sobre Unidade de Terapia Intensiva no Município de São Luís/MA. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 69-89, 2020. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i2p69-89. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/169650>. Acesso em: 7 jul. 2023.

DIAS, Giulianna Aparecida Alencar. **Judicialização da saúde:** análise dos processos judiciais de medicamento lenalidomida impetrados contra a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para tratamento de mieloma múltiplo. 2021. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2021.doi:10.11606/D.6.2021.tde-23062021-130320. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-23062021-130320/publico/DiasGAA_MTR_O.pdf. Acesso em: 17 jul. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde** - período: 2020 a 2023. Vitória, 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 17 de set. 2022.

FALEIROS, Vicente. O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Brasília, 2008. p. 63-77.

FERREIRA, G. C.; MENDONÇA, T. S.; SILVA, E. S.; PEREIRA, M. L.; BELO, V. S.; FERREIRA, V. C.; BALDONI, A. de O. Pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em uso de medicamentos via judicial: há monitorização clínica e laboratorial? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2561, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2561. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2561>. Acesso em: 2 jul. 2023.

FREITAS, B. C; FONSECA, E.P da; QUELUZ, D de P. A judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. **Revista Interface**, Botucatu, v. 24, p 1-17, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/Interface.190345>. Acesso em: 10 jun. 2022.

GONÇALVES, Patrícia Jorge; FERNANDES, Guilherme Côrtes; LOURES, Fabiano Bolpato; CHAOUBAH, Alfredo; ORTEGA, Guillermo Patrício; MAGACHO, Flávia Lícia Rodrigues; AVELINO, Natália Resende. Análise do impacto das ações judiciais em um setor de referência de um hospital de grande porte de Juiz de Fora. **J. bras. econ. saúde**, [S. l.], v. 14, suplemento, p. 173-179, 2022. Disponível em: <https://jbes.com.br/wp-content/uploads/2022/09/07-AO-Analise-do-impacto-das-acoes-judiciais.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em números**, v. 30. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 480p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2/bn_2022_v30.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023.

LAFFIN, Nathália Helena Fernandes. **Determinantes da judicialização de medicamentos:** Evidências para as políticas públicas de dispensação. 2019. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.96.2020.tde-12122019-124540>. Acesso em: 27 jul. 2022.

LEITE, L. M. A.; FROTA, M. H. de P. O Fenômeno da Judicialização: instrumento de efetivação de políticas públicas na saúde do idoso. **Inovação & Tecnologia Social**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 121–131, 2019. DOI: 10.47455/2675-0090.2019.1.1.2729. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/inovacaotecnologiasocial/article/view/2729>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus:** proposta de modelo de atenção integral. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso: 20 jun. 2023.

OLIVEIRA, Márcio Dias de. **Saúde é possível e judicialização excepcional:** A efetivação do direito fundamental à saúde e a necessidade de racionalização. 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Centro de Pós-Graduação Toledo de Ensino de Bauru, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023

OLIVEIRA, Y. M. D. C.; BRAGA, B. S. F.; FARIAS, A. D.; VASCONCELOS, C. M.; FERREIRA, M. A.F. Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 31, n.1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174619>. Acesso em: 10 abr.2023.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: OMS, 2005. 60 p.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. Ginebra: OMS; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf. Acesso em: 29 jun.2023.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Plano para desenvolvimento do envelhecimento saudável nas Américas 2020-2030**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível: http://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 jun. 2023.

REGOLIN, F.; PEPE, V. L. E.; NORONHA, M. F., MARTINS, O. de C. Ações judiciais por artroplastia de quadril no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2016-2018. **Caderno Saúde Pública** [Internet], v. 38, n.5, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT178621>. Acesso em: 25 jun. 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Revista Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 20, n. 2 p. v-vi, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 18 jun. 2023. ISSN 1982-0194.

SANTOS COSTA, Maria Luiza; FRIEDE, Reis; DE MIRANDA, Maria Geralda. O idoso e a problemática da judicialização da saúde no brasil. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, [S.l.], v. 23, n. 46, p. 154-174, nov. 2019. ISSN 2177-8337. Disponível em: <http://lexcultccjf.trf2.jus.br/index.php/revistasjrj/article/view/279>. Acesso em: 22 jul. 2023.

SOUSA, C. M. P. B. de; FARIAS, R. de C. P.; RIBEIRO, A. Q.; MIRANDA, E. L. ENTRE A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A JUDICIALIZAÇÃO. **Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 131–149, 2019. DOI: 10.18764/2178-2865.v23n1p131-149. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/11911>. Acesso em: 11 jul. 2023.

SZPAK, Renata; BOGER, Beatriz; STTRAPASSON, Giovanna C.; MARCA, Letícia M.; GOMES, Eliane C.; RATTMANN, Yanna D. Judicialização do acesso ao Brometo de Tiotrópio: perfil dos pacientes e conteúdo das ações individuais. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 3, p. 105-114, nov. 2021. DOI: 10.32811/25954482-2021v4n3p105. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1353085>. Acesso em: 15 jul. 2023.

VASCONCELLOS, V. M. R. de; NASCIMENTO DA SILVA, A. P. P.; DE SOUZA, R. T. O Estado da Arte ou o Estado do Conhecimento. **Revista Educação**, [S. l.], v. 43, n. 3, p. e37452, 2020. DOI: 10.15448/1981-2582.2020.3.37452. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/37452>. Acesso em: 16 jun. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macro justiça. 2020. Brasília: Ipea. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.

18

ALINE CAUS ZUQUI
THIAGO DIAS SARTI

**CUIDADO À PESSOA
COM DEFICIÊNCIA:
O DESAFIO DE
SUPERAR O
CAPACITISMO**

INTRODUÇÃO

Apesar dos recentes avanços na estruturação das políticas de atenção às pessoas com deficiência (PCD), percebe-se que ainda existe muita dificuldade para garantir o cuidado integral a essa população. Este capítulo apresenta um histórico de como a deficiência foi compreendida em diferentes momentos e como isso reflete as concepções sobre deficiência ainda presentes em nossa sociedade. A partir disso, procura-se demonstrar as dificuldades encontradas por essa população no acesso a serviços de saúde e apontar caminhos para um cuidado integral.

Compreender a forma como a deficiência é concebida por diferentes atores sociais mostra-se fundamental para analisarmos as dificuldades que a efetivação dos direitos dessa população encontra na realidade e a permanência de práticas de com viés capacitista por profissionais de saúde. Dessa forma, identificar as concepções de deficiência entre os profissionais que atendem às PCD é importante para prevenção e proteção da violência na qual essa população se vê frequentemente, visto que as ações adotadas por esses técnicos podem reforçar estigmas sociais (TORRES; CRUZ; CABRAL, 2021).

De uma forma geral, autores, como Leite, Cardoso e Oliveira (2021), sistematizam as distintas concepções sobre deficiência descritas ao longo do tempo da seguinte forma:

- **Concepção orgânica:** enxerga a deficiência como um atributo inerente ao indivíduo, adotando como referência o desvio de um padrão orgânico de normalidade ou a presença de uma falha ou limite que acarrete um mau funcionamento de determinado organismo. As providências

para alterar esse déficit se esgotam no indivíduo que a apresenta.

- **Concepção psicossocial:** compreende a deficiência como uma condição orgânica diferenciada, associada a fatores causais de natureza social, emocional, econômica e/ou educacional que influenciam a constituição humana. Considera-se que a deficiência decorre de fatores inerentes ao indivíduo e a ambientes, mas, para interpretar, é necessário centralizar a análise no sujeito que a apresenta.
- **Concepção histórico-cultural:** interpreta a deficiência como dinâmica, relacional e processual com base na associação entre indivíduo e contexto sociocultural, que ocasiona um desenvolvimento humano diferenciado, ajustável em função das expectativas e de atitudes dirigidas a ele. A deficiência decorre de uma disfunção biológica que acarreta limitação e, como consequência, uma barreira social. É significada historicamente no contexto de sua ocorrência.
- **Concepção metafísica:** interpreta a deficiência como algo que transcende a condição humana, podendo estar atrelada a causas espirituais e/ou religiosas ou a fatores sobrenaturais. Desse modo, é um fenômeno posto, que pouco depende da atuação do homem.

Essas diferentes concepções interferem diretamente nas atitudes e representações sociais em relação às PCD, e esse conhecimento é necessário para pensar estratégias voltadas para a prevenção dos mais diversos tipos de violência e a superação da vulnerabilidade social enfrentada por esse segmento populacional (TORRES; CRUZ; CABRAL, 2021). Por sua vez, a depender da forma como os profissionais de saúde percebem e representam as deficiências, podem atuar reforçando os estigmas enfrentados, quando, por exemplo, atuam baseados em pressupostos capacitistas.

Neste capítulo, entende-se capacitismo como atitudes preconceituosas que hierarquizam sujeitos em função da adequação de seus corpos a um ideal de beleza e capacidade funcional e, com isso, discriminam pessoas com deficiência. Essa postura vem a partir de um julgamento moral que associa capacidade unicamente à funcionalidade de estruturas corporais e se mobiliza para avaliar o que as PCD são capazes de ser e fazer para serem consideradas plenamente humanas (MELLO, 2016). É essencial que profissionais de saúde evitem que seus atendimentos estejam permeados por atitudes capacitistas, que são incompatíveis com os objetivos da reabilitação.

HISTÓRICO SOBRE AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA SAÚDE

A compreensão sobre a deficiência e a forma de tratar essas pessoas se alterou ao longo da história, partindo-se de diferentes perspectivas. Antes do século XVIII, houve uma fase de negligência em que não havia assistência às pessoas com deficiência (PCD) e ocorriam situações de abandono e perseguição. Posteriormente, entre os séculos XVIII e XIX, existiu uma fase de segregação e institucionalização, em que as PCD permaneciam em instituições asilares, afastadas de sua família e da sociedade. Já no século XIX, a deficiência começa a ser discutida em uma perspectiva científica, passando a ser considerada como patologia a partir de um processo de normalização médica, tornando-se objeto de estudos, classificação e intervenções em instituições especializadas, como escolas e asilos, no formato de internato ou semi-internato. Por fim, entre os séculos XIX e XX, na tentativa de superar esse histórico de perseguição, abandono, violência, estigmatização e segregação, inicia-se uma fase de maior inclusão social. Ainda assim, essas diferentes formas de compreender e tratar a deficiência permeiam a sociedade até hoje (SALDANHA *et al.*, 2022).

O cuidado à pessoa com deficiência no Brasil antes da redemocratização nos remete aos trabalhos de poucas instituições, criadas ainda no Império, sendo que duas das principais instituições vinculadas ao Estado eram o Instituto Benjamin Constant e o Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), que haviam se instituído no século XIX (VIANNA *et al.*, 2022).

Isso demonstra a insuficiência do Estado brasileiro na garantia dos direitos das PCD, fazendo com que a sociedade civil, a partir de ação das entidades filantrópicas e religiosas, assumisse o protagonismo ao assegurar, mesmo que parcialmente, ações de saúde, reabilitação e educacional a essa população (SALDANHA *et al.*, 2022; VIANNA *et al.*, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2023). Algumas dessas ações tornaram-se referências na assistência à saúde de PCD e outras ações continuaram com visões exclusivamente assistencialistas, caritativas, com inconsistências técnicas e problemas de financiamento, principalmente antes do Sistema Único de Saúde (SUS). As primeiras práticas de reabilitação no Brasil iniciaram na década de 1940 e estão relacionadas ao aumento da industrialização, urbanização, doenças ocupacionais e da epidemia de poliomielite (SALDANHA *et al.*, 2022).

As primeiras instituições voltadas à reabilitação surgem a partir da década de 1950 em grandes centros urbanos do país, como a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), o Hospital das Clínicas de São Paulo e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Nesse mesmo período, a reabilitação se constitui prática especializada na área da saúde a partir dos primeiros cursos universitários de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia (SALDANHA *et al.*, 2022).

A partir disso, as instituições, que atendiam as PCD com abordagens asilares e educacionais, começam, sob a perspectiva da concepção orgânica da deficiência, a desenvolver ações baseadas no modelo biomédico, que é especializado, tecnicista e multiprofissional, com objetivo de obter uma recuperação motora e funcional e com finalidade corretiva. Seguiu-se assim até a década de 1990, corroborando com a continuidade da exclusão social das PCD no país (SALDANHA *et al.*, 2022).

Só então o conceito de normalidade foi desafiado pela compreensão de que deficiência não é apenas um conceito biomédico, mas a opressão pelo corpo com variações de funcionamento, que devem ser entendidos em termos políticos e não somente médicos. Dessa forma, entende-se que “a deficiência não é apenas o que o olhar médico descreve, mas principalmente a restrição à participação plena provocada pelas barreiras sociais” (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). No entanto cabe ressaltar que, no contexto atual de práticas institucionais, profissionais e políticas, persiste a coexistência dos diferentes modelos de compreensão da deficiência e que, por vezes, o modelo biomédico, em muitos espaços, ainda é hegemônico (SALDANHA *et al.*, 2022).

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA BRASILEIRO

Ao pensar na qualificação do cuidado das pessoas com deficiência (PCD), é importante considerar a garantia de direitos, superando práticas assistencialistas e capacitistas, como ocorreu ao longo da história (BRASIL, 2012a). A fim de superar a fragmentação das ações e serviços

de saúde e qualificar a gestão do cuidado, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser pensado e organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017). Dada a alta complexidade do SUS, as RAS foram, inicialmente, desenhadas em áreas prioritárias, criando-se as redes temáticas.

Dentre as redes temáticas, encontra-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), que tem por objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento às PCD no SUS, organizando a rede e garantindo atenção integral à saúde. A RCPCD organiza-se nos níveis da Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, sendo que esses pontos devem estar articulados, garantindo a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio (BRASIL, 2012a).

Por outro lado, desde 2012, a Resolução nº 452/2012 do Ministério da Saúde instituiu o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS), no SUS e na Saúde Suplementar, para nortear o cuidado das PCD (BRASIL, 2012b). A CIF constituiu um avanço ao superar o uso de uma linguagem exclusivamente biomédica para a classificação de impedimentos corporais e apontar para um consenso entre os modelos biomédico e social, gerando uma nova compreensão da deficiência a partir do modelo biopsicossocial da CIF. Dessa forma, é considerado um marco para a legitimação do modelo social no campo da saúde pública e dos direitos humanos, considerando aspectos biológicos que, em conjunto com fatores contextuais, podem ou não gerar a experiência social da deficiência. Aborda também o papel das atitudes da sociedade em relação à deficiência, destacando que os ambientes físico, social e atitudinal compõem os fatores ambientais, sendo que o ambiente atitudinal não se refere às atitudes das pessoas com deficiência, mas às atitudes daqueles que estão fora delas (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009; SALDANHA *et al.*, 2022; REBER *et al.*, 2022)

Já o Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, dispõe que o processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais,

atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2015). O Art. 18, no capítulo III do Estatuto, referente ao direito à Saúde, diz que “é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário” e que “Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada.”

Entretanto, são diversas as barreiras enfrentadas por essa população no acesso aos serviços de saúde, conforme descrito por Castro *et al.* (2021):

- Barreiras organizacionais relativas às ofertas de serviços: apesar dos avanços com a RCPCD, a insuficiência na oferta de serviços e de profissionais que atendam às necessidades das PCD ainda se constitui como uma barreira de acesso para essa população. A distância entre os domicílios e os serviços de saúde e a falta de transporte adaptado intensificam essas barreiras e dificultam a continuidade do tratamento.
- Barreiras organizacionais referentes aos processos de trabalho em saúde: práticas burocráticas, falta de informações sobre os serviços, fluxos terapêuticos não publicizados, descrença no sistema, insegurança dos profissionais no manejo clínico do paciente e ausência de qualificação para o cuidado das PCD.
- Barreiras socioeconômicas: a vulnerabilidade social configura-se como uma importante barreira ao acesso das PCD aos serviços de saúde e está diretamente relacionada a dificuldades financeiras, baixa escolaridade e maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Além disso, as PCD em quadros de maior dependência necessitam de um cuidador permanente e suas rendas são utilizadas para a sobrevivência familiar.
- Barreiras arquitetônicas e de comunicação: as barreiras arquitetônicas estão relacionadas ao acesso físico das PCD em diferentes espaços e as barreiras de comunicação com a acessibilidade nas diferentes linguagens compreendidas pelas PCD (como libras e braile).
- Barreiras relacionais: os aspectos relacionais estão fortemente

presentes no cotidiano dos serviços de saúde e podem influenciar o caminho do usuário e seu plano terapêutico. A abordagem é, sobretudo sobre a importância do vínculo entre os profissionais, família, usuário e comunidade, questão essencial para o cuidado. As relações interpessoais podem se tornar dificultadoras ou facilitadoras de acesso de acordo com quem os atende e as redes de apoio criadas pelos indivíduos.

- Barreiras referentes à formação profissional: Silveira *et al* (2022) sugerem que falta competência e capacitação aos profissionais de saúde para o atendimento às PCD. Há problemas na formação profissional e desenvolvimento do trabalho em saúde, sendo necessário construir movimentos no SUS de aprimoramento na qualificação dos trabalhadores e gestores de saúde para atuar com essa população (CASTRO *et al.*, 2021).

Faz-se necessário discutir amplamente o cuidado às PCD, pois percebe-se que, apesar dos avanços na legislação e da tentativa de incorporar o uso da CIF, a reabilitação ainda busca por um “corpo funcional”, que se aproxime do padrão de “normalidade”. Na busca pelo padrão da *corponormatividade* estabelecido na sociedade, os serviços de saúde e reabilitação acabam tornando-se barreiras ao cuidado integral das PCD. Para Castro *et al.* (2021, p. 19-20):

as perspectivas advindas da reabilitação cidadã precisam ser evidenciadas por meio de propostas para efetivação de políticas públicas destinadas às PCD, compreendendo que não são elas que precisam adaptar-se à sociedade e sim a sociedade que precisa adaptar-se às características das PCD.

ESTRATÉGIAS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Minimizar as barreiras de acesso enfrentadas pelas pessoas com deficiência (PCD) deve ser uma prioridade dos governos para garantir o

cuidado integral. Dessa forma, assegurar transporte para as PCD é fundamental, visto que a maioria depende dos transportes públicos adaptados ou de ambulâncias, que não conseguem atender a todas as demandas, embora esteja previsto na legislação brasileira que o transporte em saúde é uma responsabilidade de todas as esferas de governo (CASTRO *et al.*, 2021). Outra barreira de acesso para o atendimento integral é a demora no agendamento de consultas especializadas, o que prejudica a qualidade e resolutividade do atendimento prestado (CLEMENTE *et al.*, 2022).

As equipes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) ainda atuam de forma desarticulada, não conhecendo outros pontos de atenção, o que dificulta o cuidado integral aos usuários. Além disso, existe pouca interação entre profissionais de diferentes equipes, que dificilmente se reúnem, e, quando existe comunicação, ela acontece de forma muito incipiente, por meio das fichas de referência e contrarreferência (MACHADO *et al.*, 2018; CLEMENTE *et al.*, 2022). A fim de tentar superar essa fragmentação, os gestores devem fomentar a formação de grupos para estudo do território envolvendo diferentes atores, incluindo os usuários dos serviços e entendendo que, a partir disso, poderão oferecer ações de saúde mais fortes e adequadas às PCD (MACHADO *et al.*, 2018). É importante promover a inserção dos usuários nesse processo, pois, conforme foi exposto anteriormente, a falta de informações sobre os serviços também constitui barreira organizacional para as PCD e é importante estar presente em discussões para minimizar esse desconhecimento e melhorar o fluxo.

Silveira *et al.* (2022), ao discutir o acesso de PCD à Atenção Primária à Saúde (APS), destacam que a maior prevalência de doenças e a falta de hábitos saudáveis decorrem mais das barreiras atitudinais do que de condições específicas da saúde da PCD. Consideram que a desumanização dessa população delimita ao âmbito privado a responsabilidade pelos seus cuidados, o que gera uma carência sistemática de acesso a diagnósticos e tratamentos para condições de saúde variadas, impactando a qualidade do serviço prestado e agravando o quadro de morbimortalidade dessa população. Dessa forma, percebe-se que o acesso aos cuidados em saúde se dá sob uma perspectiva capacitista, que restringe a potência de vida dessas pessoas ao considerar que o cuidado à saúde das PCD está limitado à reabilitação dos corpos (SANTOS *et al.*, 2022).

Ainda com relação à Atenção Primária à Saúde (APS), uma das estratégias para garantir a integralidade do cuidado foi a criação, em 2008, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do apoio matricial feito por equipe especializada multidisciplinar (MATTOS; GUTIÉRREZ; CAMPOS, 2022). A introdução de profissionais capacitados para ofertar um cuidado integral às PCD no NASF poderia ser uma estratégia central na educação permanente das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e na qualificação da atenção à saúde a essas pessoas, seja redefinindo as bases conceituais do cuidado, seja expandindo as ações ofertadas. Contudo a estratégia NASF sofreu, a partir de janeiro de 2020, com mudanças nas prioridades do Ministério da Saúde e com redução no seu financiamento, movimento federal que impactou negativamente a expansão do NASF. Esse movimento foi parcialmente revertido com a instituição, a partir de 2023, de incentivo financeiro federal de implantação e custeio para o que passa a ser definido como equipes multiprofissionais na APS, ou eMulti. No entanto ainda não se dispõe de dados sobre a realidade dos cuidados colaborativos na APS com relação às pessoas com deficiência (BRASIL, 2023; MATTOS; GUTIÉRREZ; CAMPOS, 2022).

Profissionais dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) referem, em sua maioria, não usar ou não conhecer ferramentas de avaliação de funcionalidade, conforme detectado em estudo de Silva *et al.* (2022), apesar de reconhecerem a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a funcionalidade como temas importantes para sua prática, requerendo capacitação por parte dos profissionais. A avaliação de funcionalidade é reconhecida atualmente como de grande importância para o cuidado da PCD, sendo importante a incorporação da CIF nas práticas.

Quando analisamos a Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência, a desarticulação também aparece como questão a ser superada. Prevalece uma percepção de que as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) são serviços transitórios para os usuários, propiciando a desarticulação destes com os demais serviços da rede (ZANELLA; SOARES; FREITAS, 2022). É fundamental que esses profissionais percebam o quanto essa desarticulação compromete

o processo de reabilitação das pessoas e assumam o compromisso ético de exercer suas funções em sintonia com os demais pontos de atenção da rede, priorizando metas satisfatórias para seus clientes, familiares e a comunidade (MATTO; GUTIÉRREZ; CAMPOS, 2022).

Por outro lado, falta, à rede hospitalar, organização de processos e fluxos assistenciais, internos ao ambiente hospitalar e externos às Redes de Atenção à Saúde (RAS), mais adequados às PCD. Estudos mostram que não há singularidade no cuidado a essas pessoas, pouco se adequando o processo de trabalho das equipes à realidade específica de cada sujeito. Não há também, em geral, equipes multiprofissionais de referência adequadas à atenção e à reabilitação dessas pessoas no ambiente hospitalar, o que se expressa também na carência de fluxos e gestão da alta hospitalar integrada com a APS, com fins de produzir uma transição de cuidados mais adequada a essa população. Tudo isso está ancorado em uma visão majoritária da deficiência de matriz biomédica que permeia as instituições hospitalares e de urgência e emergência. Ou seja, os processos de regulação, acolhimento, classificação de risco, atenção à saúde e transição de cuidados, que são centrais para o adequado cuidado integral dessas pessoas em uma RAS efetiva, ainda são incipientes (MATTO; GUTIÉRREZ; CAMPOS, 2022; ZANELLA; SOARES; FREITAS, 2022)

Como estratégias possíveis aos serviços de saúde para superar os estigmas sociais enfrentados pelas PCD, a oferta de capacitação e/ou formação continuada podem produzir reflexões e subsidiar a desconstrução de concepções baseadas em uma matriz capacitista (TORRES; CRUZ; CABRAL, 2021). Dessa forma, é possível ampliar o debate sobre comunicação, ética e cidadania, a partir da perspectiva da inclusão social das PCD em todas as esferas da vida social, como previsto na legislação (CLEMENTE *et al.*, 2022). Quando profissionais da saúde não possuem capacitação, preparo ou sequer discutiram sobre a assistência a essa população, não há como garantir que os protocolos destinados às PCD sejam aplicados e que suas individualidades sejam respeitadas (ZANELLA; SOARES; FREITAS, 2022).

O ensino na área da saúde ainda reflete o modelo biomédico e o entendimento do homem como um ser social e a construção de um conceito ampliado de saúde ainda são negligenciados na formação de profissionais da saúde. A mudança para uma perspectiva biopsicossocial tem sido lenta,

mas esse é um caminho possível e necessário (ALMEIDA; FRANÇA; MELO, 2021). Refletindo sobre a formação desses profissionais, percebe-se que os conteúdos disponíveis ainda refletem a *corpornormatização* e limitam o entendimento das determinações sociais no processo saúde-doença das PCD. Revisar essa produção pode colaborar na entrega de conhecimento capaz de subsidiar a qualificação dos profissionais e dos serviços de forma inclusiva e colaborativa (SILVEIRA *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto, buscou-se discutir alguns aspectos que tangenciam as práticas de cuidado às pessoas com deficiência (PCD) e a organização da rede de atenção à saúde voltada a essas pessoas. A discussão feita parte da hipótese que os profissionais de saúde ainda norteiam suas práticas profissionais por uma matriz capacitista. Isso limita as possibilidades e a riqueza do cuidado a essas pessoas, reduzindo a qualidade da atenção à saúde e limitando a autonomia das pessoas.

Portanto, frisa-se a necessidade de superar tais práticas no âmbito do cuidado e da gestão em saúde, produzindo relações interpessoais e profissionais ancoradas numa compreensão da deficiência para além de sua natureza biológica, incluindo aspectos culturais, sociais, econômicos e intersubjetivos. Cabe pensarmos as deficiências como uma construção social complexa que se materializa na interação das PCD com as barreiras ambientais e atitudinais. Assim, seríamos mais capazes de analisarmos e transformarmos as relações sociais, econômicas e de poder nas quais visões capacitistas e discriminatórias são produzidas. Assim, é imperativo que os profissionais de saúde reconheçam e problematizem as concepções de deficiência que ancoram as práticas de cuidado nos serviços de saúde, contribuindo para dar visibilidade à diversidade das deficiências e às singularidades das experiências de vida das PCD.

Por outro lado, neste texto, sintetizou-se os problemas que as PCD encontram para utilizarem os serviços de saúde necessários. Pessoas com deficiência ainda vivenciam relações discriminatórias quando acessam serviços de saúde, sendo frequentemente atendidas por profissionais

pouco preparados para esse tipo de cuidado, que se comunicam de maneira problemática e não são sensíveis e empáticos às suas especificidades. Numa perspectiva estrutural, essas pessoas ainda encontram serviços cujas instalações são pouco acessíveis (por exemplo, falta de rampas, banheiros inadequados, salas com espaços insuficientes, ausência de sinalizações e informações adaptadas e baixa incorporação de tecnologias computacionais e de comunicação adaptadas), com equipes interprofissionais insuficientes e com baixa disponibilidade de tecnologias assistivas necessárias para a melhoria de sua qualidade de vida. Numa perspectiva organizacional, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) carecem de estrutura e processos para uma adequada atenção dessas pessoas em serviços de distintas naturezas e complexidades, havendo precária coordenação e transição do cuidado entre os níveis de atenção. Isso se agrava em um sistema subfinanciado e insuficiente para atender as necessidades de saúde da maior parte da população brasileira.

Portanto, o desafio não é pequeno em organizar um sistema de saúde mais adequado às PCD, o que requer (a) uma abordagem centrada nas suas necessidades; (b) o envolvimento ativo de todas as partes interessadas, incluindo famílias, organizações da sociedade civil e do poder judiciário voltadas à defesa dos direitos humanos, profissionais de saúde, gestores e classe política; e (c) permanente avaliação desse sistema, com produção de conhecimento contextualizado às necessidades dessas pessoas.

Sugere-se, por fim, que o desenvolvimento desse sistema trará benefícios a toda a população atendida pelo Sistema único de Saúde (SUS), e não apenas às PCD. Pois, construir uma rede articulada e integrada de serviços, que preste desde ações de educação e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) até serviços complexos com alto grau de incorporação tecnológica na média e alta complexidade, exigirá investimentos financeiros e de desenvolvimento de recursos humanos que certamente reverberará em todo o sistema. Portanto, essa é uma defesa de todos, seja do ponto de vista humano, seja do ponto de vista instrumental de melhoria dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. B.; FRANÇA, L. C.; MELO, A. K. S. Diversidade humana e interseccionalidade: problematização na formação de profissionais da saúde.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 25 abr. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Seção 1, Brasília (DF), 6 jun. 2012b.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 7 jul. 2015.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 29 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 23 maio 2023.

CASTRO, A. M. M. *et al.* Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. 1-25, 2021.

CLEMENTE, K. A. P. *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 2022.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 6, n. 11, p. 64-77, 2009.

LEITE, L. P.; CARDOSO, H. F.; OLIVEIRA, T. Escala intercultural de concepções de deficiência: construção e estudos psicométricos. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, p. 573, 2021.

MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 27, 2018.

MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503-3516, 2022.

MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016.

REBER, L. *et al.* Ableism and contours of the attitudinal environment as identified by adults with long-term physical disabilities: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 12, p. 7469, 2022.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, 2023.

SALDANHA, J. H. S. *et al.* O cuidado à saúde das pessoas com deficiência: conceitos, evolução histórica e perspectivas. In: RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Orgs.). **Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 14-33.

SANTOS, M. L. M. *et al.* Pessoas com deficiência corpos políticos e insurgentes, existências singulares. In: BERTUSSI, D. C. et al (Orgs.). **O Cer que precisa ser: os desafios de ser rede viva com o outro**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 13-16.

SILVA, L. A. S. *et al.* Centro Especializado em Reabilitação: o coração da rede de cuidados à pessoa com deficiência. In: RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Orgs.). **Redecin Brasil**: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 123-139.

SILVEIRA, L. C. *et al.* Lacunas sanitárias da APS para as pessoas com manifestações estigmatizadas da diversidade funcional (com deficiência): uma revisão participativa e integrativa. **SciELO Preprints**, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/5169/version/5475>. Acesso em: 27 jul. 2023.

TORRES, J. P.; CRUZ, L. P.; CABRAL, L. S. A. Concepções sobre deficiência importam? **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, p. e0200, 2021.

VIANNA, N. G., *et al.* Uma aproximação genealógica à rede de atenção à pessoa com deficiência a partir do plano viver sem limite. In: BERTUSSI, D. C. *et al.* (Orgs.). **O Cer que precisa ser**: os desafios de ser rede viva com o outro. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 17-31.

ZANELLA, A. K.; SOARES, L. S.; FREITAS, G. K. F. A rede de cuidados à pessoa com deficiência sob a perspectiva da atenção hospitalar, urgência e emergência. In: RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Orgs.). **Redecin Brasil**: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 154-165.

19

SUZANA ANTONIO
LUCIANA DE CASSIA NUNES NASCIMENTO
RAFAEL CLÁUDIO SIMÕES
PATRÍCIA DUARTE DEPS
CLÉO SOARES SOUZA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**IMPACTO DA
MIGRAÇÃO
FORÇADA NA SAÚDE
DE CRIANÇAS
REFUGIADAS:
UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

INTRODUÇÃO

Na última década, a migração infantil tem se tornado cada vez mais uma realidade global, resultando em uma das maiores preocupações da sociedade contemporânea. Esse movimento se dá cada vez mais pela motivação de refúgio dessas crianças devido a conflitos, desastres naturais, pobreza, violência, entre outros fatores, com a finalidade de buscar condições melhores de vida juntamente com suas famílias ou até mesmo desacompanhadas ou separadas dos pais ou responsáveis por elas (CANTINHO, 2018; DE ANDRADE; MONT'ALVERNE, 2022).

Dessa forma, é necessário compreender que, no decorrer desse processo, esses pequenos indivíduos podem enfrentar muitos desafios, como falta de acesso à educação, à saúde e a outros serviços, barreiras linguísticas, condições precárias de vida, falta de proteção contra violência, abusos e exploração, levando, muitas vezes, à separação de suas famílias e ficando, dessa forma, ainda mais vulneráveis a todo tipo de violência e outras violações de direitos humanos (CANTINHO, 2018).

Dependendo da motivação dessa migração, os indivíduos podem ser classificados como refugiados, recebendo proteção especial e se distinguindo dos migrantes comuns, uma vez que a permanência no país de origem é inviável devido aos riscos graves que podem enfrentar (OLIVEIRA; SILVA, 2017; DE ANDRADE; MONT'ALVERNE, 2022).

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) define um refugiado como uma pessoa que foi obrigada a deixar seu país de origem devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política, bem como aqueles que foram deslocados forçadamente por

conflitos armados, violência generalizada e graves violações dos direitos humanos (ACNUR, 2019).

Posto isso, destacam-se os dados do Relatório de Tendências Globais, divulgado pela ACNUR, os quais revelam que mais de 40% das pessoas deslocadas à força em todo o mundo sejam crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade, o que equivale a cerca de 43,3 milhões de indivíduos (o maior número registrado desde a Segunda Guerra Mundial). Esses números podem variar de acordo com as partes do mundo, estimando-se que quase 55% dessas crianças e jovens encontram-se refugiados na região subsaariana da África, 38% nos países europeus e apenas 26% nas Américas (UNHCR, 2023).

Um dado importante sobre essa população é o número de crianças que nasceram já na vida de refugiados, o qual, atualmente, é estimado em torno de mais de 1,9 milhão de nascimentos entre os anos de 2018 e 2021, com uma média de 385 mil crianças refugiadas por ano. Porém essas informações podem ser subestimadas devido à incompletude dos registros realizados pelos governos de muitos países a nível global (UNHCR, 2023).

No Brasil, segundo dados da OBMigra, fazendo uso das informações do relatório “Refúgio em Números – 2023”, foram realizadas 15.084 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado de crianças e jovens menores que 15 anos no ano de 2022, distribuídas entre várias nacionalidades, como Venezuela (12.444), Angola (884), Cuba (753), Colômbia (180), Peru (93), Afeganistão (78) dentre outros países (JUNGER; CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2022).

Nota-se que o contingente de crianças refugiadas no Brasil é inferior em relação a outros países da América Latina, no entanto o país tem encontrado desafios na oferta de proteção e assistência a essas crianças, incluindo acesso limitado à educação, à saúde e a outros serviços básicos. Alguns estudos realizados mais recentemente demonstram um despreparo do Estado brasileiro na acolhida e garantia dos direitos humanos a esse público (SENGER, 2021; PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011; SAKHO; DIOP; MBOUP; DIADIU, 2015).

Dessa forma, crianças e adolescentes, por serem particularmente mais vulneráveis, enfrentam desafios únicos quando são forçados a buscar refúgio. Ademais, é fundamental compreender que o contexto de vida das crianças refugiadas pode ser profundamente afetado, já que,

muitas vezes, elas são compelidas a abandonar suas casas, amigos e raízes culturais em busca de um lugar mais seguro. Assim, ao se depararem com uma nova realidade, podem experimentar a saudade de seu local de origem e enfrentar implicações significativas em seu desenvolvimento emocional e cognitivo, além de vivenciar desafios em encontrar um senso de pertencimento no país de destino (ASSUMPCÃO; COELHO, 2020; BEZERRA, 2016).

O acesso à educação, à saúde e a outros serviços essenciais é fundamental para garantir a proteção e o bem-estar das crianças refugiadas. No entanto, muitas vezes, essas crianças enfrentam obstáculos significativos para acessar esses serviços em alguns países, da mesma forma que as nativas enfrentam, porém com um grau de dificuldade um pouco maior devido às barreiras com as quais lidam no processo migratório (THOMÉ, 2019).

As leis que protegem as crianças migrantes e refugiadas no Brasil asseguram a disponibilidade de tais recursos, baseando-se no princípio da universalidade dos direitos humanos, garantindo o acesso a serviços públicos, independentemente da nacionalidade, e proibindo qualquer forma de discriminação (FERREIRA, 2019). Tal contexto fica claro na Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017), que traz, em seu Artigo 3º, que “o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social” (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi delinear, mediante evidências científicas disponíveis na literatura, o contexto de saúde das crianças refugiadas e solicitantes de refúgio considerando tanto o cenário nacional quanto o internacional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi conduzido por intermédio de uma revisão integrativa de literatura, caracterizada como uma abordagem metodológica que visa reunir, analisar e sintetizar, de forma ampla e sistemática, uma abrangente gama de estudos usando exigência de padrões de rigor, clareza e replicação, que são empregados também em estudos primários. Além disso,

compreende a divulgação de dados científicos produzidos por diversos autores e constitui-se como uma ampla abordagem metodológica alusiva às diferentes revisões de literatura (RAMALHO NETO *et al.*, 2016).

Com o objetivo de conduzir a presente pesquisa, foram adotadas fases distintas, seguindo os preceitos estabelecidos por Ganong (1987) como referência orientadora: elaboração das perguntas norteadoras; busca na literatura; coleta de dados; avaliação e análise crítica dos estudos selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Dessa forma, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual o contexto de saúde das crianças refugiadas e solicitantes de refúgio no Brasil e no restante do mundo?

Com o propósito de apresentar o panorama atual das pesquisas que abordam a temática em questão e de responder à pergunta central, foi realizada, durante os meses de agosto e setembro de 2022, uma busca em bases de dados nacionais e internacionais, incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Public Medical (PUBMED) e a Web of Science (WoS).

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento estruturado, confeccionado com base nas informações de Ursi (2005), contemplando os seguintes itens coletados das publicações selecionadas: identificação da publicação, identificação da instituição sede do estudo, objetivos, características metodológicas, resultados, conclusão e limitações/vieses do estudo.

Ainda, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DECS/MeSH): 1. Refugiados; 2. Crianças; 3. Migrantes; 4. Emigração e imigração e 5. Saúde. A busca foi realizada agrupando os descritores 1, 3 e 4 em pares com o descritor Crianças; o descritor Saúde em trio com o descritor Crianças e um dos outros descritores (1, 3 e 4); e o descritor Refugiados unitariamente.

Os critérios de inclusão para seleção foram: estudos que abordassem a temática relacionada ao contexto de saúde das crianças refugiadas no mundo e no Brasil; texto completo dos últimos dez anos (2012-2022); publicação em inglês, espanhol, francês ou português.

Foram excluídos conteúdos provenientes de páginas da *web*, artigos de revisão, documentos governamentais, anúncios publicitários,

comentários, editoriais, cartas ao editor, estudos de revisões e artigos que abordavam assuntos ou temas não relacionados ao objeto deste estudo.

A partir dos descritores indicados e considerados os critérios de inclusão, foram encontradas, inicialmente, 5.780 produções com texto na íntegra. Após a leitura e análise dos títulos e resumos, além da exclusão das duplicatas, foram selecionadas 360 produções, ao final, para análise. A partir disso, foi realizada uma avaliação crítica dessas publicações, selecionando, finalmente, 78 artigos, os quais foram lidos na íntegra e compuseram o quadro sinóptico para descrição e análise posterior.

Por se tratar de um estudo de caráter documental, no qual não há envolvimento de seres humanos, não houve necessidade de submeter este estudo para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, como preconiza Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa.

Após a conclusão de todo o percurso metodológico, foi realizada uma análise minuciosa do *corpus* composto pelos 78 artigos, o que permitiu a identificação e destaque dos temas mais frequentemente abordados: acesso à saúde; práticas alimentares e estado nutricional de crianças – incluindo variáveis antropométricas; fatores associados a comorbidades, como etiologia, aspectos sociodemográficos e clínicos; cuidados e questões relacionadas à saúde bucal; dados sobre imunização; experiências traumáticas e questões de saúde mental; e avaliação clínica e laboratorial em diferentes contextos.

DISCUSSÃO

No que se refere à saúde das crianças que buscam proteção e refúgio em outro país, é importante considerar que elas pertencem a um grupo particularmente vulnerável durante o processo migratório. De fato, existem múltiplos fatores que podem influenciar o estado de saúde desses pequenos indivíduos, incluindo o histórico de saúde prévio à migração, as condições enfrentadas durante a jornada e a situação de acolhimento no país de destino. Tais circunstâncias podem levar a problemas como desnutrição, doenças infecciosas e questões relacionadas à saúde mental,

especialmente quando essas crianças são expostas a situações de exploração, violência, conflitos armados, separação de familiares e experiências traumáticas (GMÜNDER *et al.*, 2020; ISSOP, 2018; WILLIAMS; CASSAR; SIGGERS; TAYLOR, 2016).

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta e estimula que ocorra uma adaptação dos sistemas de saúde locais dos países que recebem essa população, com a finalidade de atender às suas necessidades e problemas de saúde. Ainda, enfatiza a importância de incluir a saúde desses indivíduos em programas de saúde pública, destacando a necessidade de executar medidas para garantir o acesso à saúde a esses grupos (WHO, 2022; GMÜNDER *et al.*, 2020).

Uma das maiores preocupações em relação à saúde das crianças refugiadas notadas durante a análise dos estudos selecionados foi a desnutrição, pois essa população pode sofrer com a fome e a falta de acesso a alimentos nutritivos em muitas regiões de conflito e deslocamento forçado. Tal acometimento pode ocasionar consequências a longo prazo na saúde dessas crianças, como problemas no desenvolvimento físico, mental e cognitivo, além de debilidade no sistema imunológico, o que pode aumentar a vulnerabilidade a doenças infecciosas (UNHCR, 2022a; 2022b).

De igual modo, as doenças transmissíveis também se configuram como uma das principais causas de problemas de saúde entre as crianças refugiadas, sendo uma das principais causas de morte entre essa população, até mais do que a violência. Essa situação está relacionada à vulnerabilidade em que se encontram durante o processo migratório, ficando expostas a circunstâncias como sistemas de saúde enfraquecidos, más condições de água e saneamento, taxas de vacinação insuficientes, diagnósticos tardios ou não realizados, locais com superlotação, entre outros aspectos (ACNUR, 2023; LAM; DIAZ; MAINA; BRENNAN, 2016; STOLK; KAPLAN; SZWARC, 2017).

Cabe salientar que muitas dessas crianças em situação de refúgio adentram o país de destino já em uma ocasião de subimunização, devido a vários fatores vivenciados no país de origem, como escassez de recursos imunizantes, cobertura de imunização abaixo do preconizado ou até mesmo interrupções na imunização de rotina por causa do processo migratório em si, bem como nos países para onde migram. Assim, associado a essa conjuntura, esse grupo acaba correndo um maior risco de

adquirir doenças evitáveis por vacinação, incluindo sarampo, poliomielite, tuberculose, hepatite viral, difteria, em seu país de origem, durante o processo migratório ou já no país de destino (ACNUR, 2023; CHARANIA *et al.*, 2018; VASQUEZ-DE KARTZOW; CASTILLO-DURAN; LERA M., 2015).

Outro ponto importante destacado pelos estudos é que, mesmo após a sua chegada ao país que as acolherá, essas crianças podem encontrar obstáculos para receber as doses de vacinas necessárias, muitas vezes devido a diferenças socioculturais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, problemas financeiros, habilidades limitadas no idioma local e falta de informações em saúde (CHARANIA *et al.*, 2018; LAM; DIAZ; MAINA; BRENNAN, 2016).

Ainda, percebe-se, perante as informações abordadas por essas pesquisas, que essas crianças, muitas vezes, estão expostas a ocasiões que impactam sua saúde mental, o que tem se tornado, atualmente, uma prioridade na assistência a essa população, sendo, cada vez mais, implementadas políticas públicas adequadas para garantir o bem-estar delas (WILLIAMS CASSAR; SIGGERS; TAYLOR, 2016; BEZERRA; BORGES; PEREIRA CUNHA, 2019; BEZERRA, 2016).

Sobre isso, é importante ressaltar que a saúde mental dos refugiados tem sido cada vez mais amplamente estudada e documentada. No entanto, muitas vezes, não recebe a devida atenção e abordagem, especialmente no que diz respeito ao impacto das situações adversas do refúgio no bem-estar emocional das crianças, o que tem se tornado, atualmente, um problema de saúde pública global. Esse grupo é mais vulnerável aos efeitos traumáticos devido às suas experiências precoces e podem desenvolver transtornos psicológicos que afetam negativamente seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo (WILLIAMS; CASSAR; SIGGERS; TAYLOR, 2016; PACIONE; MEASHAM; ROUSSEAU, 2013; PIZZINATO; CASTELLÁ SARRIERA, 2009).

Além disso, a experiência de refúgio pode impactar profundamente a mente das crianças, alterando seus sentimentos, ideias e comportamentos de maneira abrupta. Muitas vezes, elas enfrentam situações traumáticas, como perdas, angústias e violência, que podem deixar marcas no corpo e na mente. Portanto, é crucial que a saúde mental seja considerada uma prioridade na assistência aos refugiados e que sejam implementadas

políticas públicas adequadas para garantir o bem-estar das crianças refugiadas (PIZZINATO; CASTELLÁ SARRIERA, 2009; BEZERRA; BORGES; PEREIRA CUNHA, 2019; BEZERRA, 2016).

É comum que esses fatores que levam a traumas estejam associados à experiência de migração e podem ocorrer em diversas fases do percurso migratório, com cada uma delas expondo as crianças refugiadas a riscos de eventos traumáticos de diferentes naturezas. Os fatores de risco são diversos e podem ocorrer antes da partida (fase pré-migração), durante a viagem ou após a chegada e a instalação no país receptor (fase pós-migração). Esses fatores podem incluir vivenciar situações traumáticas, tais como violência, abuso, perda de familiares e amigos, deslocamento forçado, condições precárias de vida em campos de refugiados e no percurso de migração, medo, desconfiança e solidão (PICCOLO, 2021; GALINA; SILVA; HAYDU; MARTIN., 2017; STOLK; KAPLAN; SZWARC, 2017).

Além de examinar os efeitos de eventos traumáticos específicos como os citados, diversos desses estudos apontaram a relação do estresse psicológico enfrentado por crianças refugiadas com fatores como adaptação a uma nova cultura, discriminação e racismo, diferenças linguísticas, falta de recursos financeiros, falta de documentação, separação dos familiares, falta de acesso a serviços básicos de saúde e educação e exclusão social. Por isso, é fundamental garantir que elas recebam atendimento adequado, incluindo serviços de saúde mental e apoio psicossocial, a fim de minimizar o impacto desses fatores em seu bem-estar emocional e promover um desenvolvimento saudável (GALINA; SILVA; HAYDU; MARTIN, 2017; MATIAS *et al.*, 2022).

As reações diante de um evento traumático podem se manifestar de diversas formas, sejam sinais físicos, como dor de estômago e cansaço; sinais mentais, como dificuldade de concentração e perda da noção do tempo; sinais emocionais, como ansiedade e tristeza; sinais comportamentais; como abuso de álcool, imprudência e sentimento de inutilidade; ou sinais interpessoais, como isolamento e conflito com os outros. Essas manifestações podem gerar consequências mais graves a longo prazo, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (OLIVEIRA *et al.*, 2023; BRITO; ARRIAGA; GOUVEIA, 2015).

Levando em conta esses aspectos, é fundamental destacar que, entre os problemas de saúde mental mais comuns enfrentados pelas crianças

refugiadas estão Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, ansiedade e distúrbios do sono, especialmente por aquelas provenientes de zonas de conflito armado, variando de acordo com idade, sexo, país de origem e assentamento. Além disso, as crianças refugiadas podem apresentar sintomas de isolamento social, comportamento agressivo ou destrutivo e dificuldades de aprendizagem, assim como níveis de queixas somáticas, como dores de cabeça, dores de estômago ou tonturas (WHO, 2018; BÜRGIN *et al.*, 2022; SAVE THE CHILDREN, 2017).

O TEPT é um importante distúrbio psicológico comumente observado em crianças refugiadas em todo o mundo e se caracteriza por ocorrer após a exposição a um ou mais eventos traumáticos ou estressores, que, frequentemente, podem envolver situações que colocam a vida em risco, acidentes graves, guerra, violência e perda de entes queridos, entre outros, seja vivenciando ou testemunhando essas situações. Além disso, se manifesta por meio da falta de concentração, perda de interesse em atividades sociais, insônia e irritabilidade, podendo impactar significativamente no desempenho diário da criança, comprometendo atividades cotidianas. Adicionalmente, é fundamental destacar que os sintomas de TEPT em crianças e adolescentes estão correlacionados com disfunções neuropsicológicas em uma variedade de tarefas cognitivas, bem como com desempenho escolar reduzido (SOARES; CAIXETA; AMÂNCIO, 2023; WILKER *et al.*, 2020; SOUZA; VIZZOTTO; GOMES, 2018).

Em um estudo transversal realizado por Murphy e colaboradores (2021) tendo como cenário um campo de refugiados na Grécia, foi avaliada a exposição ao trauma e a saúde mental de 118 crianças refugiadas entre 6 e 17 anos, mostrando, ao final, que 25,4% desses indivíduos apresentavam sintomas consistentes ao diagnóstico de TEPT. Ainda, Bronstein, Montgomery e Dobrowolski (2012) conduziram outro estudo no Reino Unido com crianças afegãs solicitantes de refúgio, constatando que um terço dos participantes apresentou indicadores de suscetibilidade ao TEPT. O TEPT está intimamente ligado aos eventos traumáticos pré-migratórios pelos quais as crianças passaram, bem como ao próprio processo migratório, *status* migratório e às condições de vida e assistência social.

De igual modo, Lorek e colaboradores (2009) organizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar a saúde mental e física de crianças refugiadas num centro de detenção britânico, na qual todos os participantes

afirmaram sintomas de depressão e ansiedade, assim como problemas no sono, queixas somáticas, falta de apetite, sintomas emocionais e dificuldades comportamentais.

Importante destacar que é comum que muitas crianças refugiadas e suas famílias não busquem os serviços convencionais de saúde mental devido a diversos fatores, incluindo estigma social, limitações financeiras, receio de faltar à escola, barreiras linguísticas e percepção de que a saúde mental e o desenvolvimento não são prioridades em relação a outras questões de saúde física (MACE; MULHERON; JONES; CHERIAN, 2014).

Dessa forma, é imprescindível que a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes refugiados requeira uma abordagem sensível e especializada, assim como uma compreensão das singularidades dessa população. Ainda, é crucial que tenham espaço para que sejam capazes de expressar livremente seus sentimentos e ideias e que suas opiniões sejam levadas em consideração durante todo o processo, evitando seu silenciamento e garantindo que seus relatos sejam considerados verídicos. Para isso, é fundamental o uso de uma linguagem adequada de acordo com a idade, gênero, identidade cultural e sexual da criança, garantindo sua segurança, igualdade e proteção (TRAUB, 2018; OIM, 2021).

Por fim, para alcançar resultados positivos e promover a plena integração e reconstrução de suas vidas, é necessário entender como os traumas da migração afetam a saúde das crianças e dos adolescentes de forma diferente e fornecer intervenções adequadas e eficazes (OIM, 2021).

Tendo em vista tais contextos, é fundamental destacar a necessidade de garantir o direito de acesso à saúde dessas crianças para que possam receber todo apoio e cuidados necessários por meio de serviços humanizados e de qualidade. Dessa forma, é imprescindível que, no Brasil, os serviços de saúde, principalmente o Sistema Único de Saúde (SUS), estejam preparados para atender às necessidades desses pequenos refugiados com estruturas e profissionais devidamente capacitados e treinados para acolhê-los (SALES, 2022).

Todas as pessoas em território brasileiro, sem considerar sua situação atual, nacionalidade e cultura, têm direito a receber acolhimento, acesso e atendimento de qualidade ao entrar no país, independentemente do serviço público de saúde que forem utilizar. Isso está garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece que “os brasileiros e os

estrangeiros residentes no Brasil terão tratamento igualitário, e lhes serão assegurados todos os direitos que a própria Constituição proclama” (SALES, 2022; TANNURI, 2010; BRASIL, 1988). Ademais, a Cartilha para Refugiados no Brasil, publicada em 2014, reforça a garantia que os migrantes e refugiados em território brasileiro têm o direito de acessar o Sistema Único de Saúde (SUS):

Todos os cidadãos, incluindo solicitantes de refúgio e refugiados, têm o direito de serem atendidos em qualquer unidade pública de saúde. Para isso, é necessário apresentar o CPF e o protocolo provisório ou RNE em qualquer hospital, clínica ou posto de saúde e solicitar o Cartão SUS (ACNUR, 2014, p. 23).

Além da saúde, existem outros serviços essenciais que são críticos para garantir a proteção e bem-estar das crianças refugiadas, tais como educação, moradia, acesso ao saneamento básico e água potável, atividades de lazer, entre outros. Quando esses serviços não estão disponíveis, as crianças refugiadas se tornam mais vulneráveis a uma série de desafios. Portanto, é fundamental que os governos e organizações internacionais trabalhem juntos para fornecer acesso a esses serviços e garantir que essas crianças e suas famílias vivam em condições seguras e saudáveis.

CONCLUSÃO

Durante a análise dos estudos revisados, ficou evidente que, ao longo do processo migratório, esses pequenos indivíduos podem enfrentar diversos desafios em seu contexto de saúde, como dificuldade de acesso aos serviços de saúde; práticas alimentares inadequadas e estado nutricional desfavorável; comorbidades diversas; cuidados e questões relacionadas à saúde bucal precários; imunização deficiente; e experiências traumáticas e saúde mental comprometida.

Portanto, acredita-se que este estudo possa proporcionar uma compreensão mais aprofundada do contexto de saúde das crianças refugiadas. Assim, é possível expor a experiência vivida por esses pequenos

e suas famílias, estimulando uma reflexão sobre essa realidade e a busca por estratégias que atendam às necessidades dessa população em seu novo ambiente e estilo de vida. Essas informações têm potencial para contribuir na formulação de políticas públicas mais eficazes, programas de acolhimento mais adequados e cuidados apropriados para essa população, além de estimular novas pesquisas nessa área.

Por fim, pretende-se, por meio deste estudo, promover maior conscientização acerca da situação das crianças refugiadas, sensibilizando a sociedade e os gestores públicos para a importância de políticas públicas voltadas para essa população, sobretudo relacionadas ao contexto de saúde. Com esse propósito, busca-se contribuir para a promoção da equidade e a melhoria da qualidade de vida dessas crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ACNUR - ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Cartilha para refugiados no Brasil**. Brasília - DF, 2014. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-para-Refugiados-no-Brasil_ACNUR-2014.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

ACNUR - ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo**. São Paulo - SP, 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/02/CARTILHA-ACNUR2019.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ACNUR - ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. Educação. **Portal ACNUR**, Brasília – DF, 2023. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/temas-especificos/educacao/>. Acesso em 10 fev. 2023.

ASSUMPÇÃO, Adriana Maria; COELHO, João Paulo Rossini Teixeira. Crianças migrantes e o direito à educação: leituras e conversas com equatorianos na atuação voluntária do grupo DIASPOTICS. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana [online]**, Brasília – DF, v. 28, n. 60, p. 167-185, dez. 2020.

BEZERRA, Cecília Braga. **Distantes do berço**: impactos psicológicos da imigração na infância. 2016. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 2016.

BEZERRA, Cecília Braga; BORGES, Lucienne Martins; PEREIRA CUNHA, Maiara. Filhos das fronteiras: revisão de literatura sobre imigração involuntária, infância e saúde mental. **CES Psicol**, Medellín, v. 12, n. 2, p. 26-40, ago. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19474.htm. Acesso em: 26 out. 2022.

BRITO, Bruno; ARRIAGA, Miguel; GOUVEIA, Susana. **Manual Apoio Psicossocial a Migrantes**. Lisboa: APAV; DGS; Cruz Vermelha, 2015. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14338/1/Manual_Apoio_Psicossocial_a_Migrantes.pdf. Acesso em: 05 abr. 2023.

BRONSTEIN, I.; MONTGOMERY, P.; DOBROWOLSKI, S. PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. **J Trauma Stress**, v. 25, n. 5, p. 551-57, 2012. Disponível em: <http://dx.doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1002/jts.21740>. Acesso em: 5 abr. 2023.

BÜRGIN, D.; ANAGNOSTOPOULOS, D.; BOARD AND POLICY DIVISION OF ESCAP; VITIELLO, B.; SUKALE, T.; SCHMID, M.; FEGERT, J. M. Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. **European child & adolescent psychiatry**, v. 31, n. 6, p. 845-53, jun. 2022.

CANTINHO, Isabel. Crianças-Migrantes no Brasil: vozes silenciadas e sujeitos desprotegidos. **O Social em Questão** [online], Rio de Janeiro – RJ, v. 21, n 41, p. 155-176, maio-ago. 2018.

CHARANIA, N. A.; PAYNTER, J.; LEE, A. C.; WATSON, D. G.; TURNER, N. M.. Exploring immunisation inequities among migrant and refugee children in New Zealand. **Hum Vaccin Immunother**, v. 14, n.12, p. 3026–3033, 2018.

DE ANDRADE, A. M.; MONT'ALVERNE, T. C, F. Crianças refugiadas na Corte Europeia de Direitos Humanos. **Tensões Mundiais**, [S. l.], v. 18, n. 36, p. 183-206, 2022.

FERREIRA, Cecília Braga. **O acesso à educação de crianças refugiadas: uma análise das políticas migratórias e seus obstáculos no Brasil**. 2019. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

GALINA, Vivian Fadlo; SILVA, Tatiane Barbosa Bispo Da; HAYDU, Marcelo; MARTIN, Denise. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 21, n. 61, abr.-jun. 2017, pp. 297-308.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v.10, n.1, p.1-11, fev. 1987.

GMÜNDER, M. *et al.* Reasons for admission in asylum-seeking and non-asylum-seeking patients in a paediatric tertiary care centre. **Swiss Med Wkly**. v. 150, n. 2122, 2020.

ISSOP Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. **Child Care Health Dev.**, v. 44, n.1, p. 161-170, jan. 2018.

JUNGER, Gustavo; CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Tadeu de; SILVA, Bianca G. **Refúgio em Números**. 7. ed. Brasília, DF: OBMigra, 2022. Série Migrações. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>. Acesso em: 27 nov. 2022.

LAM, E.; DIAZ, M.; MAINA, A.G.; BRENNAN, M. Displaced populations due to humanitarian emergencies and its impact on global eradication and elimination of vaccine-preventable diseases. **Confl Health**, v. 10, n. 27, 2016.

LOREK, A.; EHNTHOLT, K.; NESBITT, A.; WEY, E.; GITHINJI, C.; ROSSOR, E.; WICKRAMASINGHE, R. The mental and physical health difficulties of children held within a British immigration detention center: a pilot study. **Child Abuse Negl.**, v. 33, n. 9, p. 573-85, out. 2009.

MACE, A.O.; MULHERON, S.; JONES, C.; CHERIAN, S. Educational, developmental and psychological outcomes of resettled refugee children in Western Australia: a review of School of Special Educational Needs: Medical and Mental Health input. **J Paediatr Child Health**, v. 50, n. 12, p. 985-92, jun. 2014.

MATIAS, I. de S.; LIMA, W. P. de; FERREIRA, M. L.; SILVA, V. J. A.; SAMPAIO, D. B.; RIBEIRO, P. J. T. A. A saúde mental de crianças e adolescentes refugiados e suas consequências na gênese da síndrome da resignação. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 2, 2022.

MURPHY, H. A.; MEYER, S.; ALBERDI-PRESTON, S.; SHEPPARD, C.; HAROZ, E. E. Mental health and trauma exposure among refugee children in Greece: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, n.1, p. 1-13, 2021.

OIM - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Assistência em saúde mental e atenção psicossocial à população migrante e refugiada no Brasil**: a rede de apoio da sociedade civil. Brasília-DF: OIM, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-justica-e-seguranca-publica-lanca-mapeamento-sobre-assistencia-em-saude-mental-de-migrantes-e-refugiados-no-brasil/aesm_final_online.pdf. Acesso em: 05 abr. 2023.

OLIVEIRA, G. M.; SILVA, J. I. Quando barreiras linguísticas geram violação de direitos humanos: que políticas linguísticas o Estado brasileiro tem adotado para garantir o acesso dos imigrantes a serviços públicos básicos? **Gragoatá**, v. 22, n. 42, p. 131-153, 13 jul. 2017.

OLIVEIRA, P. da C. M.; MELO, M. I. M.; PIRES, R. M. F.; SILVA, A. O. V. da; PINTO, C. M. C. B.; SEQUEIRA, C. A. da C. Emojis: concepção de um projeto simulado de intervenção de saúde mental em crianças ucranianas refugiadas. In: NETO, B. R. da S. (Org.). **A medicina voltada à promoção da saúde e do bem-estar**. Ponta Grossa-PR: Atena, 2023, p. 42-57. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/a-medicina-voltada-a-promocao-da-saude-e-do-bem-estar>. Acesso em: 01 abr. 2023.

PACIONE, L.; MEASHAM, T.; ROUSSEAU, C. Refugee children: mental health and effective interventions. **Curr Psychiatry Rep.** v. 15, n. 2, fev. 2013.

PICCOLO, Giuseppe Lo. Violência social e migração: o surgimento de traços traumáticos em um grupo photolangage. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 1-9, ago. 2021.

PIZZINATO, Adolfo, CASTELLÁ SARRIERA; Jorge. Inmigración y escuela: un análisis sociométrico de la competencia social infantil percibida. **Pensamiento Psicológico** [online], v. 5, n. 12, p. 105-115, 2009.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, MicoL. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica**, v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011.

RAMALHO NETO, José Melquiades *et al.* Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 174-181, fev. 2016.

SAKHO, P.; DIOP, R.; MBOUP, B.; DIADIOU, D. A emigração internacional senegalesa: das casas no campo às cidades litorâneas. In: HEREDIA, V. B. M. (Org.). **Migrações internacionais: o caso dos senegaleses no sul do Brasil**. Caxias do Sul: Quatrilho Editorial, 2015. p. 23-50.

SALES, Gabriel de Souza. Migração, saúde e assistência social: o atendimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde no Brasil aos refugiados. **Revista Latino-Americana de Estudos Científicos (RELAEC)**, v. 3, n.15, p.1-20, mai-jun. 2022.

SAVE THE CHILDREN. **Heridas Invisibles**: El impacto de seis años de guerra sobre la salud mental de los niños y las niñas sírios. Madrid: Save the Children España, 2017. Disponível em: <https://www.infocop.es/pdf/HeridasinvisiblesStC.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SENGER, Joana Emilia. Refugiados e migrantes: interfaces entre integração social e políticas públicas. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 1-31, abr. 2021.

SOARES, Milleny; CAIXETA, Cátia Aparecida Silveira; AMÂNCIO, Natália DE Fátima Gonçalves. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em crianças e adolescentes: impactos e tratamentos. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2023.

SOUZA, Célia Mendes de; VIZZOTTO, Marília Martins; GOMES, Miria Benincasa. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 222-233, ago. 2018.

STOLK, Y.; KAPLAN, I.; SZWARC, J. Review of the strengths and difficulties questionnaire translated into languages spoken by children and adolescents of refugee background. **Int J Methods Psychiatr Res.** v. 26, n. 4, dez. 2017.

TANNURI, Maria Regina Petrus. **Refugiados congolezes no Rio de Janeiro e Dinâmicas de “integração local”**: das ações institucionais e políticas públicas aos recursos relacionais das redes sociais. 2010. 790 f. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2010. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/42/teses/758240.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

THOMÉ, Roberta Gomes. **Crianças e adolescentes refugiadas e solicitantes de refúgio no município do Rio de Janeiro**: desafios e perspectivas para a proteção social. 2019. 224 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ, 2019.

TRAUB, I. Reflexões iniciais sobre a situação das crianças refugiadas desacompanhadas ou separadas no Brasil. **Novo Jurista**, 2018. Disponível em: <https://novojurista.com/2018/07/22/reflexoes-iniciais-sobre-a-situacao-das-criancas-refugiadas-desacompanhadas-ou-separadas-no-brasil/>. Acesso em: 30 mar. 2023.

UNHCR - THE UN REFUGEE AGENCY. Global Trends Forced Displacement in 2021. **UNHCR**, Copenhagen, 2022a. Disponível em: <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>. Acesso em: 27 nov. 2022.

UNHCR - THE UN REFUGEE AGENCY (UNHCR). **2021 Annual Public Health Global review**. Public Health, Sexual and Reproductive Health, Mental Health and Nutrition. Copenhagen: UNHCR, 2022b. Disponível em: <https://www.unhcr.org/media/40241>. Acesso em: 27 nov. 2022.

UNHCR - THE UN REFUGEE AGENCY (UNHCR). **Global Trends Forced Displacement in 2022**. Copenhagen: UNHCR, 2023. Disponível em: <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2023-06/global-trends-report-2022.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2023.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa de literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VASQUEZ-DE KARTZOW, Rodrigo; CASTILLO-DURAN, Carlos; LERA M., Lydia. Migraciones en países de América Latina: Características de la población pediátrica. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 86, n. 5, p. 325-330, oct. 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants**. Copenhagen, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342277/9789289053747-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on the health of refugees and migrants**. Geneva, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054486>. Acesso em: 12 jan. 2023.

WILKER, S.; CATANI, C.; WITTMANN, J.; PREUSSE, M.; SCHMIDT, T.; MAY, T.; ERTL, V.; DOERING, B.; ROSNER, R.; ZINDLER, A.; NEUNER, F.. The efficacy of Narrative Exposure Therapy for Children (KIDNET) as a treatment for traumatized young refugees versus treatment as usual: study protocol for a multi-center randomized controlled trial (YOURTREAT). **Trials**, v. 21, n.1, fev. 2020.

WILLIAMS, B.; CASSAR, C.; SIGGERS, G.; TAYLOR, S. Medical and social issues of child refugees in Europe. **Arch Dis Child**, v. 101, n. 9, p. 839–42, 2016.

20

LUIZANE GUEDES MATEUS

**SOBRE CAMINHOS
DE CUIDADO:
PSICOLOGIA, SAÚDE
MENTAL E VIOLÊNCIA
EM TEMPOS DE ÓDIO**

CENA I – SOBRE UM DIA QUE DEVERIA SER “NORMAL”

25 de novembro de 2022 – um dia normal na Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Primo Bitti, no município de Aracruz, no estado do Espírito Santo. Alunos em sala de aula, alguns professores em planejamento na sala em comum, onde alguns outros tomavam café. Os tiros começaram por volta de 9h30 da manhã. Foi nesse exato horário em que o relógio parou, a vida pausou no tempo e no espaço para Maria da Penha, Cybelle, Selena e Flávia.

Com roupas camufladas exibindo um símbolo nazista e uma *skull mask* – máscara de fundo preto com um desenho de uma caveira utilizada por grupos extremistas –, e levando duas armas, um adolescente de 16 anos, ex-aluno da escola, arrombou um dos cadeados da instituição de ensino e realizou disparos contra 11 pessoas. Em seguida, retornou ao carro, de propriedade do pai, e se dirigiu ao Centro Educacional Praia de Coqueiral, onde acessou o espaço por volta de 9h49 pelo portão da frente, que não estava trancado. Disparou contra outras três pessoas.

Um minuto depois, o atirador, filho de um oficial da Polícia Militar do Espírito Santo, voltou ao carro e dirigiu até sua residência, onde guardou cuidadosamente as roupas usadas nos ataques e também as armas, pertencentes ao pai – um revólver calibre .38 e uma pistola .40. Aguardou que os pais retornassem de suas atividades matinais, almoçou tranquilamente com os dois e, em seguida, foi para a casa de praia da família. Só então relatou que era o autor dos disparos nas duas escolas da cidade. Foi apreendido no início da tarde, depois de negociações realizadas pelos genitores junto as forças policiais.

Imediatamente após os ataques, uma série de informações foram emergindo – vingança, *bullying*, maus tratos, brigas no ambiente escolar, acesso a livros relacionados ao nazismo, entre outras “justificativas”. Mas como fazer o relógio voltar a girar depois de 25 de novembro de 2022 para as famílias enlutadas de Maria da Penha, Cybelle, Selena e Flávia?! Como reconstruir o ambiente escolar para estudantes, famílias e equipes da própria escola?! Como reconstruir um olhar de cuidado com o campo da educação para a cidade de Coqueiral de Aracruz?!

CENA II – TEMPOS E ESPAÇOS DE ÓDIOS PADRONIZADOS

Essa escrita busca colocar em análise o contexto histórico e social da emergência de crimes de ódio no Brasil, assim como pensar caminhos de cuidado em saúde mental a partir da psicologia. Uma das reflexões propostas se coloca em como produzir outros lugares de existência e resistência quando pensamos o trabalho e a formação em psicologia em relação à violência, que ganha corpo nos crimes de ódio que se multiplicam nos dias atuais, especialmente no campo escolar.

Essa escrita para no tempo e no espaço da morte de Maria da Penha, Cybelle, Selena e Flávia em Aracruz/ES. No tempo e no espaço da morte de Ana Carolina, Bianca, Larissa, Karine, Mariana e todas as vítimas da Escola Municipal Tasso da Silveira, no bairro Realengo, município do Rio de Janeiro/RJ. Para no tempo e no espaço de morte de Marilena e Eliana, mortas com outras cinco pessoas na Escola Estadual Raul Brasil, na cidade de Suzano/SP. Para no tempo e espaço de morte de Elisabete Tenreiro, morta na Escola Estadual Thomazia Montoro, na Vila Sônia, zona oeste de São Paulo/SP.

O que esses ataques e mortes têm em comum e como falam de um contexto histórico e social da emergência de crimes de ódio no Brasil? Em recente pesquisa realizada pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), foram contabilizados 22 registros de ataques em escolas no Brasil nos últimos 20 anos. Observando o intervalo entre os anos de 2002 e 2023, de acordo com dados publicados no *Blog Andréia*

Sadi, foram registradas as mortes de 24 estudantes, 5 professores, 2 profissionais de educação e 5 atiradores, que cometeram suicídio após o ataque (LEITE, 2023).

Quando observamos os crimes realizados nos últimos dez anos, é possível estabelecer alguns padrões que nos servem como pistas para análises acerca do contexto em que acontecem, assim como os desafios que se colocam não só para o ambiente escolar, mas para o modelo de sociedade vigente, na qual saúde mental, redes sociais, juventudes, grupos extremistas, racismo e *bullying* se colocam como desafios eminentes.

Dentre os padrões que se apresentam, alguns precisam aqui ser elencados para melhor entendermos o contexto em que acontecem. Não para instituímos o lugar do medo e da vigília, mas para pensarmos caminhos de cuidado e prevenção. Rechaçamos modelos de funcionamento que instituem uma “competente produção do medo: todos desconfiam de todos, todos temem todos, todos querem se proteger de algo, todos querem segurança” (COIMBRA, 2010, p. 7).

Dentro desse viés, podemos dizer que são, em sua maioria, ataques realizados no ambiente escolar, por alunos ou ex-alunos desses espaços. Os atiradores seguem também um padrão bem definido: homens, jovens que alegam, quando apreendidos, processos de rejeição, *bullying*, frustração e alienação social no ambiente escolar, assim como no âmbito familiar e das relações sociais.

A esse padrão podemos acrescentar um outro fator preponderante: a dificuldade de inserção social vai produzindo o que podemos chamar de uma crise de masculinidade. Os atiradores constroem uma narrativa, em seus depoimentos, alegando serem preteridos e subjugados pelo sexo feminino, se autodenominando como celibatários involuntários. Esse padrão possivelmente se reflete no número significativo de mortes entre pessoas do sexo feminino nesses ataques. Em breve levantamento dos ataques de 2010 a 2023 (Realengo/RJ, Suzano/SP, Saudades/SC, Sobral/CE, Barreiras/BA, Aracruz/ES e Vila Sônia/SP), das 31 vítimas, 22 eram do sexo feminino.

Outra questão que emerge a partir da análise dos ataques, e talvez uma das mais significativas para nossa escrita, diz respeito à aproximação desses atiradores com fóruns anônimos da *web* que agregam grupos racistas, nazistas, masculinistas e misóginos, todos alinhados à extrema

direita. Embora a alegação inicial para os ataques acabe girando em torno do *bullying* nos espaços escolares e do isolamento social perpetrado por colegas de turma, temos como pano de fundo, de praticamente todas as situações de violência, conteúdos de ódio legitimados nas redes sociais, temática que abordaremos adiante.

A VOZ VIOLENTA DAS REDES – TEMPOS E ESPAÇOS DE ÓDIOS VIRTUAIS/REAIS

Em 13 de março de 2019, um ataque na Escola Estadual Professor Raul Brasil, na cidade de Suzano/SP deixou 10 mortos e 17 feridos. O chamado “Massacre de Suzano” foi articulado, organizado e vastamente divulgado em um fórum anônimo conhecido como *Dogolachan*, ou simplesmente *Chan*, criado por M.V.S.M., condenado a 41 anos, 6 meses e 20 dias de prisão por racismo, associação criminosa, incitação ao cometimento de crimes, divulgação e disponibilização de imagens de pornografia infantil e terrorismo cometido na internet, entre outros crimes. Posteriormente, essa condenação foi reduzida para 11 anos em regime fechado de detenção, mas M. pode ser considerado um dos principais articuladores e incentivadores de crimes como homicídios, feminicídios e terrorismo no Brasil. Os mais desastrosos podem se perguntar como essas articulações são gestadas e se disseminam virtualmente, de tal modo que são talvez a ponta de um iceberg extremamente complexo no Brasil – os crimes de ódio.

Os grupos e fóruns anônimos não são algo novo na história da internet. Nasceram em meados dos anos 2000, no Japão, e ganharam o Brasil pouco depois, em meados de 2003, quando o fórum *4chan* foi criado. Nesses espaços virtuais, não existe a obrigatoriedade de um cadastro, assim como de fornecimento e armazenamento de dados, o que possibilita que os usuários sejam anônimos.

Esse anonimato, que antes era utilizado para discussão de jogos online, animes, *fanfics* etc., acaba tendo sua função capturada quando os fóruns começam a ser usados com conteúdo e atividades ilegais, como

aqueles que promovem o ódio e o extremismo através do nazismo, do fascismo, entre outros.

Antes encontrados apenas na *deep web* e na *dark web* – páginas não encontradas através de mecanismos de busca –, esses grupos emergiram com o passar dos anos para a camada mais acessível – a *surface web* –, a qual toda e qualquer pessoa pode ter acesso. Isso possibilitou que adeptos dessas atividades proibidas ganhassem espaço em redes como o Twitter, na qual o atirador de Vila Sônia/SP publicou grande parte do seu planejamento.

Importa dizer que os crimes de Realengo (2011), Suzano (2019), Aracruz (2022) e o mais recente, de Vila Sônia (2023), foram relatados minuciosamente e antecipadamente por seus autores no *4chan*, acessível na *deep web*, sendo o último também descrito no Twitter, o que nos aponta uma outra similaridade entre todos os atentados: a espetacularização desses atos por meio de postagens com armamentos e ornamentações camufladas ostentando símbolos supremacistas, assim como fotos que antecedem o momento dos ataques violentos.

A partir de pesquisas realizadas nesses fóruns, especialmente no que foi criado por M. V. S. M., assim como nas próprias redes sociais dos atiradores, é possível afirmar que o objetivo desses grupos não é e nunca foi uma suposta vingança por situações de *bullying* sofridas no espaço escolar. São grupos organizados a partir de metas e desafios que, quando superados, dão pontos aos executores – mais mortos, mais pontos. São adolescentes e jovens, em sua maioria com menos de 18 anos, que têm alimentados ódio e ressentimento e veem esses crimes de ódio como única forma de ocupar um lugar de existência, um momento de triunfo, coroado nas mídias e redes sociais.

SOBRE CAMINHOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL – NO DESERTO AINDA VENTA

Os escritos e análises sobre esses ataques, mortes que ocupam de forma cada vez mais frequente os noticiários e o imaginário social,

buscam, mesmo que de forma breve, não só possibilitar um espaço para entendermos essa violência, mas também para compreender o papel da psicologia frente às demandas contemporâneas que emergem a partir dessas situações extremas.

Importa pensar como trabalhar a questão da saúde mental de adolescentes cada vez mais conectados a grupos online – nos quais uma radicalização extremista encontra terreno fértil, e que o terrorismo doméstico é glorificado e exaltado. Como estabelecer controle sobre os avanços tecnológicos, que colocam esses jovens em contato com espaços nocivos, que os aproximam de fóruns e grupos que os fazem se sentir parte de algo, achando lugar de existência e de respostas aos seus anseios e inseguranças, que deveriam somente fazer parte de uma fase da juventude, e que acabam por se tornar divisores de vida e morte para espaços como a comunidade escolar.

Discutir a violência que se colocou na vida desses adolescentes e jovens, nos espaços escolares e nas vidas das famílias enlutadas que perderam entes queridos nesses ataques nos coloca também uma outra aresta: o gatilho da arma utilizada nunca é disparado sozinho por esse adolescente ou jovem. O acesso facilitado às armas e a banalização dos discursos de ódio contra grupos específicos – negros, mulheres, pessoas LGBTQIA+ –, entre outros, são componentes determinantes para que essas mortes aconteçam. O próprio uso da internet para acesso a grupos e células que disseminam ódio e ideias pautadas no racismo, no sexismo, na xenofobia e na homofobia, ideias de uma extrema direita, parece se consolidar e se naturalizar cada vez mais no país.

Outro caminho que entendemos ser necessário é a escuta dos grupos que fazem parte do contexto escolar. Essa escuta precisa ser construída desviando-nos da armadilha da revitimização, uma vez que a angústia de repetir inúmeras vezes tais vivências de dor e de sofrimento é uma possibilidade perigosa. Nesse sentido, apostamos na aproximação cotidiana dos espaços escolares, não somente quando tragédias são consumadas.

Apostamos, dessa maneira, em um caminho que vislumbramos ser possível, o de confiança e construção de vínculos, procurando não os transformar em mais uma encruzilhada, tampouco usar o lugar de vítima como palco para a busca por vingança ou endurecimento dos processos penais que já assolam tanto a população.

Interessa-nos pensar que interesses estão sendo contemplados com esse “elogio” da vítima. De que forma a vitimização generalizada, acompanhada da supremacia dos afetos de compaixão e do crescimento das demandas de reparação dirigidas à justiça, tem servido para endurecer cada vez mais o direito penal? Que categorias profissionais, que instituições, vêm sendo favorecidas graças à mobilização emocional produzida por meio do sofrimento das vítimas? Por que as interpretações dos acontecimentos sociais têm privilegiado a exaltação da vítima, mais do que outros aspectos colocados em jogo? Será mesmo benéfica para as próprias vítimas a exaltação de sua vitimização, de sua fraqueza, e não, ao contrário, a possibilidade de sua potência? (REIS, 2013, p. 37).

Encontra-se entre as atribuições da psicologia não apenas promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, mas também contribuir para a eliminação de todas as formas de discriminação, violência, crueldade, negligência e opressão, zelando, ainda, pela garantia de dignidade para todas as pessoas. Dentro desse contexto, é preciso encontrar estratégias para construir esse espaço de cuidado em meio ao luto.

Assim, como pensar e constituir a atuação do psicólogo em meio a esses processos de dor e violência? Apostamos em um caminho de diálogo junto à comunidade escolar. Caminho que se faz trazendo espaços de escuta para todos os corpos que circulam na escola – alunos, professores, corpo técnico, auxiliares de limpeza, cozinheiras, vigilantes e todos que habitam os quatro cantos escolares. Busca-se, assim, trazer à tona suas narrativas dos momentos vividos de alegria, mas também de dor e sofrimento. É a partir dessas vivências que a psicologia poderá fortalecer não só a vida, mas também contribuir na produção de estratégias de resistência à morte violenta. Acreditamos que, a partir desses testemunhos de violência, é possível pensar numa ferramenta clínico-política no campo da formação em psicologia, pautada na construção de uma memória antes coletiva que individual (MOURÃO, 2009; RAUTER; PASSOS; BARROS, 2002, p. 143).

Importante pensarmos ainda outra questão: a discussão acerca da ferramenta da interseccionalidade não mais como uma necessidade, mas como uma urgência. A violência tem se colocado como uma constante e emerge, não à toa, com características bem específicas, reforçando e

mantendo determinados corpos como alvo e outros no papel de atiradores – corpos que têm gênero, raça e classe bem determinados.

Segundo Akotirene (2019, p. 48), a interseccionalidade é sobre a identidade da qual participa o racismo interceptado por outras estruturas. Nesse sentido, a análise da autora constrói um caminho para percebermos que raça traz subsídios de classe e gênero, embora esteja em um patamar de igualdade analítica. Basta observarmos alguns contornos relacionados aos ataques que teremos o entendimento de como as interseções vão sendo colocadas – grupos, quase que em sua totalidade, organizados a partir de ideias e releituras nazistas de superioridade, com discursos extremistas calcados especialmente no racismo e na misoginia. Atiradores majoritariamente homens, brancos, heterossexuais. Vítimas, em sua maioria, mulheres – no caso específico de Realengo, 9 das 11 vítimas eram meninas negras, entre 12 e 15 anos. Desconfiamos da aleatoriedade dos perfis, acreditamos mais em múltiplas experiências discriminatórias a partir do cruzamento de duas ou mais vias identitárias (AKOTIRENE, 2019, p. 63).

Acreditamos que, se não fizermos essas discussões atreladas às demandas relacionadas às políticas públicas de enfrentamento, não avançaremos meio metro diante de nosso próprio nariz. E quando a discussão se remete a políticas públicas, não estamos nos referindo às políticas de segurança apenas. Entendemos que somente mais segurança e vigilância nos espaços escolares não são, de forma alguma, a solução. Após os ataques em Columbine, nos Estados Unidos, foram providenciadas câmeras, detectores de metais, assim como segurança pública e privada nas escolas norte-americanas. Nada disso reduziu os números relacionados aos ataques, muito pelo contrário, de acordo o Gun Violence Archive, organização sem fins lucrativos, nos primeiros três meses de 2023, já foram registrados cerca de 131 ataques nos Estados Unidos, uma média de 1,5 tiroteios em massa por dia.

Quando apontamos na direção das políticas públicas de enfrentamento à violência, sinalizamos para o óbvio de que não há, no Brasil, um plano ou política nacional para a prevenção de ataques/crimes de ódio nas escolas, o que deixa esses espaços com seus profissionais solitários - e sem estrutura necessária para lidar com essa nova modalidade de violência.

Vislumbramos ainda a necessidade de um diagnóstico sobre a situação atual das escolas no que se refere às questões relacionadas à violência,

assim como o monitoramento de ações de grupos extremistas na *web*, para que possamos nos antecipar aos ataques. Não corroboramos com a ideia de que armas poderão resolver a questão, portanto não trabalhamos com a possibilidade de “armar” ainda mais a população ou os espaços escolares.

Acreditamos ser essencial preparar a comunidade escolar com fluxos para que possam reconhecer essas ameaças, a fim de que, quando alguma possibilidade de ataque seja detectada, autoridades competentes possam ser imediatamente acionadas. Sabemos, por exemplo, que o adolescente que realizou o ataque na unidade escolar de Vila Sônia/SP já havia sido transferido de escolas anteriores por ameaças relacionadas a ataques com armas, inclusive o serviço público de saúde, na figura do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), já havia sido alertado para acompanhamento emergencial.

Por fim, entendemos como necessárias e emergenciais políticas de fortalecimento de ações intersetoriais para o cuidado em saúde mental da comunidade escolar. Nesse sentido, a psicologia se coloca enquanto um corpo pronto a acolher, a afiar a escuta para não deixar que sejamos também vozes que ecoam o lugar da morte ou da captura pelo lugar do perigo.

Compartilhamos da ideia de não nos fecharmos nos domínios de saber, nos quais somos colocados como psicólogos. Em nosso fazer diário nos espaços escolas e não-escolares, precisamos desnaturalizar discursos de ódio, tensionando um debate público sobre violência no contexto escolar, assim como desconstruindo discursos extremistas, hoje pautados como liberdade de expressão. Precisamos ainda discutir masculinismo e violência misógina no contexto da psicologia. A escola não se torna alvo porque é escola, mas porque lá estão mulheres e crianças, alvo principal desses ataques. Como nos convida Rauter (2012, p.152), é no deslocamento de conceitos que buscamos atuar, tencionando olhares para que possamos enxergar seres humanos em meio ao caos que tem sido a vivência escolar em meio a violência.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, K. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polém, 2019.

COIMBRA, C. M. B. Modalidades de aprisionamento: processos de subjetivação contemporâneos e poder punitivo. In: BATISTA, V. M, ABRAMOVAY, P.V. **Depois do Grande Encarceramento**. Rio de Janeiro, 2010.

LEITE, I. Estudo inédito mostra que Brasil teve pelo menos 23 ataques violentos a escolas desde 2002. **Blog da Andréia Sadi (G1)**, 27 mar. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/andreia-sadi/post/2023/03/27/estudo-inedito-mostra-que-brasil-teve-pelo-menos-23-ataques-violentos-a-escolas-desde-2002.ghtml>. Acesso em: 06 jun. 2024.

LOURÃO, J. C. **Clínica e Política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas**. Rio de Janeiro; Abaquer, 2009.

RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. **Clínica e Política: subjetividade e violação de direitos humanos**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2002.

RAUTER, C. **Clínica do Esquecimento**. Niterói: EDUFF, 2012.

REIS, E. **A Cultura da Vingança ou a Debilidade de uma Vida Reativa**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

ALINE CAUS ZUQUI

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Interprofissionalidade pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2668-2452>.

ARIANE SILVA CARVALHO

Farmacêutica. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) e Membro do NEAB (Núcleo de Estudos Afro-Brasileiro). Orcid: <http://orcid.org/0009-0001-2072-9953>.

BÁRBARA STHEPHANY DE PAULA LACERDA

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1358-0713>.

BRUNA HEINTZE FERREIRA

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8789-0031>.

CAMILA LAMPIER LUTZKE

Dentista. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6839-3902>.

CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI

Dentista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Membro do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva e Grupo de Avaliação de Políticas e Programas de Controle de Processos Endêmicos. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8102-7771>.

CLÉO SOARES SOUZA

Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade Federal Fluminense (UFES). Coordenadora da ONG Projeto Ninho – Missão Avalanche (Vitória/ES). Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-4162-0963>.

DÉBORA NUNES FERNANDES

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1196-4609>.

DHERIK FRAGA SANTOS

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9351-7185>.

FABIANA TURINO

Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5291-1346>.

GABRIELA DE BRITO MARTINS

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1274-3664>.

GLAUBER SOARES DE ALMEIDA

Enfermeiro. Especialista em Atenção Primária à Saúde. Coordenador do Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais de São Mateus/ES. Orcid: 0009-0000-1275-6110.

HELETÍCIA SCABELO GALAVOTE

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4490-6763>.

HELOISA IVONE DA SILVA DE CARVALHO

Pedagoga. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Coordenadora das Políticas de Direitos da População Negra de Vitória/ES. Membro do Laboratório de Pesquisas de Violências Contra as Mulheres/UFES. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7855-4853>.

JANAÍNA DA SILVA COSTA

Psicóloga. Mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Grupo de Pesquisa Infâmias Resistências. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3707-8464>.

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

Arte-educadora. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Grupo de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva e Instituições e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1024-4378>.

JEREMIAS CAMPOS SIMÕES

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3970-0819>.

JOSIANY MARTINS FERREIRA FERNANDES

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8147-2805>.

KATHLEEN ELANE LEAL VASCONCELOS

Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS/UEPB). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7997-8164>.

LUCIANA DE CASSIA NUNES NASCIMENTO

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança Cenário Hospitalar (NUPESC). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4947-5480>.

LUIZANE GUEDES MATEUS

Psicóloga. Doutora em Psicologia. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividade e Políticas. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3643-7645>.

LUZIANE DE ASSIS RUELA SIQUEIRA

Psicóloga. Doutora em Educação/UFES. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Infâmias Resistências. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7510-9148>.

MARGARETH NUNES NEVES CONCEIÇÃO

Assistente social. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva PPGASC/UFES. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3844-1675>.

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

Médica. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>.

MARIA APARECIDA MOREIRA RAPOSO

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4475-7553>.

MARIA CRISTINA SILVA MEDEIROS CORRÊA

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0457-7272>.

MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO

Dentista. Doutora em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (UPE). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3227-7608>.

MARIANY BEZERRA NEVES

Psicóloga. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (PPGPS/UEPB). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1555-6127>.

MATEUS NAGUE DE SOUZA

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6517-3844>.

PATRÍCIA DUARTE DEPS

Médica. Pós-doutora em Medicina pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, LSHTM, Grã-Bretanha e Pós-doutora em Antropologia pela Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UVSQ, França. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9707-1934>.

PATRICIA PAULINO BIANCHINI

Enfermeira. Especialista em Enfermagem pela Faculdades Integradas de São Pedro e Especialista em Saúde da Família pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-8309-7544>.

POLLYANNA PAZITO PEREIRA

Enfermeira. Orcid: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0004-0492-5868>.

RAFAEL CLÁUDIO SIMÕES

Historiador. Doutor em História pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7879-2974>.

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgase). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5931-398X>.

SANDRA MARIA BISSOLI

Assistente Social. Especialista em Saúde da Pessoa Idosa pela Universidade Federal do Maranhão. Membro da Comissão Permanente de Avaliação e Monitoramento dos Planos de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI). Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-5957-657X>.

SIBELLE MARIA MARTINS DE BARROS

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0933-5475>.

SILVANIR DESTEFANI SARTORI

Bacharel em Direito e Administração. Mestre em Administração. Doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5156-5197>.

STEPHANIA MENDES DERMACHI

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2403-8842>.

SUZANA ANTONIO

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6157-3759>.

TATIANY SENA MENDES

Enfermeira. Especialista em Oncologia. Coordenadora da Unidade de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia do Espírito Santo (UNACON/ES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5969-4981>.

THIAGO DIAS SARTI

Médico. Doutor em Saúde Pública pela da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1545-6276>.

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA: DESIGUALDADE SOCIAL E VIOLÊNCIA EM SAÚDE

PUBLICAÇÃO

Organização

Maria Angélica Carvalho Andrade

Rita de Cássia Duarte Lima

Fabiana Turino

Jeanine Pacheco Moreira Barbosa

Thiago Dias Sarti

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Eliane de Fátima Almeida Lima

Editora

Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial da Rede UNIDA

Editor-Chefe

Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados da Rede UNIDA

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda e Virgínia de Menezes Portes.

Conselho Editorial da Rede UNIDA

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil), Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

Brasil), Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha), Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália), Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália), Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha), Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América), Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil), Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil), Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil), Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil), Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil), Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil), Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense), João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil), Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil), Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil), Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina), Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil), Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil), Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil), Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil), Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil), Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália), Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil), Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil), Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil), Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil), Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco), Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil), Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil), Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil), Sara Donetto (King's College London, Inglaterra), Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil), Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil), Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil), Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil), Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil) e Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial da Rede UNIDA

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri,
Camila Fontana Roman e Carolina Araújo Londero.

Coedição

AREA27

Coordenação e Produção Editorial

Rodrigo Andrade Alvarenga

Autores

Aline Caus Zuqui
Ariane Silva Carvalho
Bárbara Sthephany De Paula Lacerda
Bruna Heintze Ferreira
Camila Lampier Lutzke
Carolina Dutra Degli Esposti
Cléo Soares Souza
Débora Nunes Fernandes
Dherik Fraga Santos
Fabiana Turino
Gabriela de Brito Martins
Glauber Soares de Almeida
Heletícia Scabelo Galavote
Heloisa Ivone da Silva de Carvalho
Janaína da Silva Costa
Jeanine Pacheco Moreira Barbosa
Jeremias Campos Simões
Josiany Martins Ferreira Fernandes
Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Luciana de Cassia Nunes Nascimento
Luizane Guedes Mateus
Luziane de Assis Ruela Siqueira
Margareth Nunes Neves Conceição
Maria Angélica Carvalho Andrade
Maria Aparecida Moreira Raposo

Maria Cristina Silva Medeiros Corrêa
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Mariany Bezerra Neves
Mateus Nague de Souza
Patrícia Duarte Deps
Patricia Paulino Bianchini
Pollyanna Pazito Pereira
Rafael Cláudio Simões
Rita de Cássia Duarte Lima
Sandra Maria Bissoli
Sibelle Maria Martins de Barros
Silvanir Destefani Sartori
Stephania Mendes Dermachi
Suzana Antonio
Tatiany Sena Mendes
Thiago Dias Sarti

Design Gráfico

Luana Luna
Lucyano Palheta
[AOQUADRADO]

Revisão de Texto

Déborah Vasconcelos

Agradecimentos

Agradecemos a todos que colaboraram nesta tarefa delicada, longa e exigente, que é a editoração científica. Em especial, somos gratos aos professores, discentes, pesquisadores e parceiros do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) pela confiança e generosidade em nos confiar seus textos.

Acesse o site do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo: <https://saudecoletiva.ufes.br/>

Este livro foi produzido pelas editoras Rede UNIDA e AREA27, em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em Vitória – ES, no ano de 2024. O texto foi composto nas fontes Antwerp e os títulos em Franklin Gothic.

Realização



Produção



