



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Carolina Carneiro de Melo

**A (IN)VISIBILIDADE DAS DEMANDAS DAS MULHERES NA APS: UM RELATO
DE EXPERIÊNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR COM GRUPOS**

Florianópolis

2024

Carolina Carneiro de Melo

**A (IN)VISIBILIDADE DAS DEMANDAS DAS MULHERES NA APS: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR COM
GRUPOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde
da Família, da Universidade Federal de
Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Regina Dal
Prá

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Melo, Carolina Carneiro de
A (IN)VISIBILIDADE DAS DEMANDAS DAS MULHERES NA APS: :
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR COM
GRUPOS / Carolina Carneiro de Melo ; orientadora, Keli
Regina Dal Prá, 2024.
40 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família,
Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

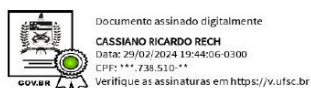
1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Determinações Sociais em Saúde. 4. Saúde da Mulher. 5.
Serviço Social. I. Dal Prá, Keli Regina . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em
Saúde da Família. III. Título.

Carolina Carneiro de Melo

Título: A (in)visibilidade das demandas das mulheres na APS: um relato de experiência do trabalho interdisciplinar com grupos

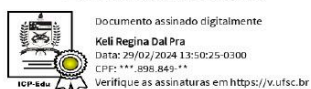
Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para a integralização do curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e aprovado em sua forma final.

Florianópolis, 21 de fevereiro de 2024.



Prof., Dr. Cassiano Ricardo Rech
Coordenação do Curso

Banca examinadora



Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Bia Cruz Freitas
Avaliadora

Vinícius Paim Brasil
Avaliador

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar as demandas apresentadas pelas mulheres na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como descrever a experiência de atendimento interdisciplinar em equipe multiprofissional a um Grupo de Mulheres no município de Florianópolis. Através de pesquisa documental nas atas dos encontros coletivos foi possível elencar como principais necessidades das usuárias, as relações/conflitos familiares e diversas formas de violências. Tratam-se de demandas relacionadas às determinações sociais de saúde que exigem uma atuação profissional pautada no conceito ampliado de saúde e na interdisciplinaridade, visando a materialização do princípio da integralidade em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Determinações Sociais em Saúde. Saúde da Mulher. Serviço Social.

ABSTRACT

This article aims to analyze the demands presented by women in Primary Health Care (PHC), as well as to describe the experience of interdisciplinary care in a multiprofessional team to a Women's Group in the municipality of Florianópolis. Through documentary research in the minutes of collective meetings, it was possible to list the main needs of the users, such as family relationships/conflicts and various forms of violence. These are demands related to the social determinants of health that require a professional approach based on the broad concept of health and interdisciplinarity, aiming at the materialization of the principle of comprehensiveness in health.

Keywords: Primary Health Care. Social Determinants of Health. Women's Health. Social Work.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE - APONTAMENTOS SOBRE O TRABALHO NA APS	11
2.1 O SUS	11
2.2 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	14
2.3 SERVIÇO SOCIAL NA APS	16
3. O GRUPO DE MULHERES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	20
3.1 A ORGANIZAÇÃO DO GRUPO	20
3.2 ANÁLISE DOCUMENTAL DAS ATAS SOBRE AS DEMANDAS DO GRUPO DE MULHERES	24
3.3 A (IN)VISIBILIDADE DAS DEMANDAS DAS MULHERES NA APS	32
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) insere-se no debate acerca da atuação da/o Assistente Social na Política de Saúde, especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS), no que tange à atuação interdisciplinar em equipe multiprofissional com grupos de mulheres.

O tema foi escolhido por motivos de ordem teórica, acadêmica e prática. Os motivos de ordem teórica se manifestam nas divergências existentes entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), versus o processo de trabalho que hoje se estabelece na APS. A divergência está na ênfase da abordagem biomédica ainda presente nas práticas profissionais destes espaços, em detrimento da abordagem ampliada do conceito de saúde, comprometendo a integralidade no atendimento das necessidades das/os usuárias/os dos serviços de saúde.

De acordo com o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde,

[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde [...] é o resultado das formas de organização social da produção às quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p.4).

Assim sendo, compreende-se que o conceito ampliado de saúde vai além da definição de saúde como a ausência de doença. Ele reconhece que o bem-estar não está apenas relacionado com a condição física, mas também com diversos fatores que influenciam a qualidade e que estruturam a sociedade capitalista.

Os motivos de ordem acadêmica se apresentam na intencionalidade de contribuir com o debate sobre a atuação do Serviço Social na área da saúde. Na saúde, o objetivo da atuação das/os Assistentes Sociais passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença exigindo o enfrentamento destas questões materializando uma abordagem integral (CFESS, 2010).

[...] o assistente social tem se destacado como profissional do SUS, principalmente no que tange a necessidade de efetivação dos princípios do sistema. Em destaque quando se tem a compreensão que as demandas e necessidades em saúde não se reduzem a aspectos biomédicos, mas que expressam necessidades para além do corpo clínico e desvelam relações sociais mais amplas que não podem ser observadas a olho nu. Assim, o Assistente Social deve ter como norte em seu trabalho o projeto ético político articulado ao projeto da reforma sanitária e que nesse movimento não se deve reduzir ao individual limitado a cada sujeito, mas deve ser

transformadas em demandas de cunho coletivo com respostas a uma população usuária de um sistema universal (Caetano, 2012, p. 29).

Os motivos de ordem prática foram proporcionados pela experiência como Assistente Social residente junto ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em uma unidade de saúde no município de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, principalmente pela atuação no atendimento em grupo com mulheres de forma interdisciplinar em equipe multiprofissional. A partir desta inserção, foi possível realizar uma aproximação da realidade da APS e das demandas das mulheres deste território, bem como, foi possível o aprofundamento teórico sobre a Política de Saúde, a atuação multiprofissional e interdisciplinar neste espaço e as especificidades do Serviço Social na saúde, a partir das disciplinas, tutorias e preceptorias.

O Grupo de Mulheres, foco central deste relato de experiência, foi criado em março de 2022 por residentes das áreas de Serviço Social, Educação Física, Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Psicologia almejando refletir de forma crítica sobre o papel da mulher na sociedade, considerando as opressões de classe, raça e gênero estruturantes da nossa sociedade; promover a saúde das mulheres do território de forma multiprofissional e interdisciplinar; ampliar e fortalecer a rede de apoio das mulheres participantes do grupo; e contribuir com o atendimento de demandas coletivas do Centro de Saúde (CS) em questão.

O atendimento coletivo a estas mulheres não tem a pretensão de colocar as profissionais de saúde no lugar de alguém com algo a falar e a ensinar, ao contrário, o grupo possui formato aberto possibilitando que as demandas cheguem de acordo com as necessidades das mulheres que fazem uso do serviço. Assim sendo, trata-se de um espaço em que a temática surge das usuárias e se constrói no coletivo, no compartilhar de experiências e reflexões, com o auxílio de mediações realizadas pelas profissionais que acompanham o grupo. Fala-se, portanto, de temas que estas mulheres reconhecem ser necessários e importantes.

Durante a execução do Grupo de Mulheres e dos desafios diários enfrentados neste espaço, surgiu a inquietação acerca das demandas tão presentes nos encontros coletivos e tão ausentes nos consultórios, quando dos atendimentos em saúde. Ao questionar que demandas são essas e qual o seu lugar na APS, surge este trabalho com o objetivo principal de analisar as demandas apresentadas pelas mulheres na APS. Como objetivos específicos teve-se a pretensão de descrever a experiência de atuação no Grupo de Mulheres em um CS no município de Florianópolis; e explanar sobre a dimensão do trabalho do Serviço Social de forma interdisciplinar em equipe multiprofissional na política de saúde.

Metodologicamente, para atender aos objetivos propostos, foi realizada uma revisão de literatura, almejando contextualizar brevemente a Política de Saúde, o surgimento do SUS e os principais desafios de sua materialização. Ainda, alcançar os debates sobre a atuação do Serviço Social nesta política, na APS e no trabalho com grupos. A revisão de literatura “[...] é dedicada à contextualização teórica do problema e seu relacionamento com o que tem sido investigado a seu respeito [...]” (Gil, 2008, p. 162). A exploração das fontes bibliográficas se deu por meio da plataforma Scielo e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (DBTD), bem como de livros físicos, legislações e posicionamentos técnicos do conjunto Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) / Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) referentes ao tema.

Posteriormente, optou-se pelo relato de experiência contemplando a utilização do diário de campo, sendo este último, um instrumento que registra a ação cotidiana individual da/o profissional, contendo uma riqueza de impressões, análise do trabalho do dia, sugestões de mudanças, entre outros (Marconsin, 2013). Nesse sentido, o diário de campo contribuiu com a sistematização da prática profissional no Grupo de Mulheres e foi um instrumento utilizado pela autora, uma das profissionais de saúde responsáveis pelo planejamento e execução deste atendimento coletivo.

Ainda no que tange ao relato de experiência, utilizou-se da pesquisa documental que, de acordo com Gil (2008, p. 51) “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”, ou seja, a pesquisa documental é uma abordagem de pesquisa que utiliza documentos como fontes primárias. O material alvo da pesquisa foram as atas dos encontros do Grupo Mulheres referente aos anos de 2022 e 2023. Assim sendo, realizou-se consulta aos documentos que estão armazenados na plataforma Google Drive, sistematizando as temáticas de cada atendimento em grupo. A partir da sistematização dos temas dos atendimentos coletivos constantes nas atas, elencou-se as temáticas mais frequentes, seguido de interpretação e análise crítica dos dados coletados.

O artigo está organizado em três seções para além desta introdução: a primeira delas contextualiza brevemente o surgimento do SUS e a inserção do Serviço Social na Saúde, especialmente na APS, bem como traz particularidades da atuação da/o Assistente Social neste espaço sócio ocupacional; a segunda seção trata do relato de experiência sobre o Grupo de Mulheres e da análise crítico-reflexiva acerca das demandas das mulheres na APS; por fim, tem-se as considerações finais sobre o conteúdo aqui exposto.

2. O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE - APONTAMENTOS SOBRE O TRABALHO NA APS

2.1 O SUS

A Constituição Federal de 1988 traz a saúde enquanto política pública, compondo a seguridade social, ao lado da assistência social e previdência social. Em seu Artigo 196, afirma a saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 1988). Ela universaliza o direito à saúde, ou seja, garante acesso aos serviços de saúde à toda a população sem critérios que excluam ou discriminem, inserindo sujeitos sociais até o momento excluídos e rompendo com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal (Nogueira; Mioto, 2006a).

No Artigo 198, traz que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um Sistema Único de Saúde descentralizado, com direção única em cada esfera de governo; com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (Brasil, 1988).

O SUS é uma das proposições da Reforma Sanitária¹ regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, possuindo como objetivos a identificação e divulgação de fatores determinantes e condicionantes de saúde, a formulação da política de saúde no campo social e econômico e a prestação da assistência através da promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

O Artigo 3º da Lei n. 8080 de 1990 aborda a saúde como além da ausência de doenças, afirmando que ela possui fatores determinantes (educação, acesso aos bens e serviços essenciais, transporte, meio ambiente, lazer) e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho e renda, atividade física). Ou seja, considera que ações que interferem no bem-estar físico, psíquico e social também impactam na saúde da população (Brasil, 1990).

Considerar os determinantes sociais da saúde significa defender o conceito ampliado de saúde e compreender que “a desigualdade gerada pelo modo de produção capitalista traz também a possibilidade de adoecimento, de vida ou de morte para os setores mais

¹ A Reforma Sanitária foi um movimento visando a reformulação da Política de Saúde no Brasil de base conceitual desenvolvida por meio de um diálogo com as correntes marxistas e estruturalistas. O objetivo era reformular a concepção de saúde e construir uma abordagem buscando superar as visões biológica e ecológica, apreendendo as relações entre saúde e sociedade (Escorel, 2005).

pauperizados da população, traduzindo-se em profunda complexificação das demandas dos territórios” (Vieira; Melo; Soares, 2023, p. 130). Quando não se reconhece esses determinantes, pactua-se com a permanência dessas desigualdades.

Ainda sobre as determinações sociais, ressalta-se que

[...] compõem a totalidade da vida social, abrangendo questões estruturais, econômicas, políticas, culturais e ambientais, como também o cotidiano, os valores éticos-morais e as individualidades, ou seja, dimensões presentes e mediadas no plano ontológico da singularidade e da universalidade humana. Assim, a saúde deve ser apreendida de modo ampliado, na perspectiva da determinação social, o que requer das ações profissionais uma apropriação crítica da realidade em sua totalidade; isto é, de ruptura com concepções fragmentadas, isoladas, a-históricas, reducionistas, naturalistas, exclusivamente biológicas, comportamentais e individualistas da vida humana (Oliveira; Ghiraldelli, 2019, p. 261-262).

Assim, atender às necessidades de saúde da população usuária do SUS pode se tratar

[...] de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida (Cecílio, 2009, p. 120).

O SUS tem como princípios a universalidade; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia; a igualdade da assistência; o direito à informação; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pela população usuária; a utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática; a participação da comunidade; a descentralização através de uma gestão compartilhada entre as três esferas do governo e a hierarquização em níveis de assistência/complexidade; a integração a nível executivo de gestão de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução; a organização; e o atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica (Brasil, 1990).

Aqui neste trabalho, dá-se o enfoque ao princípio da integralidade que, de acordo com Cecílio (2009), pode ser dividida entre integralidade focalizada e integralidade ampliada. O que o autor chama de integralidade focalizada são os resultados dos esforços de uma equipe multiprofissional, nos espaços dos serviços de saúde. Esses esforços compreendem a capacidade de escuta e desvelamento das necessidades das/os usuárias/os por trás da demanda apresentada.

O que Cecílio (2009) denomina de integralidade ampliada se refere à atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde com a rede intrasetorial (composta por outros serviços de saúde) e intersetorial (composta por outros serviços de outras políticas públicas). É a integralidade focalizada refletindo na integralidade ampliada para atender necessidades de pessoas.

A (máxima) integralidade da atenção no espaço singular do serviço-integralidade focalizada- pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (Cecílio, 2009, p. 121).

De acordo com Nogueira e Miotto (2006), a integralidade tem como pilares a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Assim sendo, pensar o atendimento integral de pessoas no SUS, significa necessariamente pensar o cotidiano da prática profissional contemplando estas duas categorias. As autoras definem a interdisciplinaridade como

[...] um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (Nogueira; Miotto, 2006, p. 6-7).

Jorge e Pontes (2017) chamam a atenção para a pseudo interpretação de que basta uma equipe multidisciplinar para ser ter um trabalho interdisciplinar. Para além da existência de uma equipe multidisciplinar, a interdisciplinaridade vai depender da relação entre os especialistas e da existência de integração entre disciplinas. Especialistas estes que por vezes vão apresentar visões sociais de mundo diferentes e que respondem a interesses de classe e determinadas realidades sociais. Assim sendo, “o exercício da interdisciplinaridade requer uma convergência comum, [...] (entendendo a) [...] interdisciplinaridade como possibilidade de prática social que pode responder às demandas práticas do trabalho, por meio de uma perspectiva de totalidade que se move num meio contraditório [...]” (Jorge; Pontes, 2017, p. 180).

Não é um desafio fácil para as/os profissionais de saúde desvelar e atuar de forma integral sobre as necessidades de saúde da população usuária, mas se faz necessário ter o compromisso com essa atuação para materializar os princípios do SUS, tendo a consciência de que

Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado (Nogueira; Mioto, 2006a, p. 13).

Compreender o contexto de surgimento do SUS, seus objetivos e princípios se faz fundamental para pensar a atuação profissional nos serviços de saúde. O/a Assistente Social é um/a dos/as profissionais que contribuem para a promoção da saúde através de um atendimento universal e integral, a partir da concepção ampliada de saúde e sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

2.2 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Corroborar-se com Costa (2000) que a atuação do Serviço Social na saúde não se desenvolve de forma indissociada às circunstâncias históricas e sociais, sendo estas, aqui neste trabalho, pinceladas brevemente. Ou seja, o trabalho das/os Assistentes Sociais se define a partir da história da saúde no Brasil, bem como “[...] das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o SUS; e das formas de cooperação vertical (divisão sócio-técnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais” (Costa, 2000, p. 5).

Quando o Serviço Social surgiu no Brasil, na conjuntura de 1930 a 1945, a área da saúde não foi a que concentrou o maior quantitativo de Assistentes Sociais. Esse cenário se altera a partir de 1945, momento em que a atuação profissional na saúde se ampliou, transformando-se no setor que mais absorveu Assistentes Sociais. Um dos motivos está no conceito de saúde elaborado pela OMS em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, demandando a requisição de outros profissionais para atuar na saúde, entre estes, Assistentes Sociais (Bravo; Matos, 2007).

Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar - solução racionalizadora encontrada - que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis, ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos

preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (Bravo; Matos, 2007, p. 3).

Em conformidade com o histórico do desenvolvimento da profissão, a atuação da/o Assistente Social na saúde se dava com uma função educativa no que tange aos hábitos de higiene e saúde (Bravo; Matos, 2004). As profissionais atuavam majoritariamente em hospitais e ambulatórios, e, apesar de os CS serem criados a partir de meados da década de 1920, as Assistentes Sociais somente foram absorvidas neste espaço em 1975 (Costa, 1986, apud Bravo; Matos, 2004).

No período de 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria questionando seu conservadorismo, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. Desde meados dos anos 1970 se constrói o movimento sanitário em oposição ao modelo privatista. O processo de renovação do Serviço Social não foi feito com nexos diretos com o movimento pela Reforma Sanitária, mas é preciso considerar que essa conjuntura influenciou a profissão. (Bravo; Matos, 2007).

O projeto ético-político do Serviço Social está intrinsecamente relacionado com o projeto da Reforma Sanitária no Brasil. Ambos surgiram e se desenvolveram nas décadas de 1970 e 1980, compartilhando objetivos comuns de promoção da justiça social, defesa dos direitos humanos e transformação das condições sociais que impactam a saúde da população. O projeto profissional, consolidado principalmente a partir da década de 1960, propõe uma prática profissional comprometida com a emancipação dos sujeitos, a garantia de direitos sociais e a construção de uma sociedade mais justa. Isso inclui a atuação na identificação e enfrentamento das desigualdades sociais, articulando-se com movimentos sociais e demandas populares.

Apesar do cenário de transformações, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com pouca alteração da prática institucional (Bravo; Matos, 2004). A partir dos anos de 1990, com a implantação do SUS

[...] mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto, aos processos de trabalho [...] (Costa, 2000, p. 7-8).

A implantação do SUS veio permeada de conquistas, entretanto, em alguns pontos ainda não conseguiu avançar. Entre esses pontos, está o fato de não ter avançado na superação do modelo médico hegemônico que só será possível quando o sistema de saúde centrar suas ações nas necessidades de saúde da população e articular intersetorialmente para intervir de fato naquilo que determina as condições de vida da população, ou seja os determinantes sociais de saúde. É essa capacidade de articulação que permite a identificação e a produção de informações sobre a relação entre as condições de vida e trabalho e o tipo de doenças que estas produzem (Costa, 2000).

Este contexto de enormes conquistas com a implantação do SUS, permanência de problemas antigos da política de saúde e surgimento de novos desafios, determinou a atuação da/o Assistente Social neste espaço sócio ocupacional. Embora o leque de atribuições profissionais da/o Assistente Social na saúde seja amplo, “o conjunto das atividades realizadas em todos os núcleos de objetivação apresenta uma predominância de ações voltadas para a interação entre os diversos níveis de concretização da cooperação horizontal e vertical” (Costa, 2000, p. 39). A autora ressalta que é exatamente nessa capacidade de articulação que está o diferencial da atuação das/os Assistentes Sociais no SUS.

Assim, pode-se afirmar que o Assistente Social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações (Costa, 2000, p. 39).

Dessarte, pode-se concluir que a/o Assistente Social na área da saúde tem subsídios para ampliar sua atuação visando atender aos princípios do SUS, aqui destacado o da integralidade da assistência, através da atuação interdisciplinar e intersetorial.

2.3 SERVIÇO SOCIAL NA APS

A APS é a principal porta de entrada do SUS, devendo ser ofertada de acordo com as necessidades e demandas da população, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. As ações desempenhadas são de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (Brasil, 2017).

A Política Municipal de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis (PMAPS) de 2016, define como Atenção Primária à Saúde:

[...] a estratégia de organização de serviços de saúde voltada para a atenção integral à pessoa, levando em conta seu contexto e relações, com plena e pronta disponibilidade, alto índice de resolutividade, estável ao longo do tempo e com a responsabilidade de organizar o caminho do cidadão através dos outros níveis de atenção do sistema de saúde (Florianópolis, 2016).

Em resumo, a APS deve ser um nível de atenção coordenador do cuidado, garantindo um acesso mais próximo das/os usuárias/os, consolidando um cuidado longitudinal e integral (Brasil, 2010). Os CS são as estruturas responsáveis pelo provimento da ampla maioria dos serviços em APS e são unidades distribuídas pelo território do município, prestando serviços de atenção integral e longitudinal à saúde das/os moradores do território adstrito; atendimento à demanda espontânea de todas as pessoas que moram ou visitam o território; e atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (Florianópolis, 2016).

Para a organização dos serviços na APS criou-se, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que “a partir de 1997, [...] passou a ser considerado Estratégia de Saúde da Família (ESF)” (Martini; Dal Prá, 2018, p. 123). De 1998 a 2018 houve uma expansão da ESF (Medrado, 2022) tendo a APS a Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação (Brasil, 2017). Para apoiar e ampliar a abrangência da ESF, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2010), que, a partir da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

No que tange às diretrizes do NASF-AB estão: “ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização” (Brasil, 2014, p. 7). Assim, tem-se o objetivo de superar o modelo biomédico, visando o atendimento da população usuária para além de consultas médicas e retirada de medicamentos, pautando a promoção da saúde (Lima, 2023).

Em outras palavras, o NASF-AB vem consolidar a atuação multiprofissional enquanto uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento que deve ter como foco o território, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar. Deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo (Brasil, 2014). Assim, o trabalho não deve ter como foco os atendimentos individuais

[...] sendo o território um espaço vivo, que se movimenta e se transforma pelas relações sociais dos indivíduos presentes, desta forma a equipe deve atuar mais na comunidade do que dentro da unidade de saúde, os atendimentos individuais devem ser pontuais, prevalecendo os atendimentos e visitas domiciliares compartilhados, assim como os grupos educativos de prevenção e promoção à saúde (Lima, 2023, p. 151).

Para tanto, a promoção da Saúde deve ser entendida como um princípio para o cuidado em saúde, considerando que é possível “estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis” (Brasil, 2017).

Em 2019, foi instituído um novo modelo de financiamento da APS, através da Portaria nº 2979, denominado Previne Brasil², que alterou o custeio e manutenção do NASF-AB. No ano de 2020, com a publicação da Nota Técnica nº 03/2020-DESF/SAPS pelo MS, foi anunciada a descontinuidade do financiamento de novas equipes NASF-AB, comprometendo também a manutenção das equipes já existentes. A partir de então, as esferas estadual e municipal passaram a ter autonomia sobre o recurso federal de acordo com o novo modelo de financiamento (Medrado, 2022). Importante apontar que recentemente, no atual governo de Luiz Inácio Lula da Silva, através da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, publicada pelo MS, retoma-se o incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na APS.

O Serviço Social é uma das categorias que compõem o NASF-AB e, especificamente tratando-se do município de Florianópolis, é uma das categorias que compõem a Equipe Multiprofissional³, juntamente com a Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. De acordo com a carteira de serviços do Serviço Social na APS do município, a atuação da/o Assistente Social tem como objetivo desenvolver ações profissionais que componham o processo de trabalho coletivo garantindo os princípios e diretrizes do SUS, atendendo às demandas/necessidades da população usuária relacionadas à questão social na APS e

² As transferências intergovernamentais deste Programa são baseadas em três critérios: a) capacitação ponderada, calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária; b) pagamento por desempenho, voltado para o pagamento dos resultados alcançados a partir do conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP) e; c) incentivo para ações estratégicas, que contemplam a implementação de programas, ações e estratégias que refletem na melhoria do cuidado na APS (Medrado, 2022, p. 20).

³ No município de Florianópolis, com a descontinuidade do financiamento federal ao NASF-AB, houve a mudança de nomenclatura para Equipe Multiprofissional. Para além de uma mudança na nomenclatura, houve uma fragilização e precarização das equipes existentes, bem como a descaracterização do trabalho no NASF-AB.

contribuindo para a ampliação da compreensão das ESF sobre as determinações sociais da saúde e sua influência no processo saúde-doença. Entre os objetivos específicos listados neste documento, ressalta-se “criar espaços coletivos que possibilitem a construção de relações e fluxos entre as equipes de trabalho intra e intersetorialmente, calcadas na realidade territorial, visando a integralidade do atendimento das demandas/necessidades de saúde da população” (Florianópolis, 2022).

Para a materialização destes objetivos, as ações são divididas em três eixos de intervenção: processos socioassistenciais; processos político-organizativos e processos de gestão e planejamento (Miotto; Lima, 2020). Os processos socioassistenciais são aqueles desenvolvidos diretamente com as/os usuárias/os e está, entre as ações possíveis, o atendimento coletivo através de grupos.

A atuação com grupos é uma prática intrínseca à cultura profissional da/o Assistente Social. Mesmo diante das transformações ocorridas no âmbito do Serviço Social brasileiro, especialmente no contexto do Movimento de Reconceitualização, esse instrumento mantém-se como uma peça fundamental no repertório técnico-operacional dos profissionais da área (Moreira, 2019).

A dimensão educativa torna-se inerente à profissão de Serviço Social no momento em que esta se reconfigura sob o paradigma crítico dialético e estabelece seu projeto ético-político, fundamentando um novo princípio educativo. A função pedagógica da/o Assistente Social e suas transformações ao longo da história estão em sintonia com os contextos sociopolíticos nos quais o Serviço Social está inserido. A abordagem da intervenção profissional com grupos está relacionada à dimensão pedagógica do trabalho da/o Assistente Social, assim como aos aportes técnico-operativos da profissão, sustentando-se em dois pilares fundamentais. Um desses pilares diz respeito à socialização da informação em sua amplitude, considerando o direito do usuário de ter acesso e utilizar todo o conhecimento socialmente produzido necessário para melhorar suas condições de vida. O outro pilar está relacionado ao processo reflexivo desenvolvido no decorrer da relação estabelecida entre profissionais e usuários, guiando-se pelo princípio de que as demandas apresentadas à instituição por ações individuais ou grupos constituem a matéria-prima para a formação de consciências críticas (Moreira, 2019).

O relato de experiência a que se propõe neste trabalho contempla a atribuição da/o Assistente Social na APS do município de Florianópolis, no que diz respeito ao processo socioassistencial, utilizando o instrumental de grupos para o atendimento coletivo.

3. O GRUPO DE MULHERES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1 A ORGANIZAÇÃO DO GRUPO

Inicialmente, faz-se necessário apontar que, anteriormente à criação do Grupo de Mulheres alvo deste trabalho, foi executado, durante a pandemia da covid-19, um grupo virtual, multidisciplinar, de atendimento a mulheres no mesmo território. Assim sendo, houve a necessidade por parte do serviço de saúde de dar continuidade a este tipo de atendimento coletivo. Apesar de compartilhar a semelhança de ser um atendimento coletivo a mulheres, não tratou-se da continuidade deste grupo, que findou-se em 2021, mas de um novo projeto atendendo à mesma demanda.

O Grupo de Mulheres foi criado em março de 2022 por residentes do Serviço Social, Educação Física, Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Psicologia com o objetivo principal de promover a saúde das mulheres do território de um CS no município de Florianópolis, de forma multidisciplinar. Este objetivo principal se desdobrou em três objetivos específicos: ampliar e fortalecer a rede de apoio das mulheres participantes do grupo; refletir sobre o papel da mulher na sociedade; e contribuir com o atendimento de demandas coletivas do CS.

Com o amadurecimento do grupo ao longo do período da Residência, principalmente no que tange aos momentos de capacitação a fim de qualificar as profissionais⁴ para as intervenções neste espaço, reformulou-se o entendimento sobre os objetivos do Grupo de Mulheres. Entendeu-se como objetivo geral refletir de forma crítica sobre o papel da mulher na sociedade considerando as opressões de classe, raça e gênero estruturantes da nossa sociedade. Os objetivos específicos foram: promover a saúde das mulheres do território de forma multiprofissional e interdisciplinar; ampliar e fortalecer a rede de apoio das mulheres participantes do grupo; e contribuir com o atendimento de demandas coletivas do CS em questão.

A composição do grupo também se alterou durante seu tempo de execução: com a saída das residentes de Psicologia e Psiquiatria, o grupo foi formado no ano de 2023 pelas residentes de Serviço Social, Educação Física e Medicina de Família e Comunidade, com o ingresso da residente de Nutrição.

⁴ Utiliza-se exclusivamente o gênero feminino pelo fato de serem mulheres todas as profissionais de saúde que integraram o Grupo de Mulheres. Em consonância com os objetivos do grupo e respeitando o desejo das usuárias, deliberou-se pela participação apenas de profissionais do gênero feminino.

Importante destacar que o Grupo de Mulheres aqui em questão foi composto durante os anos de 2022 e 2023 majoritariamente por residentes, tendo em sua composição apenas uma servidora do CS, que ingressou no segundo semestre de 2023. A condição de residente proporcionou o tempo e espaço para a criação e execução do grupo, bem como para o fazer interdisciplinar que, por vezes, não faz parte das condições objetivas de muitas trabalhadoras/es do SUS:

[...] tempo no trabalho para refletir a prática profissional em conjunto com as outras profissões exige, além de uma disponibilidade subjetiva, uma condição favorável no trabalho que requer que a gestão oportunize o tempo para o encontro e diálogo, de inter, do fazer com o outro (Jorge; Pontes, 2017, p. 186).

A ausência de servidoras na composição do grupo causou uma rotatividade de participantes e comprometeu a longitudinalidade do cuidado, um pilar da APS, bem como a continuidade deste serviço. Os impactos para as mulheres usuárias do serviço foram observados na desistência de algumas delas quando da saída de profissionais com quem havia um vínculo estabelecido.

Entende-se o grupo enquanto interdisciplinar, visto que as relações entre as profissionais se estabeleceram de forma que cada uma contribuiu com o seu saber convergindo com os objetivos deste espaço. Entretanto, apesar de tratar-se de um espaço de atuação multiprofissional e interdisciplinar, o Serviço Social foi a profissão de referência neste espaço, protagonizando o planejamento, execução e avaliações do grupo, ou seja, não houve equilíbrio na contribuição de diferentes profissões.

O grupo teve como público alvo mulheres adultas com demandas de saúde de origem nas opressões de gênero, violências contra mulheres, violência racial, vulnerabilidade social e questões relacionadas ao mundo do trabalho. No intuito de não excluir mulheres que são mães e/ou cuidadoras, ofereceu-se um espaço com supervisão de profissionais para as crianças que vinham acompanhando as mulheres.

O grupo teve formato aberto não necessitando de matriciamento⁵ e/ou encaminhamento por parte dos demais profissionais da saúde. Também não houveram temas previamente definidos entre as profissionais visando a horizontalidade e construção coletiva das reflexões que ali se estabeleceram. A escolha sobre o que seria abordado no dia do

⁵ Campos e Domitti (2007) definem o matriciamento como uma metodologia de trabalho que visa oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde de referência. Trata-se de um diálogo entre profissionais para troca de conhecimentos, orientações, construções de intervenções conjuntas e elaboração de projetos terapêuticos, diminuindo a fragmentação do cuidado.

encontro acontecia entre todas as mulheres presentes, de acordo com as necessidades de cada participante. O formato aberto do grupo rompeu com a hierarquia entre profissional da saúde e usuária dos serviços, tirando as profissionais da posição de quem tem detenção do saber e está ali para transmitir conhecimento à usuária ouvinte, que deve absorver o que está sendo falado.

Não houve restrição territorial para as participações. Os encontros foram semanais, nas segundas-feiras, no horário das 14h00 às 16h00, em espaço cedido pela comunidade. O espaço utilizado para a realização dos atendimentos coletivos foi em um salão anexo ao Centro Espírita que se localiza na mesma rua do CS, possuindo amplo espaço e cujos representantes têm vínculo com a unidade de saúde, colocando a estrutura predial à disposição.

Importante ressaltar que a escolha desse local se deu, inicialmente, visto a falta de espaço físico no CS, já que o auditório da unidade estava sendo ocupado com atendimentos dos casos da covid-19. A liberação do espaço do auditório ocorreu ainda no ano de 2022, porém a decisão de permanecer com o grupo fora do do CS foi mantida diante da percepção das profissionais de que as mulheres participantes ficavam mais à vontade não estando dentro do equipamento de saúde.

Sem periodicidade definida, as profissionais proporcionaram encontros temáticos pontuais com o objetivo de aprofundamento de temas do interesse das participantes ou que apresentaram recorrência nos atendimentos. Estes encontros temáticos contaram com a participação de convidadas externas e ofereceram atividades para além da reflexão grupal como, por exemplo, auriculoterapia, meditação guiada e intervenções culturais. Cabe pontuar aqui que houve dificuldades com a falta de recursos para a promoção destes encontros, sendo os custos com materiais e alimentação assumidos pelas próprias residentes.

Cada encontro do Grupo de Mulheres contou com uma profissional responsável pela coordenação e condução do grupo e uma profissional para os registros. Quando houve presença de crianças, uma profissional se responsabilizou pelos cuidados das mesmas para que as mães pudessem participar do encontro.

Os pactos firmados no início de cada encontro criaram um espaço em que as mulheres se sentiam à vontade e sem julgamentos para compartilhar suas inquietações e construir possibilidades diante delas, assim sendo: 1- preconizou-se às mulheres que, se tivessem algo que pudesse prejudicar a si mesma ou outras, que buscassem um momento em particular com uma das profissionais disponíveis; 2- é sabido que no atendimento coletivo podem surgir relatos íntimos, então solicitou-se sigilo sobre o que era compartilhado pelas participantes; 3-

ressaltou-se a importância do respeito à fala e o momento de cada uma e; 4- solicitou-se o não uso do celular no momento em que o grupo estava acontecendo.

Inspirou-se em Moreira (2019), reforçando a atenção para que o grupo não se transformasse em um espaço de lamentações, com visões fatalistas e com poucas oportunidades de reflexão e construção de algo novo; bem como para que sua prioridade não fosse o alívio da tensão, o apoio, a convivência e a construção de vínculos. A ênfase dada ao grupo foi além de um espaço de troca ou de relato das histórias cotidianas: buscou-se mediações para que o grupo fosse crítico reflexivo. Ainda que houvesse um ouvir atento, um ouvir de qualidade, a pauta era a ampliação da visão de mundo das mulheres que frequentavam o espaço.

O grupo teve sua divulgação de diferentes maneiras: através da identificação das demandas pelas(os) profissionais da saúde que tinham autonomia para fazer o convite às usuárias da unidade; cartazes fixados na unidade de saúde e em pontos estratégicos da comunidade; divulgação da arte e texto explicativo do grupo nas redes sociais do equipamento de saúde (storiesgram, postagens no Instagram, status do Whatsapp do CS e das equipes do mesmo); divulgação nos demais equipamentos governamentais e não governamentais no território ; divulgação em outros CS de forma virtual. Mais uma vez, pontua-se a dificuldade com recursos financeiros visto que impressões coloridas foram todas custeadas pelas próprias residentes.

Compreendeu-se o planejamento e a formação continuada como essenciais para a concretização do grupo. No que tange ao planejamento, ele aconteceu de forma semanal anterior a cada encontro, com duração de uma hora, construindo objetivos e pensando a prática profissional de acordo com estes.

O planejamento é um sustentáculo para a ação profissional, pois permite projetar a própria ação a partir do conhecimento obtido da realidade, da proposição de objetivos, da escolha de formas de abordagem e de instrumentos operativos, conectados à matriz teórico-metodológica norteadora do exercício profissional. A documentação é essencial em todos os momentos, pois assegura o registro de informações e o caráter de continuidade das ações, possibilita a sistematização de dados empíricos e embasa o planejamento no campo profissional e institucional (Miotto; Nogueira, 2009, p. 235-236).

No que tange à formação continuada, ela aconteceu mensalmente, com duração de duas horas, proporcionando o aprofundamento em temas que permearam os encontros do grupo. A educação continuada se fez essencial para aprofundar temas transversais e para

preparar as/os profissionais tanto em relação ao instrumento de atendimento, quanto em relação às demandas com recorte de gênero.

As avaliações sobre o grupo aconteceram semanalmente, logo após os encontros. Finalizado o grupo, as profissionais dispunham de tempo para discussões e encaminhamentos, quando necessários. Fizeram parte das avaliações os momentos de tutoria e preceptoria do Serviço Social e da Educação Física.

Quando foram identificadas demandas que extrapolavam a capacidade de atuação do atendimento coletivo, as profissionais de saúde discutiam possibilidades de articulação com os serviços no próprio CS, com serviços de outros equipamentos de saúde, com outras políticas públicas e, ainda, com organizações não governamentais presentes no território de atuação. Quando tratou-se de articulação para além dos muros do CS, o Serviço Social foi a categoria profissional que, majoritariamente, conduziu as articulações e encaminhamentos.

Corroborando com Moreira (2019), as profissionais executaram o Grupo de Mulheres porque acreditam que as reflexões feitas no grupo vão para os outros espaços da sociedade juntamente com essas mulheres. Almejou-se contribuir para a construção de uma sociedade sem as opressões que atravessam o cotidiano destas mulheres incentivando a participação em outros espaços como, por exemplo, no controle social do SUS.

Entende-se que não há um passo a passo ou uma fórmula para se trabalhar com grupos, mas ressalta-se a importância de um referencial teórico e metodológico consolidado. Parte-se do princípio de que as questões que afligem uma mulher são semelhantes àquelas que atingem às demais (Moreira, 2019). Assim sendo, o exercício rotineiro das profissionais de saúde foi deslocar para o âmbito do coletivo questões que aparentemente apresentavam-se individualizadas, visando estimular o questionamento acerca das relações sociais estabelecidas na sociedade.

3.2 ANÁLISE DOCUMENTAL DAS ATAS SOBRE AS DEMANDAS DO GRUPO DE MULHERES

Como já mencionado, o Grupo de Mulheres foi criado em março de 2022, mantendo o seu funcionamento até dezembro de 2023. Durante este período, foram realizados 58 atendimentos com temáticas diversas, construídas a cada encontro. Apesar do grupo não ter documentado o perfil das mulheres usuárias do serviço, cabem alguns apontamentos baseados no diário de campo da autora antes de adentrar nas necessidades de saúde destas mulheres.

Os atendimentos foram feitos a mulheres pertencentes ou não ao território de atuação do CS, sendo a maioria moradora do território. Em função do dia e horário dos atendimentos (segundas-feiras das 14 às 16hs), as participantes eram, majoritariamente, mulheres que não estavam incluídas no mercado formal de trabalho. A faixa etária dessas mulheres foi bem variada ao longo dos dois anos, mas foi possível observar a pouca presença de mulheres no início da idade adulta. É possível mencionar ainda que eram mulheres com algum adoecimento mental em busca de atendimento. Muitas vezes foi relatado que o grupo era uma alternativa à falta de acesso a profissionais da Psicologia. Apesar do espaço acolher as mulheres com seus filhos, a demanda foi baixa em relação ao acompanhamento das crianças, visto que é o horário de atendimento das creches do território à educação infantil. Contrastando com o perfil do território, as mulheres imigrantes não participaram do grupo, com raras exceções. As mulheres negras não foram maioria nas participações, também em oposição ao perfil das mulheres no território. Nos dois anos de execução do grupo, não houve a participação de mulheres transsexuais.

Entendeu-se de suma importância para o planejamento e avaliação do serviço a sistematização dos atendimentos coletivos em atas, com detalhes não alcançados nos sistemas de informação da saúde. Os dados refletem as necessidades do grupo atendido e a frequência dos temas abordados. A partir deles, é possível pensar novas abordagens, aprofundar o conhecimento teórico sobre os temas predominantes, pensar estratégias de intervenção, planejar ações socioeducativas, entre outros.

O Quadro 1 apresenta a sistematização da pesquisa documental realizada nas atas dos atendimentos coletivos nos anos de 2022. Foram realizados um total de 30 encontros coletivos do Grupo de Mulheres. Destes, 3 foram encontros temáticos sobre maternidade real, relações familiares e compulsão alimentar. Em relação aos dias que não houve participações, totalizando 3 encontros, 1 foi dia de chuva intensa e 2 em dias de jogos do Brasil na Copa do Mundo.

Quadro 1. Temas discutidos nos encontros do Grupo de Mulheres - 2022

Data	Número de Participantes	Temas
04/04/22	1	Depressão, conflitos familiares, não pertencimento ao local de moradia, saudade e desejo de volta à cidade natal.
11/04/22	4	Sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidados e o adoecimento mental oriundo destes.

18/04/22	6	Solidão, culpa, violência sexual na infância, luto, conflitos com os filhos, abuso de substâncias psicoativas e prostituição.
25/04/22	5	Depressão, a importância do lazer (coletivo e individual), fases da vida, dependência emocional e machismo.
02/05/22	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes. Acredita-se que devido à chuva intensa que acontecia no dia.
16/05/22	11	Maternidade real - encontro temático.
23/05/22	3	Relações familiares (irmãos; filhos), sobrecarga, mudanças (cidade, amigos, vínculos), vontade de passear/sair, saudade da juventude e coisas que fazia naquela época.
30/05/22	3	Dinâmicas sociais envolvendo constituição, vínculos e hábitos familiares, violência doméstica e gatilhos/repercussões de tal fato.
06/06/22	3	Processo de envelhecimento, autopercepção e percepção dos familiares, limitações e perspectivas do envelhecimento, reflexões sobre delegar atividades, dividir funções e aprender a dizer “não”.
13/06/22	3	Violência doméstica e familiar contra a mulher; moda sustentável.
20/06/22	2	Moda sustentável, violência contra a mulher, velhice, rede de apoio, relacionamentos, memórias do passado.
27/06/22	3	Grupos de interação e socialização (artesanato, centro espírita, ginástica), cuidados e planejamento no envelhecimento (previdência, aposentadoria, curatela) e violência doméstica.
04/07/22	1	Excesso de trabalho, falta de lazer, relações interpessoais, qualidade do sono
11/07/22	Falha no registro	Luto, ser cuidadora/papel da mulher no cuidado de familiares.
18/07/22	5	Enfermidades, mudanças no cotidiano advindas pela pandemia, envolvimento na comunidade e respeito.
25/07/22	4	Violência sexual contra crianças e adolescentes (incesto).
08/08/22	5	Hábitos alimentares, luto de familiares próximos, diferentes perspectivas sobre a morte perante as religiões e cuidados a familiares no final da vida.
15/08/22	5	Reuniões e conflitos familiares, dia dos pais, violência doméstica e relacionamentos abusivos.
22/08/22	6	Violência doméstica e familiar contra a mulher e relacionamentos abusivos.
29/08/22	3	Sobrecarga do trabalho doméstico e dos cuidados com os filhos, solidão, maternidade, mercado de trabalho após a maternidade.
05/09/22	4	Luto, memórias da infância e adolescência, relacionamento com genitores, falecimento das genitoras.
19/09/22	7	Dificuldades com término de relacionamentos, traição e luto.
26/09/22	12	Relações familiares - encontro temático.
03/10/22	4	O papel de cuidadora, luto, término de relacionamentos.

10/10/22	4	A importância de fazer coisas que lhe dão alegria, saber impor limites nas nossas relações e luto.
17/10/22	4	Conflitos intra familiares, papéis de gênero, violência sexual, violência doméstica, divórcio, traição, luto, culpabilização da mulher, saúde mental, suicídio.
24/10/22	7	Depressão, divórcio/partilha de bens, solidão, luto e relacionamento com os filhos.
31/10/22	4	Relações pessoais pós pandemia; coletividade, diferenças culturais e amizade.
07/11/22	5	Falha no registro.
21/11/22	2	Sensação de não pertencimento nos locais, se sentirem sozinhas sem rede de apoio, sensação de estar incomodando nos lugares que frequentam e a importância de mais autonomia no dia a dia.
28/11/22	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes. Acredita-se que devido ao dia de jogo do Brasil na Copa do Mundo.
05/12/22	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes. Acredita-se que devido ao dia de jogo do Brasil na Copa do Mundo.
12/12/22	7	Compulsão alimentar - encontro temático.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Dos 27 encontros efetivamente realizados o tema que aparece com maior frequência nos atendimentos *conflitos e relações familiares*, com 13 ocorrências, na mesma proporção que *violências contra a mulher e crianças/adolescentes*, também com 13 ocorrências, seguidas do tema *luto*, com 9 ocorrências, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Recorrência dos temas nos encontros do Grupo de Mulheres - 2022

Temas	Categorias	Recorrência
Relações intrafamiliares	Machismo (1) Papéis de gênero (1) Maternidade (2) Rede de Apoio (2) Traição (2) Divórcio (2) Sobrecarga do trabalho doméstico (2) Cuidados e sobrecarga de cuidados (5) Conflitos e relações familiares (13)	30
Saúde mental	Adoecimento mental (1) Saúde mental (1) Culpa (1) Dependência emocional (1) Abuso de SPA (1) Suicídio (1)	24

	Qualidade do sono (1) Compulsão alimentar (1) Depressão (3) Solidão (4) Luto (9)	
Pessoa idosa	Fases da vida (1) Autonomia (1) hábitos alimentares (1) Ausência e importância do lazer (2) Envelhecimento (3) Socialização (6)	14
Violências	Violências contra a mulher e criança/adolescente (13)	13
Migração	Diferenças culturais (1) Mudanças (1) Envolvimento na comunidade e respeito (1) Não pertencimento (2) Saudade (5)	10
Trabalho remunerado	Trabalho remunerado (4)	4
Pandemia de covid-19	Mudanças no cotidiano após a pandemia (1) relações pessoais após a pandemia (1)	2

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

As demandas foram agrupadas para proporcionar uma análise mais ampla, para além dos temas isolados. Chama a atenção a frequência em que temas intrafamiliares foram pautados, bem como àqueles que dizem respeito à saúde mental. Os temas que se relacionam com a pessoa idosa refletem a participação frequente das mulheres a partir de 60 anos no grupo. Em menor frequência, o grupo abordou temas sobre migração das participantes, trabalho remunerado e alterações do cotidiano após a vivência do período de pandemia da covid-19.

Da mesma forma, realizou-se a pesquisa documental para o ano de 2023. Foram realizados 37 encontros coletivos do Grupo de Mulheres. Destes, 2 foram encontros temáticos sobre autocuidado e envelhecimento. Em relação aos dias que não houveram participações, totalizaram-se 8 encontros em que haviam profissionais disponíveis para atendimento, porém sem participação da comunidade.

Quadro 3. Temas discutidos nos encontros do Grupo de Mulheres - 2023

Data	Número de Participantes	Temas
06/02/23	4	Família, pandemia, solidão.

13/02/23	7	O luto após o fim de um relacionamento afetivo, depressão, adoecimento físico em função de trabalho repetitivo e desgastante, machismo (situações em que a sociedade se sente à vontade para agir de forma agressiva com mulheres, porém não com homens, inclusive nos serviços públicos), responsabilidade do cuidado delegada a mulher (aqui especificamente falamos sobre casos de adoecimento e incapacidade/autonomia para realizar os cuidados diários).
27/02/23	3	Cuidados com familiares (marido e pai) e a falta da divisão desse cuidado entre os demais membros da família, a dificuldade relacionada aos momentos de distância dos filhos (sentimento de solidão) e a importância de um animal de estimação como companhia para o dia a dia.
06/03/23	5	Privilégios masculinos, sobrecarga das mulheres, uso abusivo de álcool, relacionamentos, gravidez na adolescência, culpabilização das mulheres.
13/03/23	7	Relações familiares, especialmente as conjugais, no que tange ao afeto ou à falta dele, o desgaste das relações ao longo do tempo, as dificuldades de um processo de separação; diferenças de atividades domésticas desempenhadas entre homens e mulheres (por que as mulheres fazem mais?), reflexão acerca do estigma que a sociedade coloca em pessoas que fazem uso de medicação contínua para saúde mental, o quanto esse estigma interfere em atitudes como, por exemplo, a retirada de medicações por conta própria; depressão; quais atividades trazem felicidade.
20/03/23	6	Sentimento de solidão e “inutilidade” diante da aposentadoria, falta de atenção e carinho dos familiares, dificuldades enfrentadas ao passar por um processo de divórcio (sobrecarga de cuidados com os filhos), luto recente, adoecimento psicológico devido a pandemia da covid-19 (questões relacionadas ao medo em excesso, afastamento do trabalho), e os cuidados e benefícios de ter animais domésticos como companhia.
27/03/23	8	Reflexões sobre solidão, fim de relacionamentos, luto, relacionamentos abusivos, violência urbana, alcoolismo, ingresso na educação para jovens e adultos.
03/04/23	5	Reações a medicamentos (tonturas, quedas, boca seca, tremores, pesadelos), relações familiares e cuidados (cônjuge, filhos, netos), medo, luto relacionamento (saúde, falta, isolamento, depressão).
10/04/23	7	Violência doméstica e familiar contra a mulher; violência sexual contra crianças; alcoolismo; adoecimento causado por trabalho precarizado e repetitivo; postura médica nas perícias do INSS.
17/04/23	6	Relações de afeto com animais de estimação, relações sociais e comunitárias, trabalho voluntário em instituições religiosas e serviço não remunerado no cuidado à casa/idosos/ filhos.
24/04/2023	8	Trabalho doméstico, conflitos familiares, maternidades, autoagressão, importância de rede de apoio e convivência, benefícios previdenciários.
08/05/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes.
15/05/23	3	Conflitos familiares, alcoolismo e solidão.
22/05/23	4	Conflitos familiares e violência contra a mulher.
29/05/23	13	Autocuidado - encontro temático
19/06/23	5	Conflitos familiares, importância da rede de apoio, identificar coisas que nos

		fazem bem.
26/06/23	5	Conflitos familiares e geracionais; sobrecarga materna; violência contra a mulher.
17/07/23	6	Relações de conflito entre mãe e filha, rede de apoio e relação conjugal.
31/07/23	5	Solidão, relações familiares, rede de apoio e vínculos afetivos fragilizada
07/08/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes
14/08/23	6	Relações e vínculos familiares, histórias experienciadas ao longo da vida e reflexões sobre as dificuldades já superadas e existentes.
21/08/23	6	Relações e vínculos familiares, por vezes conflituosos, relação mãe e filha, reflexão sobre o papel da mãe e reflexão sobre os diagnósticos em saúde mental.
04/09/23	10	Envelhecimento - encontro temático.
11/09/23	5	Relações e vínculos familiares, rotina do dia-a-dia relacionada a importância de encontrar atividades prazerosas, cuidados e preocupação com a saúde, participante relata incômodo com sensação de “queimação” no estômago há alguns meses, foi feito o auxílio no preenchimento do formulário para solicitação de consulta.
25/09/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes.
02/10/23	5	Relações familiares e solidão.
09/10/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes.
16/10/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes.
23/10/23	4	Relações familiares e solidão.
30/10/23	3	Questões relacionadas à saúde das participantes e dificuldades com profissional que consultou no serviço privado; atividades de lazer que realizou nas últimas semanas que são esporádicos, visto a baixa participação de outras pessoas nos grupos em que está inserida, além do próprio Grupo de Mulheres; o impacto que as visitas feitas na comunidade impactam positivamente na vida e como minimizar os efeitos de estar em contato com pessoas adoecidas.
06/11/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes.
13/11/23	5	Questões relacionadas à saúde física e mental das participantes, relações familiares, planos para o final do ano e memórias sobre a juventude.
20/11/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes
27/11/23	3	Conflitos familiares, adoecimento, relacionamentos conjugais.
04/12/23	4	Conflitos familiares e doença psiquiátrica; relações afetivas; perspectivas de futuro.
11/12/23	3	Relações familiares.
18/12/23	0	Atendimento coletivo não realizado pela ausência de participantes.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Dos 31 encontros efetivamente realizados o tema que aparece com maior frequência nos atendimentos com o grupo é *conflitos e relações familiares*, com 24 ocorrências, seguido de *solidão* com 8 ocorrências. O tema *violências contra a mulher e crianças/adolescentes*, aparece em seguida, com 6 ocorrências, conforme Quadro 4.

Quadro 4. Recorrência dos temas 2023

Temas	Categorias	Recorrência
Relações intrafamiliares	Machismo (1) Privilégios masculinos (1) Divórcio (1) Ausência de afeto (1) Maternidade (2) Animais domésticos (3) Sobrecarga do trabalho doméstico (4) Rede de apoio (4) Cuidados e sobrecarga de cuidados (5) Conflitos e relações familiares (24)	46
Saúde mental	Auto agressão (1) Saúde mental (1) Estigma sobre uso de medicação contínua para saúde mental (1) Reações por uso de medicamentos (2) Adoecimento mental (2) Depressão (2) Luto (4) Abuso de álcool (4) Solidão (8)	25
Violências	Violências contra a mulher e criança/adolescente (6)	6
Trabalho remunerado	Doenças relacionadas ao trabalho (2) Postura médica dos peritos do INSS (1) Trabalho voluntário (1)	4
Pessoa idosa	Sentimento de inutilidade (1) Relações sociais e comunitárias (2) Envelhecimento (1)	4
Autocuidado	Autocuidado (3)	3
Saúde física	Saúde física (3)	3
Gravidez na adolescência	Gravidez na adolescência (1)	1
Violência urbana	Violência urbana (1)	1

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Assim como referente ao ano de 2022, em 2023 também chama a atenção a frequência em que *temas intrafamiliares* foram pautados, bem como àqueles que dizem respeito à *saúde*

mental. A frequência com que aparece o tema *trabalho remunerado* foi igual em ambos os anos. Com uma frequência inferior ao ano de 2022, aparecem *temas sobre a pessoa idosa*, com 4 ocorrências em 2023, já *auto cuidado e saúde física* se apresentam na mesma proporção, com 3 ocorrências. Por fim, *gravidez na adolescência e violência urbana* foram temas com uma única ocorrência ao longo do ano.

3.3 A (IN)VISIBILIDADE DAS DEMANDAS DAS MULHERES NA APS

Neste subitem pretende-se avançar para uma análise do relato de experiência e da pesquisa documental apresentada. Os resultados evidenciam, primeiramente, a necessidade de olhar para as particularidades das mulheres na APS. As mulheres são a maioria da população usuária do SUS. A partir das informações da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, Cobo, Cruz e Dick (2021, p. 4023) referem que “ a proporção de mulheres que consultaram um médico nos 12 meses anteriores à realização da entrevista foi de 82,3%, enquanto a porcentagem de homens foi de 69,4%”.

É perceptível o quanto “as questões ligadas ao social atravessam o tempo todo a prática em saúde e sobre o processo saúde-doença” (Wiese, 2010, p. 236) e as mulheres buscam este serviço de saúde para abordar questões do social presentes no seu cotidiano. Refletir sobre conflitos e relações familiares, bem como sobre violências contra as mulheres na saúde é compreender que estas temáticas estão entre as determinações sociais de saúde. Assim sendo, o diálogo com a perspectiva de gênero é necessário para se contemplar o princípio da integralidade. “Além de vários determinantes socioeconômicos, políticos e culturais, as relações de gênero desempenham papel fundamental na produção desses agravos à saúde” (Barata, 2009, p.87).

As temáticas agrupadas como conflitos e relações familiares possuem uma estreita relação com a temática de violências, já que a maioria das violências contra as mulheres são cometidas dentro do ambiente doméstico e familiar. As necessidades das mulheres trazidas dentro destes temas estiveram relacionadas, principalmente, às assimetrias das relações de poder com seus companheiros e/ou genitores. Assim, compreender a instituição família para além da idealização romantizada que prevalece no senso comum, implica reconhecer que as relações familiares são feitas de

[...] afetos, cuidado e apoio, de exploração do trabalho, do exercício da autoridade e da violência. A violência doméstica afeta, sobretudo, as pessoas mais vulneráveis nos agrupamentos familiares: mulheres - por razões

socioeconômicas e pela construção simbólica do feminino como subordinado ao masculino - , crianças e idosos [...] (Biroli, 2018, p. 91).

Importante ressaltar que as mulheres relataram, por vezes, não ter mencionado em consulta com a ESF as demandas postas no espaço do Grupo de Mulheres. Apesar da progressiva aceitação da ideia de que a violência doméstica contra a mulher é um problema de saúde pública, D'Oliveira *et al.* (2020) concluíram que há ainda muitos obstáculos para o trabalho com a violência contra a mulher na APS, entre eles: os profissionais dos serviços de saúde não considerarem a violência como um problema de saúde; os profissionais não saberem como indagar sobre a violência doméstica, achando mais adequado esperar que elas tragam a demandas; o desconhecimento dos protocolos de atendimentos; a falta de tempo articulada à sobrecarga e à percepção de que a violência é um assunto cujo cuidado pode levar muito tempo para ser trabalhado; o desconhecimento ou desconfiança da rede intersetorial; o medo à represália dos agressores; a APS não ser reconhecida pelas mulheres como espaço capaz de acolher essa demanda; a culpabilização das mulheres pelos profissionais.

Diante dos obstáculos listados, acrescenta-se a sub notificação das violências contra as mulheres na APS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)⁶. Se essa demanda não é pautada durante as consultas, ela também não vai estar refletida nos dados que serão utilizados para o planejamento da Política de Saúde. Durante a experiência relatada, foi perceptível o desconhecimento de profissionais sobre como fazer a notificação ao atender uma violência e, ainda, a não compreensão sobre a necessidade de notificação.

E quando a prática profissional não contempla as necessidades reais dessas mulheres, ou seja, aquilo que lhe causa depressão, ansiedade, dores de cabeça, auto agressão e/ou tentativa de suicídio, entre outras, ela não alcança a integralidade do atendimento e, além, ela contribui para a continuidade destas violências, visto que “o silêncio sobre as injustiças na família alimenta a tolerância à exploração e à violência e acomoda exigências diferentes de respeito à integridade física e psíquica dos indivíduos [...] (Biroli, 2018, p. 93).

Apesar de tais apontamentos, D'Oliveira *et al.* (2020) apresentam a APS enquanto um espaço privilegiado na caminhada das mulheres em busca de ajuda para as violências. Elencam três razões para sustentar essa afirmação: a primeira, está no fato da APS ser a porta de entrada do SUS sendo um dos primeiros locais a serem buscados caso haja necessidade de

⁶ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (Ministério da Saúde, 2006, p. 9).

atendimento assistencial; a segunda, diz respeito ao atributo da longitudinalidade que proporciona às/aos profissionais da saúde um acúmulo de experiência para atuar no âmbito familiar; e, por fim, a terceira está no fato de que a assistência deve ser ofertada de forma contínua, de forma que haja incentivo para que o serviço seja buscado mesmo na ausência de doenças e/ou queixas. Apontam que a busca ativa das mulheres em situação de violência doméstica, o estabelecimento de vínculo, o trabalho em equipe, a definição sobre o papel de cada profissional na APS, o não julgamento moral destas mulheres são facilitadores do atendimento a estes casos.

A APS é um local com grande potencialidade para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica. Os profissionais já se deparam com casos e reconhecem que o problema é da saúde pública. No entanto, questões estruturais do trabalho em saúde, como a redução das necessidades de saúde às patologias, e questões estruturais da organização dos serviços, – como tempo; protocolos; e falta de segurança, de fluxos claros, de treinamento, de trabalho em equipe e de reconhecimento da rede intersetorial – são importantes obstáculos. Ao mesmo tempo em que depende de uma APS comprometida com a integralidade e o cuidado, a resposta efetiva aos casos de violência contra a mulher busca construir essa atenção integral. Em tempos de cortes das políticas sociais e censura à discussão de gênero, precisamos nos posicionar mais fortemente em relação às políticas já conquistadas, mas que só serão implementadas com um grande esforço que inclui, de forma primordial, o componente de gestão e organização de serviços; e a participação e controle social (D'Oliveira *et al.*, 2020, p. 11).

As demais temáticas alvo de reflexão no Grupo de Mulheres também apresentam relação com conflitos familiares e violências. Os conflitos estavam, em muito, vinculados à sobrecarga do trabalho doméstico e dos cuidados com os filhos e/ou pessoas idosas e/ou pessoas com deficiência na família, portanto, relacionados à tarefa do cuidar atribuída historicamente à mulher. Vale recordar que as mulheres procuram a unidade de saúde para seu próprio atendimento, mas frequentemente estão acompanhando crianças, idosos e pessoas com deficiência. Essa sobrecarga da tarefa de cuidar acaba por restringir a participação da mulher em outras esferas da vida, enquanto libera os homens deste trabalho no âmbito doméstico. Essa desigualdade reflete em maiores dificuldades para as mulheres no exercício do trabalho remunerado (Biroli, 2018). A falta do trabalho remunerado deixa a mulher dependente financeiramente do seu companheiro, reforçando as relações de poder mencionadas anteriormente.

Os conflitos e violências eram determinantes para outros temas que surgiam nos encontros como, por exemplo, a solidão, que apareceu de forma expressiva nos encontros e que se dava, muitas vezes, em função de restrição posta pelos companheiros ao ambiente doméstico, durante anos, a ponto de não disporem de tempo para convivência comunitária,

comprometendo a criação e fortalecimento de uma rede de apoio. Percebe-se, ainda, que a restrição ao ambiente doméstico impossibilita essas mulheres de terem acesso ao mercado de trabalho, as tornando dependentes financeiramente de seus companheiros e reduzindo sua autonomia, inclusive, para romperem com algum ciclo de violência.

Outro exemplo, é a traição, visto que diante do contexto de não autonomia financeira, envelhecimento, isolamento social e baixa auto estima, as mulheres expostas a essa situação manifestam sofrimento e incapacidade de findar a relação conjugal. O adoecimento mental e sofrimento advém do contexto em que essas mulheres se encontram.

Acrescenta-se ainda, a reflexão sobre o tema envelhecimento e adoecimento de mulheres, visto que, quando estas não atendem a um padrão de beleza e/ou funcionalidade, passam a ser vistas por seus companheiros como descartáveis. Isso em muito tem a ver com a presença dos temas sobre alimentação e compulsão, uma vez que há uma preocupação manifestada pelo emagrecimento e em atender o que se espera da aparência de uma mulher.

Diante da complexidade e da transversalidade dos temas, reforça-se a necessidade de extrapolar as demandas imediatas da população usuária. O relato de experiência mostra a riqueza de temas que emergiram no Grupo de Mulheres, um espaço pensado para a construção do vínculo, para dar o lugar de fala, para oferecer escuta qualificada e com tempo, para construir a reflexão horizontalmente com as usuárias do serviço.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar as demandas das mulheres no serviço de saúde da APS no município de Florianópolis, através de um relato de experiência de atendimento coletivo de forma interdisciplinar em equipe multiprofissional. Teve como pretensão contribuir com a discussão sobre a atuação da/o Assistente Social na saúde em consonância com as determinações sociais em saúde.

O desenvolvimento do trabalho apresenta as principais demandas das mulheres nos anos de 2022 e 2023, sendo elas representadas nos temas conflitos e relações familiares e violências, refletindo sobre a importância de uma prática profissional pautada no conceito ampliado de saúde. Ademais, aponta as necessidades de olhar para as particularidades da saúde das mulheres considerando as relações de poder entre mulheres e homens visto que essa organização social interfere na saúde das mulheres.

Para trabalhar tais temáticas, reforça-se a importância do atendimento multiprofissional e interdisciplinar de forma a identificar estas necessidades e incorporá-las ao

atendimento em saúde visando o atendimento integral das mulheres. Entende-se que “a integralidade é inerente à concepção ampliada de saúde” (Miotto; Nogueira, 2009, p. 228) e tem como consequência uma prática interdisciplinar e intersetorial que rompe com a fragmentação das demandas na política de saúde, viabilizando o direito social à saúde (Miotto; Nogueira, 2009). Aponta-se o atendimento coletivo na APS através de grupos como uma alternativa de abordagem para a promoção da saúde das mulheres de forma interdisciplinar, alinhando-se aos princípios da APS, permitindo a promoção da saúde ao abordar fatores determinantes com o recorte de gênero.

Além disso, ressalta-se a necessidade da ESF reconhecer essas demandas e acompanhar os atendimentos das necessidades das mulheres na APS que, muitas vezes, exige extrapolar a consulta individual. Portanto, é preciso que as/os profissionais efetivas/os que compõem a ESF se comprometam com espaços como, por exemplo, o atendimento coletivo através de grupos a fim de garantir o trabalho na APS tal como é preconizado. Na experiência relatada, essa foi uma dificuldade vivenciada, sendo o Grupo de Mulheres composto majoritariamente por residentes da Equipe Multiprofissional.

Vale reforçar que, para além da motivação individual das/os servidoras/es em pautar seus atendimentos no conceito ampliado de saúde, é preciso que a gestão dos serviços de saúde se comprometam a fornecer condições objetivas para que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar aconteça. Para tanto, faz-se necessário combater a precarização dos serviços de saúde: ampliando o quantitativo de profissionais nos equipamentos, mantendo o compromisso com espaços de educação continuada, organizando os serviços de forma a garantir o foco nas/os usuáries do SUS, utilizando indicadores que superem as limitações postas pelo Programa Previne Brasil, entre outros.

Destaca-se ainda a importância de pensar as metodologias de forma a tornar o atendimento inclusivo como, a exemplo do realizado no Grupo de Mulheres, fornecer espaço para acolhimento de crianças de forma a não excluir as mulheres mães e cuidadoras. Outro exemplo foi a estratégia de ofertar um grupo para mulheres planejado e executado por mulheres: haveria a mesma aderência se houvessem homens mediando o grupo? É preciso resgatar a indissociabilidade de teoria e prática, alinhando o “como fazer” à intencionalidade das ações.

Enfim, o desafio é “superar a segmentação e hierarquização das necessidades e de considerá-las divididas em caixas separadas – biológico / social / psicológico – e distantes da compreensão da saúde determinada socialmente” (Caetano, 2012, p.58). Eis a questão central que se coloca para a APS.

REFERÊNCIAS

BARATA, Rita Barradas. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 73-94. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2024.

BIROLI, Flávia. **Gênero e Desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo, Sp: Boitempo, 2018.

BRASIL. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 09 fev. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 07 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 09 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf Acesso em: 07 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à saúde da família. **Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano**. V1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf Acesso em: 07 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017. disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 07 fev. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 80 p. : il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S. (org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2024

CAETANO, P. S. **O serviço de emergência sob o prisma da integralidade: um olhar para além das demandas biomédicas**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Área Urgência e Emergência) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200016>. Acesso em: 07 fev. 2024.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, Ims/Uerj, Abrasco, 2009. p. 117-130. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/sentidos-da-integralidade8edicao.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2024.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 07 fev. 2024.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHdVj/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 09 fev. 2024.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade. **Revista Quadrimestral de Serviço Social**, São Paulo, v. 21, n. 62, mar. 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190164, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ttjMwYKXCHCxxhKHjSVpMYL/#>. Acesso em: 09 fev. 2024.

SCOREL, Sarah.NASCIMENTO, Dilene Raimundo de.; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade.; GERSCHMAN,

Silvia.; EDLER, Flávio Coelho (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-81. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-9542>. Acesso em: 07 fev. 2024.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Portaria nº 22/2016, de 08 de novembro de 2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Florianópolis, SC. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf. Acesso em: 07 fev. 2024.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Carteira de Serviços do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde**. Florianópolis, 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

JORGE, Ediane Moura; PONTES, Reinaldo Nobre. A Interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões / interdisciplinarity and social work. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 175-187, 13 jul. 2017. EDIPUCRS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2017.1.26444>. Acesso em: 07 fev. 2024.

LIMA, Carla Mayana Araújo. A intervenção do serviço social na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-CE: um relato de experiência profissional. *In*: LOPES, Cinthia Fonseca; CRUZ, Erivânia Bernardino (org.). **Política de saúde e políticas sociais em tempo de pandemia**. Fortaleza - Ce: Socialis, 2023. p. 146-164.

MARCONSIN, Cleier. Documentação em Serviço Social: debatendo a concepção burocrática e rotineira. **Serviço Social: temas, textos e contextos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 65-76, abr. 2013.

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli Regina. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 118-132, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18648>. Acesso em: 07 fev. 2024.

MEDRADO, Josiane Ribeiro Silva. **Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no estado do Rio de Janeiro**: implantação, avanços e perspectivas. 2022. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva MP) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18502>. Acesso em: 07 fev. 2024.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 8, n.1, 2009, p. 22-48. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5673/4126>. Acesso em: 07 fev. 2024.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília., v.11, n. 25, p.221-243, jul./dez. 2009. Disponível em:

https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733. Acesso em: 07 fev. 2024.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para a reflexão crítica**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2019.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.*, (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006a.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *In*: MOTA, A. E. et al., (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, OPAS, 2006, p. 273-303. Disponível em:

https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1379620/mod_resource/content/1/Vera%20e%20Mioto%20planejamento%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 07 fev. 2024.

DE OLIVEIRA, Andréia; GHIRALDELLI, Reginaldo. O Serviço Social na atenção primária à saúde. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, [S. l.], v. 17, n. 44, 2019. DOI: 10.12957/rep.2019.45243. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/45243>. Acesso em: 07 fev. 2024.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de; SOARES, Raquel Cavalcante. Crise sanitária e atenção primária: a atuação de assistentes sociais nos territórios. **Revista Katálisis**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 128-138, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e89976>. Acesso em: 07 fev. 2024.

Wiese, Michelly Laurita. **O Processo de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família: um estudo sobre as demandas sociais na saúde**. 2010. 302 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17486>. Acesso em: 07 fev. 2024.