

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES

Experiências premiadas no Laboratório de Inovação sobre Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres

Série SUS Que Dá Certo, 5



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



Conselho Nacional
de Saúde

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES

Experiências premiadas no Laboratório
de Inovação sobre Participação Social na
Atenção Integral à Saúde das Mulheres

Série SUS Que Dá Certo, 5

Brasília, 2017



Participação social na atenção integral à saúde das mulheres. Experiências premiadas no laboratório de inovação sobre participação social na atenção integral à saúde das mulheres.

ISBN: 978-85-7967-129-6

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2018**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em sua página web (www.paho.org/bra). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir alguma de suas publicações, integralmente ou em parte, deverão ser feitas ao Programa de Publicações por meio da página web: www.paho.org/permissions.

Citação sugerida. Participação social na atenção integral à saúde das mulheres. Experiências premiadas no laboratório de inovação sobre participação social na atenção integral à saúde das mulheres. Série SUS que dá certo, 5. Brasília, DF: OPAS; 2018

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

Tiragem: 5.000 exemplares
Série SUS Que Dá Certo, nº 5

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS no Brasil

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

Brasília/DF. Brasil. CEP: 70-800-400



e-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org

www.paho.org/bra

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 103B. Zona Cívico Administrativa.

Brasília/DF. Brasil. CEP: 70.058-900

e-mail: cns@saude.gov.br

www.conselho.saude.gov.br

Grupo de Trabalho e Organização:

Jeni Vaitsman

José Mendes Ribeiro

Alejandra Carrillo Roa

Carmen Lúcia Luiz

Eline Jonas

Fernando Antônio Gomes Leles

Heliana Neves Hemetério dos Santos

Jupiara Gonçalves de Castro

Kátia Maria Barreto Souto

Diagramação:

All Type Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Presidente:

Ronald Ferreira dos Santos

Mesa Diretora:

Ronald Ferreira dos Santos

André Luiz Oliveira

Geordeci Menezes de Souza

Cleoneide Paula Oliveira Pinheiro

Edmundo Dzuawi Omoré

Francisca Rêgo Oliveira Araújo

Neilton Araújo de Oliveira

Arlison da Silva Cardoso

Composição da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher:

Carmen Lucia Luiz

Analice Dantas Santos

Francisca Valda da Silva

Madalena Margarida da Silva

Sílvia Andrea Viera Aloia

Heliana Neves Hemetério dos Santos

Ângela Amanakwa Kaxuyana

Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros

Maria Lúcia Santos Pereira da Silva

Maria Gerlúvia de Melo Maia Angelim

Jercilene Ferreira

Stella Matta Machado

Secretaria Executiva:

Neide Rodrigues dos Santos (in memorian)

Ana Carolina Dantas Souza, Secretária-Executiva do CNS

Marco Aurélio Pereira, Secretário-Executivo Substituto.

Assessoria Técnica:

Neuza Viana Castanha

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
Parte I	9
Panorama da Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres	11
Parte 2:	
DESCRIÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS	17
Projeto passo a pássaro, Penitenciária Feminina de Teresina/Piauí	19
Portas Abertas	
Saúde Integral das Pessoas Trans: Cuidar e Acolher	25
Mulheres da AP 2.2: Grupos de convivência, educação em saúde e geração de renda nas unidades da ESF	31
Projeto Barriguda	43
Práticas de cuidado em saúde com trabalhadoras do sexo	49
TransformaDor: parir com amor, sem violência	55

APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, e a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS no Brasil), desenvolveram, no âmbito da cooperação técnica do Termo de Cooperação nº 68, o Projeto “Laboratório de Inovação sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres”, com o objetivo geral de identificar e valorizar práticas exitosas e inovadoras sobre o papel da participação social para a promoção do acesso e da qualidade da atenção à saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade.

O referido Laboratório de Inovação compôs o processo de mobilização e organização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu), realizada em agosto de 2017 pelo CNS, com o tema “Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade”. Foi uma importante oportunidade para dar maior visibilidade a essas experiências no momento em que todos os estados debatiam a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher na perspectiva de avaliar seus avanços e desafios com vistas a sua revisão.

Dentre as experiências apresentadas, foram selecionadas seis práticas exitosas e inovadoras, alinhadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da integralidade e universalidade com equidade, e nas quais a participação social foi a mola propulsora e enriquecedora do processo, aliada ao compromisso da gestão local e de pesquisadores militantes da academia, demonstrando que o SUS é espaço de cuidado, mas também de cidadania e exercício de direitos.

Os relatos socializados nesta publicação demonstram a pluralidade e diversidade das vidas e da saúde das mulheres, de um Brasil continental, mosaico de realidades, e reafirmam o SUS como espaço de transformação e defesa da vida e da saúde. As experiências demonstram que é possível ter uma saúde de qualidade e com acolhimento humanizado quando se tem compromisso e vontade política da gestão, compromisso dos(as) trabalhadores(as), quando as instituições formadoras assumem seu papel pedagógico considerando a realidade das populações envolvidas e a participação social é respeitada, ouvida e integrada como sujeito político e agente de mudança.

Essa publicação tem o desafio de despertar corações e mentes, contribuir com reflexões sobre as práticas de gestão, de cuidado e de participação social, em defesa de um SUS integral, universal e equânime, potencializando ações e compromissos que promovam a saúde e a participação social na luta pela garantia da saúde, de direitos e em defesa do SUS.

Ronald Ferreira dos Santos – Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Carmen Lucia Luiz – Coordenadora Adjunta Nacional da 2ª CNSMu e da CISMU/CNS

*Joaquín Molina – Representante da Organização Pan-Americana da Saúde
/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil*

Parte I

Panorama da Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres



Introdução

Os seis projetos premiados pelo “Laboratório de Inovação sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres, CNS/OPAS”, descritos e analisados nesse documento, têm como mérito principal – para além de suas qualidades, características e resultados – demonstrar a necessidade de se consolidar, no Brasil, um estado de proteção social.

Ainda que esse seja um projeto universalista e, portanto, dependa de investimentos nas políticas de saúde, educação, renda mínima, trabalho, moradia, urbanização e cultura, as experiências aqui apresentadas demonstram nitidamente que, apesar da proteção social ser um processo político construído em médio prazo, é totalmente possível – do ponto de vista político e, sobretudo, financeiro –, desenvolver políticas, projetos e ações que, em curto prazo, reduzam sobremaneira as principais desigualdades, injustiças e vulnerabilidades sociais brasileiras.

A sustentabilidade e a replicação desses e de outros projetos, programas e ações constituiriam, assim, as bases emergenciais que, suprindo as lacunas mais imediatas, apontariam, pelo protagonismo de seus participantes, os problemas, as instituições e as políticas públicas que, submetidas a processos incrementais, produziriam o bem-estar social tão ansiado pelos brasileiros.

O Quadro 1 apresenta os Projetos premiados pelo CNS e pela OPAS, sistematizando-os a partir de seus público-alvo, objetivos e métodos. Uma análise inicial mostra que, a despeito dos excelentes resultados obtidos (trabalhados nos capítulos seguintes), o valor e a importância de suas existências são irrefutáveis, pois são voltadas para segmentos da população historicamente desprovidos de apoio do Estado e dos governantes: cidadãs brasileiras que, em muitas situações e por muitos anos, só receberam do poder público respostas negativas, violentas, persecutórias e de negação de valores.

Quadro 1 – Laboratório de Inovação sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres, CNS/OPAS: Projetos Premiados distribuídos por Público-alvo, Objetivo e Aspectos Metodológicos Selecionados”

Projeto	Público-alvo	Objetivo	Aspectos Metodológicos Selecionados
Passo a Pássaro (Teresina/Piauí)	150 Internas da Penitenciária Feminina de Teresina/Piauí	Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas privadas de liberdade	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Comunitária Integrativa • Foco no consumo problemático de substâncias psicoativas • Possibilidade das internas também se formarem terapeutas comunitárias
Projeto Barriguda	300 famílias da comunidade quilombola de Capoeiras, Município de Macaíba/RN	Contribuir com a estratégia de cuidado de saúde materna em mulheres quilombolas	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento Pré-natal • Rodas de conversa
Ambulatório Trans de Sergipe: “Portas abertas – saúde integral das pessoas Trans: cuidar e acolher”	62 transexuais	Discutir a travestividade e transexualidade, assim como o acesso dessa população ao SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatório para atendimento integral da população trans no Sergipe • Combate à transfobia institucional
Mulheres da AP 2.2: grupos de convivência, educação em saúde e geração de renda nas Unidades de ESF	114 mulheres de 5 comunidades carentes da Grande Tijuca, região da AP 2.2 do Município do Rio de Janeiro/RJ	Apoiar e fortalecer grupos de trabalhos manuais com mulheres em unidades da ESF, com possibilidades de geração de renda	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos são uma estratégia terapêutica em saúde mental • Valorização da autoestima por meio da produção de artefatos nos grupos • Processo de produção desencadeia a discussão sobre a realidade, supera medos, cria vínculos • Possibilidades de geração de renda com a venda dos produtos
TransformaDor: parir com amor, sem violência	430 mulheres negras e seus acompanhantes, atendidos pela Unidade Municipal de Saúde da Pratinha, em Belém/PA	Visibilizar e superar a violência obstétrica que, no Brasil, atinge, sobretudo, mulheres negras	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões quinzenais na Unidade Municipal de Saúde • Utilização da pedagogia do oprimido e do método Paulo Freire, com foco na educação transformadora • Combate à violência obstétrica
Práticas de Cuidado em Saúde com Trabalhadoras do Sexo	70 trabalhadoras do sexo em Fortaleza/CE	Aproximar as mulheres aos serviços de saúde e despertar o cuidado de si Promover a adaptação dos serviços às dinâmicas das zonas de prostituição	<ul style="list-style-type: none"> • Territorialização das atividades nos locais de prostituição • Criação de vínculos por meio de conversas e distribuição de informativos • Rodas de conversa e oficinas de maquiagem

Fonte: Relatórios dos Projetos. Elaboração própria.

A simples leitura do Quadro 1 evidencia o quanto as mulheres que fazem parte do público-alvo carecem da solidariedade social e do apoio das políticas públicas,

às quais tem direito enquanto cidadãs. Mais ainda: uma reflexão, nem tão elaborada assim, evidencia o quanto de bonito, inteligente, valoroso e criativo essas mulheres tiveram desperdiçados, apenas por serem socialmente marginalizadas.

Uma visão crítica dos avanços dos últimos 15 anos do país gera, porém, esperanças! Esperanças que o leitor, com certeza, compartilhará ao ler os relatos de cada projeto, de cada experiência. Dessa leitura prazerosa, compartilhará, também, de duas certezas: a sustentabilidade e a replicabilidade desses projetos – e de muitos outros que esse prêmio obviamente não pode alcançar – não são nem desafios impossíveis, nem tão difíceis de se conquistar.

A estrutura, os recursos humanos e financeiros e o compromisso que a manutenção e a multiplicação de tais projetos demandam são muito pequenos para um país como o Brasil e para uma sociedade comprometida, pelo menos, com a redução das desigualdades, a promoção de uma vida menos injusta e de uma cultura de paz.

Nesse contexto, o principal valor desse documento é o de ser um guia, um mapa, uma bússola para o Estado brasileiro.

Os projetos aqui relatados, efetivamente, apontam como sociedade e poder público podem avançar incisivamente na redução das desigualdades, ainda que se queira colocar em primazia práticas econômicas ortodoxas e conservadoras em relação ao gasto e ao investimento público.

Característica máxima desse Laboratório de Inovação, o foco essencial nas mulheres, grita a plenos pulmões: em todos os projetos, as mulheres não são passivas ou mera receptoras de possíveis benfeitorias. Ao contrário: são ativas, proativas e altivas!

A despeito de sua situação mediata, de seu passado, de seus acertos e equívocos, de seus desejos e anseios, as mais de 1.000 mulheres que construíram esses projetos, são, acima de tudo, suas protagonistas. Esse é o caminho para a superação das desigualdades: protagonismo!

Protagonismo que vai visibilizar e valorizar diferentes vivências e características: presas, grávidas, jovens, idosas, mães, filhas, heterossexuais, bissexuais, transexuais, pacientes do SUS, ativistas, em terapia e terapeutas... e muito mais... tudo que queiram ser, pois têm esse direito, inscrito em nossa Constituição.

Visibilidade feminina, eis a palavra de ordem! E, no SUS, essa palavra de ordem tem força, embora venha enfrentando muitos obstáculos para se concretizar ao longo da trajetória de sua construção na busca por uma concepção integral em saúde.

A mobilização dos diferentes movimentos sociais e políticos foi crucial para incorporação do conceito de integralidade na saúde pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ainda em 1983, antes mesmo da criação do SUS.

Pouco mais de vinte anos depois, em 2004, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o foco da política voltada para as mulheres é ampliado, ultrapassando-se as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva e incorporando-se um espectro mais aberto de necessidades, diversidade e demandas específicas de vários segmentos e grupos sociais.

As ações da política devem “atingir mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras)” (BRASIL, 2014). A perspectiva de gênero, raça e etnia bem como a promoção da saúde tornam-se princípios norteadores das ações da política voltadas para os segmentos mais vulneráveis da população feminina (Rattner, 2014).

Outro marco na conquista dos direitos, e aqui como radicalização do direito à diferença, foi a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), em 2011 (BRASIL, 2012), como um reconhecimento das demandas dessa população em condição de vulnerabilidade e que segue as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2004a).

O grande avanço dessa política é o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

Orientação sexual, etnia, raça, classe social e local de moradia são variáveis que incidem diretamente sobre a saúde e condições de vida (Costa, 2009) e as políticas por maior equidade em saúde não podem deixar de enfrentar as situações que as produzem bem como suas consequências sobre grupos e indivíduos.

As experiências relatadas são intervenções que procuram enfrentar essas consequências sobre os sujeitos por meio de formas de ação participativas nos serviços e espaços de produção de saúde.

O Laboratório identificou as experiências que articularam duas importantes diretrizes políticas que estão no cerne da construção do SUS e de uma agenda de inclusão social: atenção integral à saúde das mulheres e participação social.

Os resultados foram muito satisfatórios e até surpreendentes, pois se conseguiu levantar e conhecer experiências inovadoras e até então pouco conhecidas reunindo essas duas diretrizes da política de saúde.

A noção de integralidade pode ser vista a partir de várias perspectivas, seja como integração entre ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde nos vários níveis de atenção; como atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; como articulação de políticas públicas intersetoriais incidindo sobre as condições de vida e os determinantes da saúde (Paim & Vieira da Silva, 2010). Em relação aos resultados da integralidade da atenção à saúde, Souto (2008) argumenta que esses não podem ser alcançados sem a inclusão da perspectiva de gênero e sua inserção na agenda política do governo e da sociedade civil. A integralidade para essa autora e nesse sentido constitui um dispositivo pedagógico para a construção da cidadania pois está no cerne da luta pela saúde como um direito.

Todas as seis experiências selecionadas corroboram esse argumento ao colocarem em relevo a importância das relações entre os mais diversos tipos de atores, de organi-

zações governamentais e não-governamentais e os próprios sujeitos das ações para se promover práticas de integralidade e inclusão por meio de mobilização e participação.

O exercício dos direitos é uma construção que não se faz fora das instituições e dos valores democráticos. Participação social e integralidade da atenção como parte dos princípios normativos do SUS tem sido ao longo de sua trajetória, caminhos para a incorporação das diferenças e especificidades na atenção à saúde. O reconhecimento das diferenças e da diversidade dos sujeitos se coloca como um dos pontos centrais da agenda de combate às desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

O acesso desigual aos recursos econômicos, sociais e políticos a serviços e ações de saúde por grupos vulneráveis impede a universalização e práticas ancoradas em contextos locais podem contribuir para minorar essas situações. Mesmo que voltadas para comunidades específicas podem também dar importantes lições para outras comunidades. E outros contextos.

O que elas nos ensinam?

Em primeiro lugar, que a desigualdade no acesso às ações e serviços constitui uma barreira efetiva à concretização da universalidade e da integralidade em saúde, contrariando o dispositivo legal e constitucional do SUS. Produzida por processos históricos, as macrodesigualdades entre regiões, áreas rurais, urbanas e metropolitanas são acentuadas pelas microdesigualdades construídas a partir de pertencimentos, identidades e atributos de cor, etnia, gênero, o que é evidenciado pelos indicadores demográficos, sociais e em saúde.

Portanto, quando se fala de políticas de equidade no Brasil e de ênfase nos grupos socialmente vulneráveis, as desigualdades sociais constituem fatores gerais que estão altamente associados às condições específicas de vulnerabilidade.

A desigualdade em todos os planos marca negativamente o perfil social brasileiro. Em comparação internacional, o Brasil figura como o décimo país mais desigual em termos de renda.

Por exemplo, dados do IBGE sobre o Índice de Gini para a renda domiciliar *per capita* (BRASIL, 2012) no Brasil mostram nitidamente o peso dessa desigualdade. O índice para o país em 2012 foi de 0,5277, enquanto a desigualdade foi bem menor nas regiões Sul (0,4646) e Sudeste (0,5013) do que na Região Nordeste (0,5424).

Dados sobre desigualdades regionais, como esses, devem ser destacados, pois os padrões de desigualdade no acesso a serviços de saúde se reproduzem segundo renda e moradia em todas as regiões, estados e municípios brasileiros.

Com relação às experiências aqui relatadas, todas são participativas e priorizam modos de intervenção baseados na escuta das pessoas. Como essas formam grupos cuja vulnerabilidade tem sido em grande parte determinada por seus pertencimentos identitários, incorporam o enfoque de gênero, de raça e etnia como meio de se alcançar a integralidade.

As experiências se dirigem a mulheres de baixa renda, baixa escolaridade, em situações de extrema vulnerabilidade, estigma e exclusão; em algumas experiências, algumas delas também são usuárias de drogas.

Essas experiências revelam a função da participação e cooperação entre diferentes agentes públicos e sociais, em processos de “coprodução” (Östrom, 1996), em que o papel ativo de todos os envolvidos – mulheres, agentes públicos, profissionais de saúde, gestores – nas ações e serviços é crucial para seus resultados, que não se referem apenas às mulheres, mas também aos agentes públicos.

Com o envolvimento de diferentes atores e organizações sociais não apenas segmentos vulneráveis foram alcançados, mas também os próprios profissionais, cujas atitudes, em muitos casos, puderam ser modificadas em um processo dialógico de reconhecimento dos vários “outros” que existem na sociedade e suas demandas específicas.

Nesses relatos, participação adquire um significado que ultrapassa os já tradicionais espaços e esferas institucionalizados da política ou das políticas públicas. Isso porque é deslocada para os micro espaços não só dos serviços, mas das ruas, dos bares, das prisões, em qualquer lugar em que se encontrem os sujeitos das intervenções que, ao participarem de um processo de construção coletiva, tornam-se agentes da própria mudança nas condições de saúde e de vida.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. 2004a.

BRASIL. Ministério da saúde em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, A. M. Participação Social na Conquista das Políticas de Saúde para as Mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (4) 1073-1083, 2009.

RATTNER, D. Da Saúde Materno-Infantil ao PAISM, *Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, 8(2), 103-108, jun, 2014.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero, *SER Social*, Brasília, vol. 10, no. 22 pg. 161-182, jan-jun 2008.

PAIM, J. S.; Vieira da Silva, L. M. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Bol. Inst. Saúde (Impr.)* v. 12 n.2 São Paulo ago. 2010.

ÖSTROM, E. Crossing the Great Divide: Coproduction, Synergy, and Development. *World Development*, Vol. 24, No. 6, pp. 1073-1087.1996.

Parte 2
DESCRIÇÃO DAS
EXPERIÊNCIAS
SELECIONADAS

Projeto passo a pássaro, Penitenciária Feminina de Teresina/Piauí

Maria do Perpétuo Socorro Godinho Rocha¹, Margareth Monteiro Martins², Alyne Carvalho da Fonseca³, Maria Clara Ferreira Evangelista⁴, Rosângela Parga de Oliveira⁵ e Ricardo Santos de Deus Cruz⁶

“A vida é como o livro, cada dia uma página nova, cada hora uma vírgula, mas nem um lápis pode escrever o futuro, nem a borracha apagar o passado (...) com a ressocialização, com todas as oportunidades que tive dentro da penitenciária feminina estou tendo a oportunidade de fazer tudo diferente aqui na liberdade.” (egressa).

Introdução

O Projeto Passo a Pássaro teve início em abril de 2016 a partir de seminários realizados durante o Curso de Capacitação em Terapia Comunitária Integrativa ministrado pela ONG Instituto Maria dos Prazeres (IMAP), com financiamento da Vara de Execuções Penais de Teresina.⁷ O curso contou com a participação de 35 pessoas, entre mulheres privadas de liberdade, agentes penitenciários, psicóloga, assistente social, advogada, educadoras da unidade prisional, e outras/os servidoras/es públicos da área de assistência social, comunidade terapêutica, voluntárias/os, organizações não-governamentais e grupos religiosos que atuam com populações em situação de vulnerabilidade. Nesse evento, a equipe da penitenciária, profissionais diversos e internas puderam aprofundar a discussão sobre a importância de destinar às mulheres privadas de liberdade um cuidado integral, em virtude da diversidade pessoal e situações de vulnerabilidade extrema em que se encontram. Ao mesmo tempo, percebeu-se a possibilidade de aproveitamento dos recursos materiais e humanos da própria comunidade, ou seja, as mulheres, as/os profissionais e a própria estrutura do cárcere.

O projeto foi elaborado com o objetivo geral de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas privadas liberdade, dispensando especial atenção àquelas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Pretende-se com isso reduzir as condições de vulnerabilidade e/ou uso de risco, ou o trânsito para o consumo problemático dessas substâncias, por meio de alternativas que promovam sua superação. Participam da iniciativa 150 mulheres em situação de privação de liberdade

¹ Cientista Social, gerente da Penitenciária Feminina de Teresina e coordenadora geral do Projeto Passo a Pássaro.

² Assistente Social da Penitenciária Feminina de Teresina.

³ Assistente Social da Penitenciária Feminina de Teresina.

⁴ Enfermeira da Penitenciária Feminina de Teresina.

⁵ Psicóloga da Penitenciária Feminina de Teresina

⁶ Psicólogo, Consultor e Assessor Técnico do Projeto Passo a Pássaro.

⁷ O IMAP é credenciado pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa – ABRATECOM –, órgão regulador das instituições formadoras e da atuação do terapeuta comunitário integrativo no país, a atividade do terapeuta é reconhecida pelo Ministério da Saúde através da Portaria N° 849/2017, como Prática Integrativa e Complementar em Saúde

e a equipe multidisciplinar formada pela gerente da instituição, psicóloga/o; assistentes sociais, advogadas, enfermeiras, agentes penitenciários, ginecologista, psiquiatra, nutricionista, clínico geral, dentista, auxiliar bucal e técnicas de enfermagem.

Metodologia

O projeto adota como metodologia o Tratamento Comunitário e a Redução de Danos (RD). No caso de sujeitos em situação de privação de liberdade, essa metodologia consiste em “um conjunto de ações, instrumentos, práticas e conceitos, organizados em um processo que tem como finalidade, o melhoramento das condições de vida das pessoas que vivem em situação de exclusão social grave e o melhoramento das condições de vida da comunidade local.” (MILANESE, 2012). A proposta basilar da metodologia é a investigação por meio da ação, de forma a interagir e intervir permanentemente com os recursos humanos e materiais que já existem na comunidade, criando estratégias de ações, ferramentas e práticas que fortaleçam o cuidado integral, o empoderamento e a emancipação dos sujeitos da ação. Essas “ferramentas” permitem compreender a complexidade do sujeito em extrema vulnerabilidade social e privados de liberdade. Em sua maioria, as mulheres são oriundas de situações/condições de exclusão grave, com predominância de baixa escolaridade, sem empregos ou empregos com baixíssima renda, algumas em situação de rua, prostituição, com muitos filhos, muitas suscetíveis a DST/AIDS e usuárias de substâncias psicoativas. Esses dados são coletados a partir do prontuário e de outros instrumentos de coleta de dados criados para elaboração do Projeto Terapêutico Singular de cada mulher.

O Tratamento Comunitário trabalha as condições gerais da comunidade e de todos os atores sociais, com sua participação ativa. Como recursos materiais dispõe da estrutura física, equipamentos e instrumentos da penitenciária. Como recursos humanos, conta com todas as mulheres e suas competências, habilidades, conhecimentos, talentos, equipe profissional multidisciplinar, voluntárias/os, sociedade civil, parceiras/os do projeto.

Eixos do projeto

O Projeto Passo a Pássaro desenvolve os seguintes eixos de atuação:

- **Organização:** Consiste em sensibilizar e mobilizar atores sociais envolvidos; reconhecer, formar e fortalecer redes; articular atrizes e atores, recursos e serviços; oferecer oportunidades para que as atrizes que fazem uso de drogas encontrem alternativas para a redefinição do seu projeto de vida e melhoramento da qualidade de vida; acompanhar e avaliar todas as intervenções através do gerenciamento integrado.
- **Assistência:** Todas as mulheres, indistintamente, são atendidas pela equipe multidisciplinar do NUCI (Núcleo de Cuidado Integral) e, individualmente, pela cada profissional por livre e espontânea vontade ou, quando necessário, por encaminhamento de alguém da equipe. Todas recebem assistência à saúde a nível básico, orientações de higiene pessoal e nutrição, educação em saúde, manutenção de

condições adequadas de assistência básica, atendimento odontológico, realização de curativos, coleta de exames laboratoriais, orientações complementares através de atividades com temáticas diversas.

- Educação: Empoderamento por meio de processos educativos formais e não formais. A Penitenciária possui cobertura de educação formal por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Educação (SEDUC) através dos seguintes programas: EJA (Educação de Jovens e Adultos) ensino fundamental e médio, com mais de 100 mulheres matriculadas; Programa Tecnologia Mais Saber que trabalha com preparatório para a realização do ENEM e Programa Mulheres MIL, que promove a capacitação e profissionalização das mulheres privadas de liberdade. Além disso, já foram beneficiadas, nos anos de 2015, 2016 e 2017 com mais de 08 (oito) cursos profissionalizantes realizados pelo PRONATEC e Secretaria Estadual do Trabalho e Emprego (SETRE). Os cursos são pactuados entre as instituições parceiras e realizados na própria Penitenciária (auditório, salas de aula, ginásio poliesportivo e outros espaços) e dois deles foram realizados numa unidade móvel que ficou na área da Penitenciária durante todo o período de formação (80 mulheres foram capacitadas em Corte e Costura e Embelezamento). Há, na educação não formal, cursos permanentes de Teatro e Música, com profissionais contratadas/os pela Secretaria de Justiça do Estado com carga horária de 20 horas semanais cada um (mais de 60 mulheres participam dessas atividades).
- Terapia: Ações ou processos de prevenção e promoção da saúde. O serviço de psicologia funciona integrado à filosofia do Tratamento Comunitário, buscando, através das atividades executadas (tais como: atendimento psicológico, atendimento psicoterapêutico, terapia de casal, ações em conjunto com o serviço de saúde, de enfermagem, nutrição, serviço social) a promoção e prevenção em saúde. Procura-se ampliar o autoconhecimento, melhorar as relações pessoais e buscar junto ao público trabalhado, a construção subjetiva de suporte emocional para sua reinserção na sociedade. Os atendimentos são realizados individualmente, em dupla ou em grupo, previamente agendados pelo serviço de psicologia mediante prévia avaliação, por busca ativa, demanda espontânea ou encaminhamento psiquiátrico. A atenção psicológica prestada dá-se de diversas formas e em todas as esferas do ambiente prisional, inclusive com as/os funcionárias/os e demais profissionais da equipe multidisciplinar. A assistência clínica/médica e de enfermagem consiste em cobertura nas especialidades de ginecologia e psiquiatria, prevenção de câncer de colo uterino durante consultas de enfermagem ginecológicas, realização de citologias oncóticas e avaliação da saúde da mulher, campanhas de imunização, encaminhamentos para consultas e exames com especialistas. Há atividades terapêuticas complementares além da terapia comunitária integrativa, como yoga, educação em saúde com temas diversos voltados para saúde da mulher, implantação do programa de tratamento ao tabagismo no modelo do Instituto Nacional do Câncer (Inca).

- Trabalho: As pessoas necessitam de uma atividade/trabalho que lhes garanta autonomia econômica; o projeto tem metas para Geração de Emprego e Renda. O objetivo é, através da capacitação/profissionalização, aumento do nível de escolaridade, potencialização de habilidades pessoais e sociais, aperfeiçoamento das competências e talentos das mulheres, criar possibilidades de autonomia financeira e emancipação cidadã. A Penitenciária tem potencial comercial nas áreas de panificação, artesanato, corte e costura, confecção de bonecas, tapetes, bordados, pintura em tecidos, culinária, teatro e música. Há estrutura física, equipamentos, recursos humanos, mas os projetos na área de geração de renda ainda estão sendo elaborados. A meta é transformar todas as atividades realizadas pelas mulheres em fonte de renda para elas e o custeio de outros projetos de integração social.

Resultados

O projeto ainda encontra-se em andamento, mas como resultados preliminares pode-se citar, além da adesão das mulheres, o início de uma pesquisa que fará um perfil das mulheres privadas de liberdade, realizada em parceria com dois grupos/núcleos de estudos/pesquisa: Grupo de Estudos e Pesquisa Sobre Substâncias Psicoativas e Toxicomania (Gesto), da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), e o Núcleo de Pesquisa e Estudos Sobre a Criança e o Adolescente- (NUPEC) do Centro de Ciências Humanas e Letras(CCHL) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e visa: identificar danos sociais e agravos na saúde das mulheres privadas de liberdade; mapear a dinâmica familiar e suas vulnerabilidades; identificar a relação com consumo de substâncias psicoativas. Com os dados obtidos, será construído um banco de dados/indicadores sobre as mulheres da Penitenciária Feminina de Teresina e serão sugeridas intervenções com base em evidências.

Também se organizou a Coordenação de Cuidados em Saúde e Social, como parte do Núcleo de Cuidado Integral (NUCI), da penitenciária, com o objetivo promover a assistência integral e holística às mulheres, por meio da atuação de equipe técnica multidisciplinar do projeto.

Mas um dos principais resultados, ainda não dimensionados numericamente, é a mudança subjetiva, nos valores, na auto-estima que possibilita uma efetiva ressocialização das egressas e novas possibilidades de inserção na sociedade. Como colocaram duas egressas:

“Na minha opinião, a minha vida começou a mudar quando eu cheguei na penitenciária porque lá dentro eu tive muitas oportunidades que mudaram a minha vida e pela confiança que vocês tem em nós me faz sentir mais segura de tudo, e por acreditar na nossa ressocialização, eu aprendi que não devemos desistir dos nossos sonhos. Hoje eu tenho muito que agradecer a todos que confiaram na minha capacidade e por acreditar que o sonho é possível não me arrependo de nada fiz dentro da penitenciária, mas a minha luta dá continuidade aqui fora. Eu tenho fé que vou

chegar longe com os meus objetivos, eu penso em crescer e continuar minha vida até onde (ela) parou” (egressa).

E outra:

“Eu aprendi muita coisa esse tempo que passei na feminina, amadureci e passei a enxergar o mundo de outra maneira, sou grata por cada oportunidade que me deram pela confiança que depositaram, sou grata à gerência, serviço social, ao setor de enfermagem e cada curso que tive a oportunidade de participar e nos capacitarmos a cada dia, quero continuar mais e mais nesses projetos de ressocialização (...) Só tenho a agradecer a Deus por ele ter colocado pessoas maravilhosas em meu caminho (...) me mostrando a cada dia que somos sim capazes de voar mas alto e alcançar nossos sonhos e nossos objetivos (egressa).

Avanços e desafios

Um fator extremamente positivo e que vem contribuindo diretamente com o sucesso do projeto foi a metodologia de participação e empoderamento das mulheres. A adesão foi uma resposta ao envolvimento ativo das detentas em todas as ações ou processos propostos. Várias atividades foram organizadas com a participação das mulheres, sendo que no Curso de Formação de Terapeutas Comunitários, elas tiveram a possibilidade de participar e se qualificar como terapeutas comunitárias conjuntamente com os profissionais da Penitenciária. Os terapeutas capacitados podem atuar em suas organizações e serviços públicos, privados, comunitários, profissionais ou voluntários no acolhimento do sofrimento, na potencialização da resiliência e na criação de redes solidárias de cuidado comunitário e de autocuidado, conforme os objetivos propostos pela TCI.

O curso promoveu a reflexão sobre a importância do cuidado integral na unidade prisional para as mulheres em situação de dependência química, de modo que a prática da TCI contribua para o acolhimento e a inserção na rede de atenção, considerando as diversas iniciativas internas e as políticas públicas para a área de políticas sobre drogas. Essa ação contribuiu para um melhor e maior cuidado de si mesmas, o fortalecimento e expansão dos vínculos das mulheres com suas redes subjetivas e sociais, em um processo de vinculação dos sujeitos a uma rede solidária de serviços de atenção e suporte. Há um empoderamento nas relações de cuidado integral nos diversos dispositivos individuais, comunitários, públicos e privados, o crescimento da autoestima e, conseqüentemente, um posicionamento mais assertivo como protagonistas das suas próprias histórias.

O Projeto Passo a Pássaro está sendo monitorado por meio de instrumentos próprios (Prontuário Integrado/Projeto Terapêutico Singular/Frequências de Atividade Diversas, Ficha de Visita Domiciliar e Atendimento Familiar dentre outros) somados a instrumentos da metodologia do Tratamento Comunitário: a Folha de Primeiro Contato (FPC), que é um registro da situação social, educacional e familiar atual,

o instrumento de Acompanhamento de Processos Individuais em Comunidades Locais (SPI.CL), na qual os profissionais fazem anotações dos acompanhamentos de cada mulher privada de liberdade. Para avaliação será utilizado o Questionário de Avaliação de Processos de Tratamento Comunitário (CBT). Está sendo implantado um Prontuário Eletrônico para gerenciamento dos casos individualmente. Ao longo da execução do Projeto são realizados encontros mensais com a equipe de trabalho para avaliação permanente e possíveis alterações, conforme os resultados das avaliações, demandas e necessidades.

Há vários desafios a serem superados. Os principais são: falta de recursos financeiros adequados para reforma das instalações físicas, melhorar a remuneração das/os profissionais, o baixo investimento em formação permanente de agentes penitenciários e equipe multiprofissional, dificuldade em garantir o direito ao trabalho digno às mulheres quando egressas do sistema prisional e, por fim, a minimização do estigma, que interfere diretamente em seu processo de reinserção social.

Referência Bibliográfica

MILANESI, EFREM. 2012. TRATAMENTO COMUNITÁRIO Manual de Trabalho I Conceitos. São Paulo, Instituto Empodera.

Portas Abertas

Saúde Integral das Pessoas Trans: Cuidar e Acolher

Rodrigo Dornelas⁸, Priscilla Daiana Figueiredo Souza⁹, Kelly da Silva¹⁰,
José Humberto Guimarães Santos¹¹ e Ane Kesly Batista de Jesus¹²

O ambulatório trans em Lagarto é essencial não somente por trazer saúde para a nossa população, mas também por promover empatia, respeito, preocupação com o nosso bem-estar físico/emocional/social e nos garantir um acolhimento humanizado que nenhum lugar nos dá! É um sonho realizado”.
(Daniel Lima, usuário do ambulatório)

Introdução

Essa experiência foi uma das seis selecionadas pelo “Laboratório de Inovação sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde da Mulher” como um caso exitoso na área das *vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres*. Como tal, se inscreve no eixo das Mulheres do Movimento LGBT definido na chamada pública efetuada pelo Conselho Nacional de Saúde.

A experiência tem sido desenvolvida no Ambulatório Trans da Universidade Federal de Sergipe a partir de janeiro de 2016 no Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, situado na cidade de Lagarto (SE).

O objetivo da iniciativa foi discutir a travestilidade e a transexualidade no âmbito do acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa trazer à tona questões que há bem pouco tempo eram bastante desconhecidas por grande parte dos profissionais de saúde e dos usuários/as do sistema. O acesso dessa população no SUS requer uma análise mais profunda de como ocorreu e de estratégias adotadas para a sua permanência (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Saúde LGBT foi instituída pelas Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliada pela Portaria nº 2.803, de novembro de 2013 (BRASIL, 2013). Em seu conjunto, trata do Processo Transexualizador realizado pelo SUS e visa assegurar o atendimento integral de saúde às pessoas Trans.

Entretanto, há ainda preconceito por parte de muitas/os profissionais de saúde e isso dificulta o acesso dessa população mesmo diante das portarias citadas. Em face desse cenário nacional, esse projeto objetivou criar um ambulatório para atendimento integral da população Trans no Estado de Sergipe e combater a transfobia institucional em um ambiente de formação de futuras/os profissionais de saúde. Nesse

⁸ Fonoaudiólogo, coordenador e responsável técnico do ambulatório Trans

⁹ Discente em Enfermagem

¹⁰ Fonoaudióloga

¹¹ Discente em Medicina

¹² Fonoaudióloga

caso, um campus universitário composto pelos cursos de Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fisioterapia e Farmácia.

Um histórico do projeto pode ser traçado a partir da montagem das parcerias que o viabilizaram. A ideia surgiu depois da I Semana de Visibilidade Trans de Sergipe, realizada em janeiro de 2015, quando, após contato com a realidade das pessoas trans e a constatação sobre a ausência de um serviço de saúde para acolhimento e atenção à saúde dessas pessoas, buscou-se informações de como poderia acolher e atender as pessoas trans e travestis em Sergipe.

Rodrigo Dornelas, durante uma viagem à São Paulo de caráter pessoal, visitou o serviço de pessoas Trans no CRT de São Paulo e teve a oportunidade de conhecer o seu funcionamento. Conversou com profissionais de saúde e, em especial, com a psicóloga Judite que coordena o serviço e a fonoaudióloga Denise Mallet. Ao retornar procurou o diretor do campus de Lagarto, que o direcionou ao Reitor da Universidade Federal do Sergipe (UFS) para dialogar e teve, de imediato, boa acolhida, inclusive por parte da gestão do Hospital Universitário de Lagarto. Um dos disparadores desse processo foi pensar a partir da voz das pessoas Trans e o significado que a mesma tem para as identidades trans. A valorização das/os discentes nesse processo foi fundamental. Procurou-se, então, a Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão para ver como poderia direcionar bolsas de ensino e pesquisa para a temática da transexualidade no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Em seguida, houve também a inscrição do projeto no Programa Institucional de Bolsas para Extensão.

Para a construção de parcerias para implantação do ambulatório, suas/seus gestores procuraram os movimentos sociais e suas lideranças para discutir e ouvir sobre como atender as suas demandas, quais são e as informações necessárias para um primeiro levantamento. No início houve resistência, pois eles/elas estavam cansados/as de serem procurados/as e serem objetos de pesquisa (por parte de instituições acadêmicas), e depois não recebiam nenhum retorno efetivo para suas vidas.

O atendimento inicialmente se deu pela fonoaudiologia. E logo que ganharam a confiança, organizaram um Fórum sobre saúde integral da pessoa Trans para debates do qual surgiu o Grupo de Trabalho Trans (GT Trans). Esse GT se reúne mensalmente.

Foram apresentados vários projetos dentro do Programa criado a partir dessas iniciativas. O primeiro desses projetos foi o de Combate a Transfobia. Aplicou-se um questionário para saber o conhecimento de discentes e docentes sobre o tema. Foram feitas perguntas como “Qual a percepção sobre o que é transexualidade e atenção à saúde?”, entre outras.

Nesse sentido, o apoio da reitoria foi fundamental. A inscrição dos projetos de extensão em prêmios da UFS e a surpresa de ganhar os três primeiros lugares representaram fatos muito relevantes e que deram bastante visibilidade ao Projeto/Programa dentro da Universidade. Os projetos agraciados foram:

1. Grupo de Trabalho Trans;
2. Oficina de Comunicação e Voz para pessoas Trans; e

3. Combate à Transfobia Institucional.

O grupo de atores relevantes para a iniciativa e a sua sustentação tem caráter multidisciplinar e envolve diversas instituições, incluindo: Rodrigo Dornelas (fonoaudiólogo, coordenador e idealizador do ambulatório Trans), Kelly da Silva (fonoaudióloga, idealizadora do ambulatório Trans), Manoel Cerqueira (fisioterapeuta e Gerente de Atenção à Saúde do Hospital Regional de Lagarto), Evelyn Machado (médica endocrinologista), Lidiana Drapala (psicóloga), Priscilla Daiana Figueiredo Souza (discente do curso de Enfermagem), José Humberto Guimarães Santos (discente do curso de Medicina), Ane Kesly Batista de Jesus (articuladora e discente do curso de Fonoaudiologia), Eliana Machado (colaboradora e Assistente Social, fundadora da UNIDAS), Jéssica Taylor (presidente da UNIDAS), Linda Brasil (representante da AMOSERTRANS) e Geovana Soares, representante da AMOSERTRANS, Eduardo Leal Cunha (psicólogo), Elisabete Oliveira de Menezes (auxiliar de enfermagem), Hortênsia Maia de Araújo (médica ginecologista, ultrassonografista geral), Heloisa Mirelle Costa Monteiro (nutricionista), Jackson Neris de Souza Rocha (nutricionista), Kelly Protásio de Souza (nutricionista), Murilo Rezende (médico psiquiatra).

Metodologia

As ações aqui descritas e os procedimentos para a sua implementação foram idealizados pelos professores Rodrigo Dornelas e Kelly da Silva, ambos do Departamento de Fonoaudiologia. A construção do ambulatório foi iniciada a partir da ação extensionista *Transsexualidade e Voz* do departamento, com o objetivo de oferecer atendimentos fonoaudiológicos, de voz e comunicação, às pessoas Trans e Travestis. Além disso, foi idealizada uma nova atividade de extensão chamada de *GTTRANS: transsexualidade em pauta*, aberta a profissionais, estudantes e professores da área da saúde, assim como à população local. Esse grupo de estudos temático utilizou metodologia ativa de ensino, com a proposta de discussões que suscitasse a pesquisa e o aprofundamento dos temas, além do aproveitamento dos conhecimentos prévios dos participantes. Os temas abordados foram relacionados a habilitação ao atendimento à pessoa Trans, colocando em prática o princípio de equidade, a problematização das dificuldades de acesso da pessoa Trans aos serviços de saúde públicos e privados e a atuação na promoção e educação em saúde. As discussões foram mediadas pelos professores idealizadores, pelos discentes da equipe e pelo menos uma pessoa do movimento Trans do Estado.

Foi de extrema importância a participação de pessoas Trans nestas discussões, pois propiciou o debate e a reflexão de temas realmente relevantes para a população alvo. Em relação aos atendimentos no ambulatório, o seu início ocorreu em janeiro de 2016, na cidade de Lagarto, a qual representou o primeiro local em todo o Sergipe com essa modalidade de serviço em nível ambulatorial. Para viabilizar o funcionamento da unidade, representantes do Ministério da Saúde visitaram o local nos dias 28 e 29 de setembro de 2016. A unidade teve o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto e da Secretaria Estadual. Para receber as usuárias e os usuários, a

equipe de profissionais foi composta por psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, endocrinologista, psiquiatra e assistente social. Para ampliação desses atendimentos, o ambulatório passará a ser gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) *que administra* o Hospital Universitário de Lagarto (HUL).

Em termos de estrutura disponível, a equipe do ambulatório conta com dez discentes de diversos cursos, oito docentes (Terapia Ocupacional, Medicina e Fonoaudiologia) e dois docentes voluntários. O envolvimento de uma Agente Comunitário de Saúde (ACS) que é pessoa Trans acabou por ajudar a divulgar o ambulatório. Essa ACS é militante da ASTRA (Associação de Transexuais e Travestis de Sergipe) e foi fundamental para identificar as pessoas Trans. Trabalha com pessoas em situação de rua e isso ajudou a trazer também demandas tais como o uso do silicone industrial e suas consequências na saúde das pessoas Trans. Esse acabou sendo um dos temas dos debates do Fórum Transexualidade.

Resultados

Com relação aos principais resultados obtidos, a própria discussão desse tema na Universidade tem favorecido o conhecimento da comunidade acadêmica acerca das demandas das pessoas Trans e isso contribui para a diminuição da transfobia institucional. Isso certamente terá efeitos positivos nos futuros atendimentos desses profissionais da saúde.

Atualmente, com menos de seis meses de funcionamento, foram assistidos até o momento um total de 62 usuários, sendo 31 mulheres trans e 31 homens trans

Esse número está em crescimento com a contratação de novos profissionais para atender a real demanda do ambulatório. Esse ambulatório funciona no sistema portas abertas, o que facilita o acesso por todos e todas que tiverem interesse.

Quanto a programas de capacitação específicos, embora não desenvolvidos formalmente, foram realizadas Rodas de Conversas e dois Fóruns de Transexualidade trazendo pessoas com expertise para a troca de conhecimentos e de experiências. Atualmente alguns membros da equipe estão fazendo o curso a distância sobre a Política Nacional de Saúde LGBT do Ministério da Saúde/UNASUS.

Avanços e desafios

A criação do Ambulatório Integral de Saúde para as pessoas Trans é um marco importante ao atendimento dessa população. O Estado de Sergipe é o terceiro Estado com um ambulatório de atendimento às pessoas Trans e o único com um serviço localizado no interior propiciando a descentralização desses serviços, segundo técnicos do Ministério da Saúde que visitaram o local. Cabe destacar que as pessoas Trans do Estado de Sergipe, que antes não tinham acesso à saúde por não se sentirem acolhidas em ambientes assistenciais comuns, agora podem contar com a assistência de forma integrada e total respeito às diversas identidades de gênero e segundo o princípio da *despatologização* das identidades de gênero. O ambulatório está em fase de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Uma avaliação externa realizada sobre essa experiência levou em consideração uma série de aspectos relacionados à estrutura disponível e à qualidade da assistência consideradas particularmente o público-alvo.

As instalações e a disponibilidade de profissionais que atuam no projeto mostraram-se plenamente adequadas. Em termos de equipamentos e alguns insumos, a adequação é parcial. A aplicação dos fundamentos do programa apresentados na descrição dessa experiência foi identificada e reconhecida na prática, apesar de sua baixa integração com o Programa de Saúde da Mulher.

A integração de caráter institucional desses projetos junto ao Programa de Saúde da Mulher é um processo ainda inicial. Obstáculos a uma plena integração ainda são relevantes e a atuação dos idealizadores tem sido na direção da plena articulação entre as práticas de ambos os programas.

O principal destaque favorável da experiência diz respeito ao acesso e à relação das usuárias e usuários com os serviços. O acesso é considerado bastante adequado, assim como a relação com os profissionais do projeto. Isso se reflete na boa assiduidade do público alvo e na importância da participação social nessa experiência.

Apesar de recente, o projeto é bastante inovador e apresenta as condições de sustentabilidade e de disseminação de suas práticas na condição de um caso exitoso. A relevância que as práticas exercidas nessa unidade de saúde vem tendo para assegurar direitos à população trans é atestada pelo depoimento de uma de suas usuárias:

(...) o ambulatório em Lagarto foi muito, muito importante. Creio que não só pra mim mas para a grande maioria da população trans porque mudou a nossa realidade (...) Porque pelo fato de eu me automedicar (...) e hoje eu saber que tenho um ambulatório que pode me atender, me acolher de uma forma que eu não vou passar por nenhum tipo de constrangimento. Isso pra mim conta muito, porque hoje quando eu me olho no espelho vejo uma outra pessoa, pois sei que estou sendo acompanhada de uma forma que não vou passar por nenhum tipo de constrangimento. Isso conta muito, porque hoje a gente saber que tem um local que pode nos atender, acolher da forma que a gente necessita, que somos respeitadas, reconhecidas, isso é muito importante... essa implantação desse laboratório em Lagarto não só para mim mas para a população trans em geral, foi muito gratificante. Eu não tenho palavras para definir tamanha a importância que foi esse ambulatório para gente”. (Jessica Taylor, usuária do ambulatório)

Um ponto importante na avaliação dessa experiência ainda a ser realçado diz respeito à aplicação da Portaria do Processo Transexualizador de novembro de 2013. Com relação a seus indicativos, o programa possui a equipe mínima necessária para o acolhimento e atendimento. Para o atendimento em Psicologia, articularam com o Departamento de Psicologia da UFS/Campus de São Cristóvão/Aracaju, pois em Lagarto não tem o curso de Psicologia. A equipe atuante inclusive ultrapassa o número de profissionais previstos na portaria.

O programa já foi apresentado na Comissão Intergestores Regional (CIR), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES). Seus parâmetros foram pactuados na CIR de Lagarto, que envolve oito municípios e na CIB. As prefeituras garantem o deslocamento, a partir de seus municípios, das pessoas Trans por meio da cooperação entre a Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe e as Secretarias Municipais de Saúde de Lagarto e de Aracaju. Ficou pactuado que o ambulatório seria em Lagarto e que esse pode desenvolver ações integradas com o governo estadual e com o municipal de Aracaju.

A atual gestão de Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju está organizando um ambulatório para atendimento na capital e diálogos estão em andamento para que os serviços sejam associados de modo a ampliar e valorizar a atenção integral às pessoas Trans no estado de Sergipe. A documentação necessária para essa formalização está sendo enviada para a SES e daí para o MS. Com isso será concluído o processo de habilitação do serviço.

No CES houve algum nível de conflito, pois desde 2016 se tentava pautar no seu pleno, porém sujeito a frequente adiamentos na pauta. Em uma reunião realizada em maio de 2017, com o tema previsto em pauta, a equipe estava presente e pronta a apresentar o pleito para a habilitação do serviço, quando novo adiamento foi cogitado sob o argumento de desconhecimento antecipado dessa pauta. Foi demonstrado o agendamento do tema desde 2016 e seu sistemático adiamento e que era fundamental a aprovação do pleito para não atrasar mais ainda os passos para a habilitação e a certificação do serviço do ambulatório. Isso, finalmente, se deu ainda em maio de 2017 e a proposta foi aprovada.

Em termos de sustentabilidade, as expectativas são promissoras, pois todo o projeto está inserido na estrutura organizacional da Universidade, integra seus programas de pesquisa e extensão, tem o apoio da Reitoria, e o envolvimento dos discentes e docentes. Além disso, existe uma forte articulação com as secretarias de saúde em nível estadual e municipal.

Como dificuldades na implementação do projeto, observa-se que o trâmite do processo de habitação e certificação é demorado e que as constantes mudanças nas gestões municipais e estadual de saúde exigem novas pactuações. Por outro lado, o compromisso dos profissionais de saúde envolvidos e dos usuários e usuárias em reconhecer o serviço como agenda importante e como prioridade ajuda a superar as dificuldades e a desenvolver ações de acolhimento e crescimento para todos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Brasília- DF, 2013, disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Departamento de Apoio à Gestão Participativa). Transexualidade e travestilidade na saúde. Brasília-DF, 2015, disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>.

Mulheres da AP 2.2: Grupos de convivência, educação em saúde e geração de renda nas unidades da ESF¹³

Sandra Fortes¹⁴, Ângela Machado da Silva¹⁵, Kali Vênus Gracie Alves¹⁶, Ellen Ingrid Aragão¹⁷, Bianca Lopes Saggese¹⁸, Bruna Andrade¹⁹, Jéssica Acácio²⁰, Marcelo Henrique da Costa²¹, Andreza de Souza²² e Anna Paula Florenzano²³.

“Eu melhoro quando eu falo. Eu não tava muito bem, me ligaram ontem para me chamar para o grupo e eu já animei. Uma palavra amiga te levanta.” (usuária)

Introdução

No Município do Rio de Janeiro, na Área Programática 2.2 (AP 2.2), que corresponde à região da Grande Tijuca, vem sendo desenvolvido, desde março de 2013, o Projeto Grupos de Convivência, Educação em Saúde e Geração de Renda nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo objetivo é apoiar e fortalecer grupos de trabalhos manuais com mulheres em unidades de 5 comunidades carentes – Casa Branca, Borel, Mata Machado, Formiga e Morro dos Macacos –, visando a elaboração e a superação de situações de grave risco social.

O público-alvo do projeto é formado por 114 mulheres, sendo que 72 de forma continuada. Cerca de 80% delas é negra; residentes em comunidades de baixo IDH; muitas com quadros depressivo-ansiosos; sem companheiro; com núcleo familiar e rede de apoio restrita; praticante de atividades domésticas; e precisando de alternativas de suporte social.

A escolha dessas características deveu-se ao fato de que cerca de 40% de usuários atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentam transtornos mentais comuns que se associam ao fato de ser mulher, ter baixa renda e escolaridade, história de violência e ausência de redes sociais de apoio. Consequências dessa trajetória, a baixa de autoestima, a incapacidade de ação e o desempoderamento surgem como algo comum para essas pessoas.

¹³ Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS)/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) com o apoio da Coordenação de Atenção Primária (CAP) da Área Programática 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro.

¹⁴ Médica Psiquiatra, Coordenadora do LIPAPS

¹⁵ Psicóloga, Pesquisadora do LIPAPS

¹⁶ Psicóloga, Pesquisadora do LIPAPS

¹⁷ Psicóloga, Pesquisadora do LIPAPS

¹⁸ Psicóloga, Pesquisadora do LIPAPS

¹⁹ Estudante de Psicologia, bolsista de extensão do LIPAPS

²⁰ Estudante de Medicina, bolsista de iniciação científica do LIPAPS

²¹ Psicólogo, Pesquisador do LIPAPS

²² Psicóloga, pesquisadora do LIPAPS

²³ Psicóloga, pesquisadora do LIPAPS

Financiado até 2016 pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM/PR), com a gerência administrativa e financeira pelo CEPESC (Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva da UERJ), essa é uma iniciativa que tem sido realizada em ESFs de diferentes locais do país (ilustrando o potencial resolutivo da atenção primária de qualidade, vital para o SUS), mas ainda de forma pouco sistematizada.

É por conta da qualidade de seu trabalho e dessa possibilidade de se sistematizar suas atividades que o projeto desenvolvido na AP 2.2 do Município do Rio de Janeiro recebe destaque nessa premiação, uma vez que reúne potencial para suprir lacunas práticas e analíticas no âmbito do SUS e dos projetos e iniciativas sociais brasileiras, contribuindo para que outras iniciativas espalhadas pelo país possam receber informações e subsídios vitais para avançar, superar problemas e garantir sua sustentabilidade.

Metodologia

O Projeto Mulheres da AP 2.2: Grupos de Convivência, Educação em Saúde e Geração de Renda nas Unidades da ESF organiza, pensa e desenvolve seu trabalho em três níveis de atividade:

1. A estruturação dos grupos como espaço de apoio e suporte e que atuam como intervenções em saúde mental.

A prevalência do sofrimento emocional é muito alto nas comunidades atendidas pela ESF devido às condições socioeconômicas vigentes, incluindo violência urbana. E, em muitos casos, esse sofrimento termina por gerar transtornos depressivo-ansiosos. Esse problema, que atinge cerca de 50% da população em atendimento na ESF, necessita de espaços de cuidado pois a ausência do cuidado psicossocial se associa ao uso inadequado de medicação psicotrópica.

Contudo, não necessariamente essas intervenções necessitam serem práticas psicoterápicas convencionais. O fortalecimento de vínculos de suporte e o empoderamento com resgate de autoestima permitem a essas mulheres superarem as dificuldades e melhorarem sua qualidade de vida.

Nesse contexto, os grupos são intervenções psicossociais de apoio onde o compartilhamento dos problemas é também um dos mecanismos de apoio desenvolvidos.

2. Grupos de Convivência como espaços de educação em saúde e desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Nesse nível, os Grupos de Convivência foram menos aproveitados pelas equipes da ESF do que se considerava necessário. Isso ocorreu devido à sobrecarga das equipes, com menos tempo disponível para ações de prevenção e promoção.

Em unidades onde foi possível contar com a inserção de alunos de pós-graduação (residentes), algumas intervenções foram desenvolvidas (ex: Recanto do Trovador com a Residência de Enfermagem). Em outras situações e locais foi possível contar com apoio de fisioterapeutas e educadores físicos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que assumiram as posições de suporte e integraram as participantes nas atividades físicas que realizavam.

Esse processo demonstrou que saúde mental é uma área em que todos os profissionais da atenção primária podem desenvolver um papel terapêutico, para além da equipe especializada de saúde mental.

3. Geração de renda.

Desde o início do projeto, se tinha consciência de que nem todas as participantes se dedicariam de forma mais intensa à geração de renda, fosse por não terem interesse ou mesmo habilidades para se profissionalizar.

Porém, não se esperava encontrar tamanha dificuldade na gestão de dinheiro, inclusive pelas oficinas, que muitas vezes nem conta bancária conseguiam ter. Os cursos de empreendedorismo, capacitação para gerar empreendimentos de economia solidária e de capacitação técnica específica (pintura em tecido, corte e costura) são fundamentais nesse sentido.

Para que esse nível de intervenção do Projeto tenha maior desenvolvimento, o apoio do poder público é fundamental. Os investimentos são muito pequenos diante dos retornos, conforme será demonstrado nos tópicos finais desse documento.

O Funcionamento dos Grupos

Ainda no campo da atuação do projeto, apresentam-se, a seguir, os métodos e técnicas trabalhados. Nessa dinâmica descritiva, procura-se focar as atividades realizadas pelas participantes sempre em perspectiva com a atuação dos profissionais do Projeto, buscando evidenciar a articulação e parceria que, além de caracterizar a intervenção, demonstra as amplas possibilidades da saúde mental no âmbito da atenção primária do SUS.

Durante todo o projeto, foram realizados registros dos grupos por observadores e elaborados diários de campos pelas facilitadoras. Além disso, as discussões semanais do projeto foram sempre registradas em ata. Todos esses registros funcionaram como fonte de informações para essa parte do documento.

Foram estruturados 7 grupos na região de atuação do Projeto, a AP 2.2 do Rio de Janeiro, que envolve bairros da chamada 'Grande Tijuca', incluindo os novos grupos formados nas unidades de saúde família da Tijuca (incluindo o Salgueiro) e Praça da Bandeira.

Em encontros semanais, as participantes utilizavam material reciclado para confeccionar produtos como ornamentos, produtos para a casa e cozinha, brinquedos e material educativos, com técnicas como EVA, pintura, colagem e costura.

Durante essas atividades, as psicólogas atuavam como facilitadoras, reforçando o resgate da autoestima e autonomia, apoiando as ACSs na elaboração de situações difíceis de vida que eram trazidas pelas participantes.

Os grupos, que têm duração de duas horas semanais, funcionavam em dias e horários diversos, tendo em vista que aconteciam em comunidades distintas e foram estruturados de acordo com a disponibilidade do ACS responsável de cada unidade de saúde.

Em cada grupo, o papel do ‘facilitador’ ia além de somente integrar e fazer com que as usuárias se dedicassem às atividades: sua importância também era a de trabalhar as questões que eram apresentadas pelas próprias usuárias.

O abandono, a pobreza e a violência apareceram em todos os grupos, de forma espontânea. A condução desses temas era realizada durante as próprias atividades manuais a partir de técnicas de acolhimento que buscavam o manejo do debate no grupo, sobretudo da elaboração das emoções que despontavam, sem que fosse preciso parar a atividade.

Isso gerou muita fluidez nas trocas entre usuárias e psicóloga, que utilizava a atividade artesanal como um facilitador. As questões que surgiam eram trabalhadas no sentido de acolher tanto as demandas individuais quanto as do grupo, além de fortalecer o vínculo entre as usuárias para que o grupo pudesse existir e criar laços mesmo sem a presença dos profissionais. O protagonismo estava nas usuárias e na coordenação do grupo pelas ACS.

Segundo relatos das próprias mulheres, a motivação por participarem do grupo e senti-lo “como uma família” e um “espaço de terapia” fez com que, gradativamente, elas se percebessem capazes de aprender algumas técnicas e criar produtos com qualidade para venda. A geração de renda tornou-se, assim, um ganho nesse processo.

Essa possibilidade foi muito importante para o resgate da autoestima, especialmente para mulheres que relatavam sua dificuldade em reconhecer não apenas o valor de suas atividades, mas, inclusive, seu próprio valor como ser humano. Muitas dessas mulheres traziam experiências de sofrimento psíquico devido à imagem corporal ou posição social.

Caminhando por esse terreno, as psicólogas trabalhavam o merecimento e a importância de se receber por um produto, conscientizando essas mulheres de que elas estavam investindo seu tempo naquela atividade, aprontando todo o processo de confecção, algo minucioso, que exige dedicação, inteligência, bom gosto, qualidade.

Davam visibilidade, assim, aos valores humanos e profissionais que muitas daquelas mulheres sequer imaginavam ter.

Por isso, foi frequente um cuidado sobre a capacidade manual de cada uma, respeitando as limitações e preferências individuais para que as mulheres não se sentissem pressionadas ou desmotivadas no momento de confeccionar um produto. Dessa maneira, na medida em que elas se sentiam mais capacitadas e identificadas com determinada técnica, desenvolviam-na com mais facilidade e rapidez. Em consequência, demonstravam maior interesse em vender o produto, quando nele reconheciam valor.

Esse trabalho de empoderamento foi crucial porque a facilitadora precisou promover a confiança das mulheres sobre si mesmas, já que inicialmente elas diziam que iriam desistir ou nem tentariam porque a técnica seria difícil. Entretanto, com o tempo, elas mesmas passaram a se elogiar e a comentar os avanços. O fato de terem apostado na tentativa possibilitou com que elas fizessem muitos produtos que até então elas não acreditavam que poderiam fazer.

O elogio surgiu como ferramenta principal no incentivo para a tentativa, para o avanço nas técnicas e também para o próprio reconhecimento e valorização das capacidades. Elas foram recebendo encomendas e se programando para vender em datas comemorativas, como Natal, Páscoa e afins, tanto que foi preciso que as facilitadoras abordassem a questão de valores e prazos de entrega.

Nesse sentido, foi preciso trabalhar a habilidade de organização, que foi um grande desafio, visto que as usuárias não se sentiam à vontade em assumir a postura de receber e dividir o dinheiro ganho com as vendas, e buscavam terceirizar essa responsabilidade para as facilitadoras ou para as ACS dos grupos.

Foi nesse instante que começou a se observar uma diferença entre as usuárias que se implicavam mais no processo de geração de renda e aquelas cujo foco maior era o espaço de convivência propiciado.

Portanto, as psicólogas tiveram que manejar as duas “instâncias” dentro do mesmo grupo: aquelas usuárias que não queriam se responsabilizar com a preparação de venda, mas que frequentavam o grupo como espaço de vínculo social, e aquelas que se comprometiam com a prática.

O ponto mais delicado foi fazer com que as mulheres que não participaram da produção e, por conseguinte, não receberiam dinheiro das vendas, não se sentissem desmotivadas ou desinteressadas em permanecer no grupo. É interessante comentar que o próprio grupo passou a perceber e a respeitar essas diferenças e não houve esvaziamento nem desistências.

Resultados

Sem que se busque uma hierarquização dos avanços e resultados, é possível começar esse tópico apontando que, por suas características e resultados, os “Grupos de Convivência” desenvolvidos pelo Projeto devem ser considerados como uma ferramenta importantíssima no cuidado em saúde mental.

Isso porque articulam o potencial de enfrentamento dos problemas da realidade vivenciados por suas participantes, com a capacidade de tornarem-se espaços de inclusão social e empoderamento, que fortalecem vínculos, redes de apoio social, atuando como promoção em saúde mental.

Representam, portanto, uma intervenção psicossocial também terapêutica (não farmacológica), ampliando alternativas de cuidado em saúde mental, em que as mulheres são apoiadas para superar os problemas existentes em sua vida, associados à exclusão social e ao estigma, incentivando sua reinserção social através de atividades criativas.

Nesse sentido, o exemplo do projeto realizado na AP 2.2 do município do Rio de Janeiro aponta que o investimento na atenção primária é fundamental para o desenvolvimento do SUS e que, nesse processo, a saúde mental deve ser parte indissociável de sua organização e atuação.

Para a saúde da mulher e, por conseguinte, para as políticas de equidade implementadas pelo Estado brasileiro a partir das lutas sociais de nosso povo, a capacidade

dos profissionais da atenção primária do SUS de compreenderem as dificuldades, problemas e desafios das mulheres brasileiras, sobretudo negras e moradoras de locais empobrecidos, é fundamental para promover o empoderamento feminino.

Nessa sinergia, por vezes simples – pois dependem apenas de nós –, por vezes complexas – pois enfrentam todos os preconceitos sociais que ameaçam as brasileiras –, destacam-se os belos resultados desse projeto carioca:

Quadro 2 – Principais Resultados do Projeto “Mulheres da AP 2.2: Grupos de Convivência, Educação em Saúde e Geração de Renda nas Unidades da ESF”

i)	melhora da autoestima, depressão e ansiedade e maior reconhecimento de suas capacidades e conquistas.
ii)	ampliação de laços sociais e afetivos saudáveis.
iii)	as mais assíduas conseguiram organizar atividades geradoras de renda como vendas coletivas em atividades e eventos nas unidades, comunidades ou na própria CAP. A geração de renda foi reforçada através de capacitações em empreendedorismo e desenvolvimento de técnicas como corte e costura, ampliando a integração intersetorial das unidades da ESF com a rede de ONGS e Igrejas local.
iv)	foram identificados 2 níveis de impacto dos grupos: suporte social e resgate da autoestima, centrado na Unidade de Saúde e geração de renda, com ações externas. No primeiro caso, o grupo também é espaço de educação em saúde em temas diversos, ampliando sua inserção em eventos, passeios e atividades físicas.
v)	o grupo representa um tempo para si, uma nova realidade que transforma o seu cotidiano, sempre muito permeado pela exploração de padrões (dona de casa, submissa), afazeres domésticos e cuidados familiares.
vi)	ampliação do espaço de circulação a partir do empoderamento e o reconhecimento da liberdade, autonomia e protagonismo. Quando no início do projeto as mulheres atuavam em uma região geográfica muito restrita dentro de suas comunidades, ao longo do tempo, com o incentivo do projeto, passaram a realizar cursos em ONG da região, passeios em feiras em outros bairros, solicitação de participação em feira de artes manuais (a partir da intermediação do projeto).
vii)	maior participação das mulheres em grupos de atividade física lideradas pelo NASF conforme relato das educadoras físicas das equipes do NASF (muitas antes não se engajavam nessas atividades).
viii)	as mulheres que participaram continuam sendo atendidas pelas equipes da ESF onde moram e participam dos grupos quando desejam. Algumas se profissionalizaram tanto de forma individual quanto coletiva.
ix)	os grupos são hoje reconhecidos pela CAP, incluindo Conselho Distrital de Saúde, e pelas equipes da APS como espaços de cuidado, o que pode ser exemplificado pela decisão de implementar esse tipo de grupo em uma nova unidade iniciada em nossa área programática em 2015-2016.

Mas sucessos e resultados positivos não devem e não podem ser apenas destacados por números e análises técnicas! Precisam da vida real para fazer sentido! E isto consegue-se apenas com o depoimento emocionado e honesto daqueles que fazem parte de todo o processo de trabalho!

Assim, nesse tópico do texto, foram selecionados depoimentos e falas que ilustram, tão bem ou melhor do que indicadores, os resultados e sucessos do projeto, muitos extraídos do material de trabalho das profissionais (importante destacar que os nomes não necessariamente correspondem às pessoas que aparecem nas fotos):



“Célia, ao fazer a pulseira, disse que estava amando, e elogiou bastante, dizendo: “É bom pra caramba, é uma terapia, uma delícia” e Cristina completou: “Tudo que eu preciso: uma terapia” (Borel, 30/07/2014)

“Regina fala que conseguir fazer a flor faz ela se sentir capaz” (Recanto do Trovador, 02/03/2013)”

“Nada é impossível quando se conta com a ajuda dos outros, eu achei que não íamos conseguir, mas provamos o contrário! (Casa Branca, 21/10/2013)”

“Apesar de todas as expectativas negativas, quando estamos em grupo, conseguimos” (Casa Branca, 21/10. 2013)”

“Sonia diz “eu me sinto só, mas não aqui. Me surpreendi com o que sou capaz de fazer. Em casa, não faço nada de bom, nada que eu goste, mas aqui sim.” (Borel, 11/12/2013)”

“As pessoas falam da importância da autoestima para a saúde, falam que é importante receber elogios e se valorizar” (Borel, 23/10/2013)”



“Pintam o cabelo, fazem a unha, ficam cheirosas, cuidam da saúde, comem com pouco sal e doces, faz caminhada e ginástica, faz dieta (Casa Branca, 09/09/2013)”

“O grupo muda a vida, importante espaço de socialização e criação de amizades” (Borel, 11/09/2013)”

“Uma das mulheres que entrou esse ano não saía de casa sozinha devido a uma forte depressão depois do abandono do marido, mas depois do encaminhamento da psicóloga do NASF ao grupo de ginástica e ao Fuxicando Saúde, agora ela já frequenta as duas atividades sozinha e relata estar se sentindo muito mais confiante e melhor em comparação ao início do ano. (Formiga, Setembro, 2015)”

“Sonia fala também que uma contagia a outra pra vir no grupo. (...) Diz que sua carência aqui é suprida. Reafirma a importância de elas continuarem umas a fortalecer as outras. (Borel, 11/12/2013)”

“Lázara diz que esse grupo cura” (Borel, 29/01/2014)”

“O grupo ressalta a importância de se procurar evitar o uso excessivo de medicamentos, substituindo por práticas saudáveis como exercícios e alimentação com frutas e hortaliças (Borel, 23/10/2013).”

“Cristina, uma das usuárias do grupo, frequentemente relata sobre sua depressão e que toma fluoxetina, mas que desde que começou com o grupo se sente melhor, comenta sobre seu desejo de namorar e casar, e que não quer parar de frequentar o grupo. (Borel, 2014)”



“Dalva fala sobre sua ida à Feira de São Cristóvão, e tenta mobilizar o grupo para irem todas juntas como um passeio (Mata Machado, 12/08/2014)”.

“Elas relataram que o grupo de artesanato também as fez se sentirem muito bem, pois se estivessem em casa, estariam dormindo. Denny disse depois: “Eu estaria doída”. (Borel, 30/09/2014)”

“Anita perguntou de Aparecida e disse que está com saudades, Aparecida não foi ao grupo, mas na semana anterior ligou para ela. Elas deram depoimentos de como elas ganharam muitas amizades no grupo e como o grupo melhora o bem-estar. Nilda comentou que é importante continuar no grupo, pois “esquece os problemas lá fora” e aos poucos melhora a pressão e a saúde. Rosa disse “tem tanta coisa que nem sei o que falar”, em relação ao bem que o grupo trouxe para ela, e que chega atrasada, mas sempre vai. Anita disse que melhora a autoestima e relaxa, “aqui nos sentimos a vontade, soltamos as frangas”. (Formiga, 18/07/14)”

Avanços e Desafios

Uma análise do projeto pode apontar uma grande diversidade de avanços, ao longo de seus três anos de funcionamento. Nesse tópico do documento procura-se enfatizar, sem que isso represente demérito de outros, avanços que podem viabilizar a replicação do projeto em outros lugares do Brasil:

Quadro 1 – Avanços do projeto “Mulheres da AP 2.2: Grupos de Convivência, Educação em Saúde e Geração de Renda nas Unidades da ESF” que podem viabilizar a replicação do projeto em outros lugares do Brasil:

i)	o apoio da equipe da ESF: as agentes comunitárias de saúde coordenando os grupos, e as psicólogas facilitadoras na criação e consolidação dos grupos implicam uma atuação que pode ser parte do apoio matricial dos NASF.
ii)	o espaço físico adequado: entende-se como espaço adequado, uma sala com “ambiência”: mesa de trabalho, cadeiras, ventilação, segurança, privacidade, iluminação, local para armazenamento dos materiais e produtos.
iii)	a privacidade do espaço físico enquanto nele funcionam os grupos: para além da ambiência o espaço físico precisa valorizar relações que apoiem os Grupos e proteja-os de relações que podem perturbar seu desenvolvimento, sobretudo a circulação de estranhos. A experiência do “Projeto...” aponta que é fundamental que os grupos sejam incluídos nos espaços de grupo da unidade de saúde da família, adaptadas para suas necessidades, onde então a coordenação do grupo pelas ACS, evitando interrupções e conversas atravessadas.
iv)	a criação do curso: “Saúde Mental e Empoderamento na Atenção Primária: Dignidade, Direito, Trabalho e Economia Solidária” (módulos inicial e avançado) pelo LIPAPS/UERJ, em parceria com a CAP 2.2 e a ONG CIEDS (Centro Integrado de Estudos e Programas de Desenvolvimento Sustentável).
v)	a participação de lideranças locais: as oficinas, lideranças oriundas do mesmo grupo social e das comunidades dessas mulheres, representaram um modelo de empoderamento e autonomia.
vi)	a ação conjunta com ONGs: investiu-se na participação dessas usuárias na “Tijuartes”, um coletivo formado buscando a inserção de usuárias nas atividades da Rede de Economia Solidária e das ONGs da Grande Tijuca, visando profissionalizar seus produtos e estruturar o escoamento da produção. Não é um processo fácil, enfrenta dificuldades, mas é muito importante.

Um dos desafios do projeto refere-se ao seu financiamento, encerrado dentro do prazo previsto, em março de 2016. Entretanto, o que foi encerrado nessa data foram as atividades contempladas especificamente com financiamento da Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República.

Conforme previsto no projeto, o acompanhamento dos grupos foi então assumido pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação da Área Programática 2.2 (CAP 2.2) e dos membros dos NASFs da região. A realização dos grupos já era uma responsabilidade das equipes da ESF através dos seus ACS, mas o apoio de facilitadores psicólogos, a remuneração de oficinas, o fornecimento de material e a oferta dos cursos de capacitação foram apoios específicos do projeto. Esses apoios terminaram em março de 2016.

Além desse desafio, outros se colocam para a sustentabilidade do projeto, entre os quais:

- a impossibilidade de comercialização nas unidades de saúde e a redução do apoio à realização de atividades de promoção de saúde que permitia a inserção desses grupos em eventos;
- a dificuldade na participação/coordenação dos grupos pelas ACSs, uma vez que coordenação de grupos não faz mais parte da carteira de serviços dessas profissionais;

- a dificuldade de participação dos profissionais do NASF em função da sobrecarga de trabalho;
- o retorno e aumento da violência urbana nas comunidades que impede as mulheres de saírem de casa.

A estruturação da rede de suporte ao empreendedorismo na Economia Solidária também é fundamental nesse nível. Nossas mulheres acompanharam as dificuldades no município do RJ com as trocas de gestão nas redes de economia solidária, inclusive nas ONGs e pela própria secretaria municipal, que foi desarticulada. Esse momento negativo em muito vem prejudicando o desenvolvimento do Grupo TijuArtes.

Além disso há uma desvalorização das ações de promoção de saúde no atual cenário da atenção primária, com ênfase crescente de suas ações no atendimento (assistência) da demanda. Isso esvaziou o suporte que a CAP pode oferecer, em especial para obtenção de espaços de venda dos produtos e obtenção de material para produção, fatores fundamentais na manutenção dos grupos.

Alguns grupos perderam suas lideranças internas na medida em que a crise financeira se instalou no Rio de Janeiro, principalmente nos espaços com maior vulnerabilidade social. Sendo assim, aquelas que conseguiram certa autonomia e geração de renda através do artesanato e dos cursos oferecidos, estão buscando novas formas de inserção no mercado de trabalho e não conseguem acompanhar os grupos.

Por outro lado, aquelas que frequentavam os grupos como locais de convivência têm sofrido com a violência local, muitas vezes dentro da própria comunidade. O cenário da Economia Solidária também está enfraquecido devido ao declínio de incentivo de Políticas Públicas para o ramo.

Atualmente, é possível identificar em todos os grupos a dificuldade de adquirir material para a confecção dos produtos, pois atualmente estão dependendo de doações de terceiros ou dos próprios profissionais da ESF. O papel das oficinas, que eram pagas pelo projeto inicial para ensinar técnicas manuais, está sob a responsabilidade das ACS e das usuárias.

Contudo, os grupos continuam acontecendo, sendo hoje em número superior ao previsto no projeto, já existindo 7 grupos e estando mais um em processo de implantação. O número de participantes tem variado de grupo para grupo (entre 6 a 12 participantes que variam a cada encontro), permanecendo a frequência dos encontros como semanal.

A equipe do LIPAPS segue acompanhando os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do NASF, com inserção de alunos de graduação e pós-graduação, porém de forma mais irregular. Vem também apoiando o grupo de artesanato de caráter profissional que se organizou a partir desses grupos – TIJUARTES.

De acordo com os dados da coordenação do projeto, em junho de 2017, haviam sido atendidas 127 mulheres, das quais 77 estavam em plena atividade, realizando cursos de corte e costura (34), empreendedorismo/economia solidária (26) e outros cursos (8).

Destas mulheres, 19 vendiam individualmente seus produtos em diferentes locais tais como feirinhas na própria comunidade; dentro de seu círculo social (família, igreja, vizinhos); café da manhã da UPP social; evento no Rio Previdência Cultural; Sesc Domingos Alternativos; salão de beleza na comunidade; festa junina da igreja da comunidade; Seminário Rede SESC; Evento de Reciclagem da Casa Santiago Apóstolo; Evento da Trilha Carioca na Formiga; e Barraca camelô em Ipanema.

Perante esses avanços, os desafios, caso enfrentados pelo poder público, podem ser superados, bastando compreender o seguinte relato: *“uma usuária relatou um pouco sobre sua dificuldade de ir a lugares longe, devido ao seu “pânico” que teria começado “do nada”. Ela também disse que se sente muito bem no grupo, “Antes não conseguia nem falar, se eu deixar de vir pode voltar tudo de novo”, dizendo que antigamente não interagia. Ela contou que sua psicóloga falou sobre a necessidade do tratamento individual, mas ela mesma disse que não queria parar: “se pudesse, eu vinha aqui todos os dias”*



Projeto Barriguda²⁴

Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Júnior²⁵, Carolina Araújo Damásio Santos²⁶, Lilian Lira Lisboa²⁷, Ana Karla Monteiro Santana de Oliveira Freitas²⁸, Carolina Teixeira de Resende Barreto²⁹, Alexandra Silva de Lima³⁰, Mercês de Fátima dos Santos Silva³¹ e George Dantas de Azevedo³²

“Muitas mães desistiam de fazer o pré-natal por causa da distância. Eu cresci com essa vontade, de um dia poder reivindicar a alguém que a gente não precisasse sair daqui para ir fazer o pré-natal em outro lugar. Esse projeto (Barriguda) veio para realizar esse desejo, não só meu, mas da comunidade” (mulher, líder da comunidade quilombola Capoeiras).

Introdução

Essa experiência foi uma das seis selecionadas pelo “Laboratório de Inovação sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde da Mulher” como um caso exitoso na área das *vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres*.

O Projeto Barriguda é desenvolvido desde 2015 junto à maior Comunidade remanescente de quilombos do Rio Grande do Norte – “Capoeira dos Negros” ou “Capoeiras”, no município de Macaíba – onde, em 2014, a eclâmpsia atingiu 20% das mulheres gestantes e o Coeficiente de Mortalidade Materna foi de 223,0 óbitos/100.000 nascidos vivos.

O projeto acompanhou desde sua implantação um total de quarenta e duas mulheres gestantes de “Capoeira dos Negros” e, ao final do período, não mais foram observados casos de eclâmpsia ou óbitos maternos. Trata-se de uma estratégia de cuidado à saúde materno-infantil que mantém sua continuidade. A Comunidade “Capoeira dos Negros” está localizada a 63 quilômetros da capital do Rio Grande do Norte, Natal, sendo composta por cerca de 300 famílias e 1.500 habitantes, vulneráveis e com acesso limitado ao programa Estratégia de Saúde da Família/SUS.

Esse projeto está vinculado ao Programa de Educação para Ação Social e Comunitária do Instituto Santos Dumont, uma Organização Social qualificada pelo Ministério da Educação por meio de Decreto Presidencial em fevereiro de 2014. É coordenado pelo Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS) que, desde sua criação em 2014, está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS)

²⁴ Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS), Instituto Santos Dumont (ISD), Macaíba, Rio Grande do Norte.

²⁵ Médico obstetra, professor da UFRN, Diretor de Ensino e Pesquisa do Instituto Santos Dumont (ISD) e Diretor do Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS/ISD).

²⁶ Médica infectologista, preceptora médica do CEPS/ISD.

²⁷ Fisioterapeuta, professora da UFRN, Coordenadora das Atividades de Ensino na Saúde do CEPS/ISD.

²⁸ Médica ginecologista e obstetra, professora da UFRN.

²⁹ Médica ginecologista e obstetra, preceptora médica do CEPS/ISD.

³⁰ Assistente social, advogada, preceptora multiprofissional do CEPS/ISD.

³¹ Cientista social, professora da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí e colaboradora da UFRN.

³² Médico ginecologista e obstetra, professor da UFRN.

como serviço de referência para a atenção multidisciplinar à saúde materno-infantil e reabilitação no Rio Grande do Norte. O CEPS Anita Garibaldi coordena dois dos oito Programas do Instituto Santos Dumont – “Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde Materno-infantil” e “Educação para Ação Social e Comunitária”.

Entre os atores principais ao longo da sua implementação, além do Instituto Santos Dumont/CEPS Anita Garibaldi, estão a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a Prefeitura Municipal de Macaíba, o Conselho Municipal de Saúde de Macaíba e a Associação Quilombola dos Moradores de Capoeiras.

A base desse projeto está no fato de que estudos nacionais e internacionais evidenciam que há desigualdades importantes entre a saúde de brancos e negros, homens e mulheres, explicitando interações sinérgicas entre desigualdades sociais, raciais e de gênero. No Brasil, as mulheres negras possuem indicadores de saúde inferiores aos de brancas e pardas, inclusive no tocante à mortalidade materna.

Dessa forma, o projeto foi desenvolvido e implementado com o objetivo principal de contribuir com a estratégia de cuidado da saúde materna em mulheres quilombolas a fim de melhorar os indicadores maternos e infantis da comunidade.

Metodologia

No desafio de melhorar a saúde da população negra, é imprescindível formar profissionais da saúde hábeis em interagir eficazmente com populações étnica e culturalmente diversas, de modo que os mesmos tenham conhecimento dos processos que influenciam a saúde e cuidados de saúde das minorias populacionais, além de vivências relacionadas à diversidade cultural.

Para definir e subsidiar as ações em saúde-educação que foram implementadas, a equipe de pesquisadores dialogou com essa população por meio da pesquisa-ação. Ao final, foram identificadas as necessidades de saúde da população quilombola e as competências culturais, definidas a seguir:

- Necessidades de saúde:
 - Melhorar o acesso aos serviços públicos de saúde, em especial, para a atenção materno-infantil e orientação sobre a saúde sexual e reprodutiva;
 - Necessidade de criação de vínculos (a)efetivos entre as mulheres quilombolas e uma equipe e/ou um/a profissional de saúde. Vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do “sistema” de saúde para a/o usuária/o;
 - Situações a serem enfrentadas, principalmente de violência obstétrica e institucional e de negligências no atendimento médico.
- Competências culturais:
 - Formação de profissional de saúde alinhado com a abordagem da saúde como questão social e orientado sobre especificidades e vulnerabilidades sociais e as questões de gênero.

O “Projeto Barriguda”, na comunidade rural de Capoeira dos Negros, foi implantado com um serviço de atenção pré-natal que conta com a participação de alunos de graduação da área da saúde como parte de uma equipe multiprofissional (médicos/

as, enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social). Os atendimentos são realizados em frequência semanal e incluem ações de educação em saúde, dinâmicas de grupo, técnicas de relaxamento, atividades artísticas e culturais.

Os professores e alunos integram a equipe multidisciplinar que, semanalmente, vai até Capoeiras para realizar atendimento de pré-natal, vivenciando uma estratégia de cuidado que busca atender as necessidades dessa população específica, respeitando os valores, conhecimentos, saberes e cultura local. O “Projeto Barriguda”, assim nomeado pelas gestantes, faz referência à forma como a comunidade se refere ao Baobá, árvore reverenciada pela cultura quilombola como símbolo da localização dos antigos quilombos e forma carinhosa de se referir a uma mulher gestante no nordeste do Brasil.

Junto ao Projeto, iniciativas como pesquisa sobre violência obstétrica sofrida pelas mulheres da comunidade, e estratégias de *photovoice* para dar a voz às mulheres na luta pela melhoria nas condições de vida e de saúde foram realizadas em 2016, como também projetos de geração de renda.

A sua prática médico-social é o resultado da pesquisa-ação, que foi uma intervenção dialogada e consensuada com a participação ativa e propositiva da comunidade quilombola “Capoeira dos Negros” com interface em educação em saúde.

Resultados

O resultado foi considerado positivo junto às 42 mulheres gestantes acompanhadas no período da gravidez, parto e puerpério, pois não ocorreram novos casos de eclâmpsia.

O projeto tornou-se um serviço de referência materno-infantil na região e foram desenvolvidas iniciativas de trabalho-renda junto a essas mulheres por meio de oficinas. Fruto da parceria com a gestão municipal, houve a reconstrução do Posto de Saúde dentro da comunidade e onde ocorrem os atendimentos semanais.

Além disso, a parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) levou à criação de componente curricular inovador para os cursos de graduação em saúde com a disciplina “Competência Cultural na Atenção à Saúde da Mulher Quilombola” e a inserção da temática na linha de pesquisa “Integração Ensino-Serviço-Comunidade” do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da UFRN.

Avanços e desafios

Uma visita técnica foi realizada de modo a conhecer de perto a experiência e assinalar suas conquistas e destacar desafios e fragilidades em termos de sustentabilidade dessa experiência exitosa em políticas de equidade no país. Nessa visita, os aspectos exitosos da experiência foram constatados em termos de observação local.

O caráter inovador da experiência é evidente e seus principais aspectos são:

- Foco em princípios estabelecidos no SUS e parcerias envolvendo Instituto Santos Dumont, a Secretaria de Estado da Saúde Pública, a Secretaria Municipal de Saúde de Macaíba e o Ministério da Educação;

- Fortalecimento e consolidação do “Barriguda” com a criação pela UFRN da disciplina integrada ao Projeto oferecida pelo Departamento de Tocoginecologia da UFRN para diversos cursos (Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Artes e Comunicação Social), como instrumento para desconstruir o racismo institucional, cultural e individual;
- Reforma e reativação do Posto de Saúde da Comunidade Quilombola com apoio da Prefeitura Municipal de Macaíba/RN – e implantação de atendimento semanal da equipe multiprofissional do Instituto Santos Dumont/CEPS;
- Ação de integração em saúde pela continuidade da assistência aos problemas de saúde específicos dessa população aliada às atividades educativas orientadas ao resgate histórico e cultural de práticas e saberes quilombolas e à capacitação para atividades geradoras de renda.

Com relação a alunas/os e profissionais participantes, os resultados dos grupos focais realizados com os mesmos apontam para o desenvolvimento de conhecimentos, de competências culturais no contexto da atenção à saúde e educação de populações cultural e etnicamente diversas, além da experiência estimular a capacidade reflexiva acerca dos diversos valores de saúde, crenças, comportamentos, o racismo institucional e a marginalização das comunidades afrodescendentes em nosso país.

A seguir, uma série de fotos ilustram o projeto e diversos momentos de sua implementação na comunidade. As fotos 1-7 mostram atividades de grupo, oficinas e discussões. As fotos 8-10 apresentam materiais produzidos pelas gestantes.



Foto 1: Reunião com líderes comunitários e mulheres antes de início de projeto



Foto 2: Alunos, profissionais e gestantes realizando oficina de pintura e conversa sobre os cuidados com o bebê



Foto 3: Visita domiciliar na casa de gestante adolescente acompanhada pelo projeto



Foto 4: Foto com puérperas após grupo focal sobre violência obstétrica



Foto 5: Foto tirada por uma das gestantes em atividade de *Photovoice*, com o tema: vida na comunidade para as mulheres



Foto 6: Roda para analisar *Photovoice* realizado pelas mulheres



Foto 7: Roda de conversa sobre saúde bucal realizada pelos alunos do Projeto com as gestantes



Foto 8: Bolsa produzida pelas mulheres quilombolas para Congresso profissional realizado pelo Instituto Santos Dumont



Foto 9: Pulseira do ciclo fértil ou rosário pagão elaborado pelas mulheres em oficina sobre sexualidade e saúde reprodutiva realizada pela equipe do Projeto (controle do ciclo menstrual)

Práticas de cuidado em saúde com trabalhadoras do sexo³³

Alana de Oliveira Lima³⁴, Carolina dos Reis³⁵, Jaína Linhares Alcantara³⁶, Juliana da Silva Pinho³⁷, Juliana Vieira Sampaio³⁸, Lorena Brito da Silva³⁹ e Ricardo Pimentel Mello⁴⁰

“Hoje eu me sinto mais segura em me afirmar como profissional do sexo e não escondo, eu não sou puta ou rapariga, sou prostituta. O recado que dou para mulheres que estão começando na profissão é de usar sempre o preservativo, saber observar as pessoas e que o dinheiro não está acima da sua saúde”, (trabalhadora do sexo).

Introdução

Esse trabalho aborda a experiência do Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED), no desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde junto a mulheres em situação de risco, especificamente, trabalhadoras do sexo na Barra do Ceará (Fortaleza/CE). O NUCED, criado em 2004, vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), promove diversas ações de Redução de Danos (RD), estratégia que no Brasil integra a Política Nacional de Saúde Mental desde 2003. A RD é uma estratégia de ampliação e afirmação da vida que tem como foco a autonomia e a responsabilização do sujeito no seu processo de cuidado (LANCETTI, 2014) indo na contramão de práticas hegemônicas instituídas⁴¹.

A Barra do Ceará é um bairro periférico da cidade de Fortaleza, empobrecido, sem saneamento básico e território de disputas violentas por grupos envolvidos com o tráfico de drogas. A prostituição nesse território é caracterizada como “baixa prostituição”, sendo comum a prática de programas com baixos preços, elevada carga de trabalho, precárias condições de saúde, insalubridade laboral, intenso contato com o tráfico de drogas, uso de várias substâncias, violências físicas, psicológicas e sexuais, além da pobreza, isso é, inúmeras privações e riscos (MEDEIROS, 2006; SILVA, 2014).

As ações com as “trabalhadoras do sexo” tiveram início em setembro de 2015, com a participação de diferentes atores: membros do NUCED; estudantes de Psicologia

³³ Extensão universitária desenvolvida pelo NUCED/UFC.

³⁴ Psicóloga, integrante NUCED e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

³⁵ Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, integrante do NUCED.

³⁶ Antropóloga, integrante NUCED e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia.

³⁷ Graduada de Psicologia na Universidade Federal do Ceará, integrante do NUCED.

³⁸ Psicóloga, integrante do NUCED e doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

³⁹ Psicóloga, integrante NUCED e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

⁴⁰ Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, integrante do NUCED.

⁴¹ Como práticas hegemônicas instituídas entende-se ações atravessadas por uma lógica higienista e moralista. Essas práticas ignoram, por exemplo, no caso das profissionais do sexo, que as relações sexuais com parceiros estáveis, e não com clientes, são os fatores que mais influenciam à exposição ao HIV. (BRASIL, 2011).

da UFC; agentes comunitárias/os de saúde (ACS), profissionais de saúde do Posto de Saúde Lineu Jucá (Posto LJ). Envolvem também membros da equipe de Promoção de Saúde do “Instituto de Cultura, Arte, Ciência e Esporte” (CUCA) localizado na Barra do Ceará. O CUCA é uma organização que reúne um conjunto de complexos culturais ligados à Coordenadoria de Juventude da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE e voltados ao público de 15 a 29 anos de bairros periféricos com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH).

O projeto trabalha diretamente com cerca de 80 profissionais do sexo e donas de bares nos pontos específicos acompanhados. Considerando moradores/as do bairro, clientes e as famílias das mulheres, esse número chega a aproximadamente 300 pessoas.

As atividades específicas com as trabalhadoras do sexo se desenvolveram após a análise do território e a constatação de que essa população não era assistida pela rede de saúde de modo integral, como preconizam as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As mulheres não participavam das atividades oferecidas no CUCA e raramente acessavam o Posto LJ. Isso ocorria devido às divisões e disputas territoriais entre grupos que controlam o território, a dificuldade de deslocamento até o Posto Lineu Jucá e ao estigma advindo de profissionais e usuários do Posto associado ao exercício da prostituição.

Buscou-se promover ações em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, assumindo o desafio de dar visibilidade às “trabalhadoras do sexo”, tendo em vista que a “vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (BRASIL, 2004, p. 9).

Metodologia

As ações começaram com a finalidade de promover articulações com a comunidade. Nesse sentido, entendeu-se que era prioritária a aproximação dos serviços a essas mulheres, inicialmente explicando sobre políticas públicas, apresentando os membros das equipes dos serviços de saúde, do CUCA e do NUCED e, progressivamente, desenvolvendo vínculos que pudessem garantir seu despertar para o cuidado de si, facilitando o acesso aos equipamentos, bem como uma adaptação dos serviços às suas dinâmicas e às das zonas de prostituição.

As atividades foram iniciadas por meio de territorialização nos bares e motéis, com conversas sobre o uso e distribuição de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes, além da distribuição de informativos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e *folders* com as atividades desenvolvidas no CUCA. Essas ações tiveram (e ainda têm) como função principal a criação de vínculos, sendo possível estabelecer conversas informais, apresentar o CUCA e incentivar as idas ao Posto LJ para consultas. Concomitantemente a essas ações, são realizadas ações de testagens rápidas de HIV (por meio do fluido oral) em diversos locais no bairro (motéis, bares e um Terreiro de Umbanda) e no próprio CUCA.

São muitos os pontos de prostituição feminina na Barra do Ceará. Porém, em função da acessibilidade e vinculação prévia de agentes comunitários de saúde (ACS), decidiu-se focalizar as ações em três lugares: 1) região de maior concentração de bares e casas de show, onde as mulheres tanto trabalham como residem; 2) “Casa de Massagem”, que também agrega um Terreiro de Umbanda, que também é moradia de algumas mulheres; 3) algumas ruas próximas aos motéis, onde estão as mulheres em maior situação de risco, devido à exposição e falta de segurança. Vale observar que as mulheres que trabalham nas ruas são as que apresentam maior resistência em formar vínculos com a equipe por, geralmente, trabalharem sozinhas e residirem em outros bairros.

Também foram feitas em conjunto com os ACS visitas nos locais de trabalho e nas residências dessas mulheres, em horários alternativos para sensibilizá-las ao cuidado de si. Foram organizadas rodas de conversas e oficinas de maquiagem, essas últimas nos bares do território. As rodas de conversa versam tanto sobre a dinâmica do território onde trabalham e/ou vivem, quanto sobre as práticas de prostituição.

Resultados

As “trabalhadoras do sexo” fazem parte do grupo de pessoas que não se adaptam a rígidos protocolos clínicos (PASSOS; SANTOS, 2011), desafiando a implementação do princípio da integralidade do SUS. O comparecimento aos atendimentos em saúde é um bom exemplo para se entender tal desafio. Inicialmente, diante das dificuldades de acesso aos serviços, buscou-se garantir horários específicos no Posto LJ. Não se obteve muito sucesso em relação a uma frequência mínima das mulheres e, por isso, ampliou-se a ação, oferecendo-se por exemplo: consultas no CUCA em dias específicos. O fato do CUCA estar localizado no centro da zona de trabalho delas facilitou o acesso das mulheres. Também foram realizadas ações de testagem e aconselhamento em bares e motéis no território, isso é, fora dos equipamentos institucionalizados de saúde. A equipe do Lineu Jucá passou a abrir semanalmente um ambulatório para crianças, adolescentes e jovens (muitas mulheres levam seus filhos, sobrinhos e netos), fazendo-se também, testagens rápidas. Com isso, as profissionais do sexo passaram a comparecer ao ambulatório. Conseguiu-se também que os profissionais da saúde questionassem a compreensão que tinham acerca dos modos de cuidado com as “trabalhadoras do sexo” e entendessem a importância de se implementar práticas não institucionalizadas para se obter melhor frequência às testagens e aos outros serviços.

A partir do momento em que o NUCED e o CUCA vincularam-se a essas mulheres, inserindo-as na rede de atenção de saúde, progressivamente elas passaram a reconhecer as políticas públicas como uma fonte de apoio e encaminhamento para diferentes equipamentos, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD).

Com essas ações obtiveram-se os seguintes resultados até o momento:

1. Criação de uma rede de cuidado para as mulheres trabalhadoras do sexo na Barra do Ceará, que busca garantir e ampliar acesso à saúde, bem como desenvolver atividades de enfrentamento as violências e estigmatizações.
2. Experimentações metodológicas de cuidados em saúde que sejam coerentes com os modos de viver e trabalhar das mulheres.
3. Mudança na postura da equipe de saúde e dos profissionais e educadores sociais do CUCA em relação às “trabalhadoras do sexo”, com a organização de espaços formativos sobre a temática e a problematização do modo de analisar os modos de viver e de se organizar das “trabalhadoras do sexo”, bem como de acessar e produzir práticas de saúde.
4. Estabelecimento de vínculo e diálogo com algumas mulheres “trabalhadoras do sexo” e incentivo ao acesso aos equipamentos do território. A partir do momento em que sistematizou-se essas ações e com o desenvolvimento de atividades semanais no território, fortaleceu-se a presença dos equipamentos de saúde nesses lugares de prostituição, reconhecendo-se que políticas públicas podem ser fonte importante de apoio no território.
5. Com o desenvolvimento de atividades sistemáticas, a equipe tornou-se uma referência de cuidado no território para essas mulheres, inclusive com procura fora dos dias preestabelecidos de visitas e indicações para encaminhamentos das próprias mulheres, de seus familiares e parceiros.
6. Criação de espaço para avaliar e planejar as ações do campo e de oficinas para a produção de materiais de educação em saúde e RD para esse público.
7. Inserção de estudantes universitários em atividades de RD no bairro dirigidas às profissionais do sexo, ampliando sua formação acadêmica e levando aos cursos a discussão sobre a situação dessas mulheres.

Além das ações descritas acima, que são permanentes, iniciou-se a ampliação das atividades de RD do NUCED para o uso de drogas, pois antes voltavam-se mais às infecções sexualmente transmissíveis. Já foram identificadas as drogas mais usadas, (álcool, tabaco, crack e pó vendido como cocaína). Apesar da maconha e alguns inalantes serem cotidianamente utilizados no bairro entre os jovens, raramente viu-se o uso desses por essas mulheres.

Porém, percebeu-se que é preciso estreitar mais os vínculos entre as/os participantes do projeto para que essas mulheres se sintam à vontade para falarem do uso de drogas, especialmente em relação às drogas proibidas legalmente. Com esse propósito iniciou-se a distribuição de *fanzines* sobre redução de danos, como uma forma leve e até divertida de estimular conversas sobre os usos de substâncias psicoativas. Trata-se, portanto, da inclusão de mais uma estratégia metodológica para sensibilizá-las sobre o uso de algumas substâncias e articular ações que busquem formas de cuidado pautadas na perspectiva de saúde integral.

Avanços e desafios

Considerar as experiências dessas mulheres é também avaliar os atravessamentos de marcadores de gênero, de seus lugares de origem, juventude, classe e raça/etnia, que constroem e complexificam as práticas de cuidado e possibilidades de atenção à saúde. Esses atravessamentos, em suas intersecções, produzem essas mulheres e seus modos de cuidar de si e das/os outras/os (NOGUEIRA, 2013; MAYORGA; COURA; MIRALLES; CUNHA, 2013), modos que precisam ser (re)conhecidos para que as ações oferecidas pelos serviços tenham eficácia e não sejam impositivas.

Nas visitas feitas junto com as/os ACS aos locais de trabalho e residências e por meio das atividades desenvolvidas foi possível compreender melhor suas dificuldades em frequentar as unidades de saúde e demais equipamentos de políticas públicas, advindas de preconceitos a que são submetidas. Nas rodas de conversa, se pode conhecer os vários tipos de violências que sofrem por parte de clientes e parceiros fixos. As oficinas de maquiagem, construídas como estratégia de cuidado de si, favoreceu a reflexão das mulheres sobre sua sexualidade, além das práticas de cuidado no uso e compartilhamento da maquiagem. São igualmente momentos importantes de estreitamento de vínculos com as equipes e de conversas sobre o trabalho e suas dificuldades.

Como principais desafios encontrados, apontam-se:

1. a diversidade do perfil das “trabalhadoras do sexo” no que diz respeito à idade, portanto com demandas etárias diversas;
2. a dinâmica do território afetada pelos conflitos entre os grupos e entre esses e a polícia, impedindo que, algumas vezes saiamos ao território;
3. a falta de recursos e apoio da Prefeitura para as ações.

Nesse último caso faltam insumos para serem distribuídos, tais como lubrificantes e preservativos femininos, além de materiais diversos para fazer as oficinas e outras intervenções. Por exemplo, faltam próteses de órgãos sexuais masculinos e femininos para demonstrar o uso de preservativos. Ainda em relação às dificuldades encontradas, vale registrar que todas as três bolsas de extensão foram sumariamente cortadas pela Pró-Reitoria de Extensão da UFC, sem qualquer explicação.

Ao longo desse tempo, foram desafiantes os conflitos territoriais, as disputas políticas/eleições, da relativa fragilidade da rede de atenção das políticas públicas. Ainda assim, o projeto vem tendo continuidade, pois o papel da universidade pública precisa ser o de contribuir para a melhoria de vida das pessoas a partir dos saberes e práticas produzidos tendo em vistas problemáticas sociais.

Uma trabalhadora do sexo resume a importância do projeto para lidar com suas condições de vida e saúde, mostrando também os limites da legislação sobre violência contra a mulher:

“No posto que costumo ir não sofro preconceito, tenho até uma certa prioridade. Com o apoio das psicólogas, nós recebemos um acolhimento diferenciado, eles vem até nós, conversamos, fazemos testagem de sífilis, HIV, tudo isso aqui na casa, isso

facilita bastante. Com o passar do tempo, a gente vai aprendendo a lidar com a situação, com o medo de romper o preservativo, com a violência, de ser machucada. Eu lamento que a Lei Maria da Penha não sirva pra gente, mesmo tendo clientes fixos.” (trabalhadora do sexo).

O NUCED tem sido um articulador importante das ações em saúde na zona de prostituição da Barra do Ceará. Sua presença fortalece a rede e contribui para a problematização necessária que fundamenta o desenvolvimento dessa atenção, provocando as mulheres para questões de suas vidas que ultrapassam a sua prática como profissional do sexo. Mas, sem a dedicação incansável de educadoras/es sociais e técnicas/os do CUCA, das profissionais do Posto LJ e do envolvimento voluntário de estudantes, esse trabalho não teria êxito.

De modo resumido, são essas as atividades e compromissos profissionais do NUCED junto a essas mulheres. Como disse a escritora francesa Marguerite Duras, em relação às mulheres em geral, *“mulher é coisa que não se escuta, os discursos das mulheres é coisa que não se escuta”* (DURAS, 1989, p.41). Pode-se imaginar que essa situação ainda é pior em relação as mulheres que fazem do sexo também momentos de trabalho: essas mesmo é que a sociedade em geral não deseja escutar.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Versão Revisada. Brasília: Ministério da Saúde 2011.

DURAS, Marguerite. A Vida Material. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Ed. Globo, 1989.

LANCETTI, Antônio. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2014.

MAYORGA, Claudia; COURA, Alba; MIRALLES, Nerea; CUNHA, Vivane. As Críticas ao Gênero e a Pluralização do Feminismo: Colonialismo, Racismo e Política Heterossexual. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 462-484, ago. 2013.

MEDEIROS, Regina. Prostituição e Imaginário Popular. V Encontro da Rede Pastoral Oblata, Salvador, 2006.

NOGUEIRA, Conceição. A Teoria da Interseccionalidade nos Estudos de Gênero e Sexualidades: Condições de Produção de “Novas Possibilidades” no Projeto de uma Psicologia Feminista Crítica. In: BRIZOLA, Ana; ZANELLA, Andrea; GRESSER, M. (Orgs). Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos. Florianópolis: Abrapso, 2013.

PASSOS, Eduardo; SANTOS, Tadeu. Redução de Danos e Saúde Pública: Construções Alternativas à Política Global de “Guerra às Drogas”. Psicologia & Sociedade, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

SILVA, Lorena. Implicações Psicossociais da Violência nos Modos de Vida das Prostitutas Pobres. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2014.

TransformaDor: parir com amor, sem violência⁴²

Edna Abreu Barreto⁴³, Eliana de Jesus C. Souza⁴⁴, Pedro Nazareno Barbosa Júnior⁴⁵, Jaqueline Cardoso Marcena⁴⁶, Luciana da Costa Oliveira⁴⁷, Marluce Cristina Araújo Silva⁴⁸, Maira Lima Paes e Melo⁴⁹, Jorgeana Luzia da Silva Furtado⁵⁰, Vivian Ferreira da Silva Pinheiro⁵¹, Maria Eduarda Souza Neves⁵² e Ingrid Silva dos Santos⁵³

“parir normal (...) uma enorme gratidão de conhecer o projeto (...) respirei muito, meditei e coloquei minha ansiedade de lado. Foi tudo tão rápido que quase nem senti dor” (mulher)

Introdução

No município de Belém, capital do Estado do Pará (região Norte do Brasil), foi desenvolvido, entre fevereiro de 2016 a fevereiro de 2017, na Unidade Municipal de Saúde da Pratinha, periferia da cidade, o projeto de extensão da Universidade Federal do Pará denominado TransformaDor: parir com amor, sem violência.

Visando garantir os direitos da mulher em relação à reprodução (planejamento e gravidez), parto e puerpério e tendo como foco a educação em saúde na perspectiva dos direitos humanos, esse projeto visa o empoderamento de mulheres negras em situação de vulnerabilidade social para o enfrentamento da violência de gênero, destacando-se a violência obstétrica. Justamente por isso, optou-se pela comunidade da Pratinha, que se enquadra no perfil de atendimento de mulheres negras em condição de vulnerabilidade social.

A violência obstétrica atinge 1 em cada 4 mulheres brasileiras, sendo 43% de mulheres negras e pardas (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Compreende um tipo específico de violência institucional praticada contra mulheres, na gravidez, no parto, pós-parto e em situação de abortamento, e que viola os direitos humanos (OMS, 2014).

A experiência surgiu como possibilidade de visibilizar e superar esse tipo de violência contribuindo para a quebra de rotinas obsoletas, perigosas e mesmo cruéis que ainda são comuns em grande parte da atenção às mulheres no Brasil, pois, como mostrou a pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et al., 2014; DINIZ et al., 2015), as

⁴² Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Faculdade de Educação.

⁴³ Coordenadora do Projeto, Professora Associada da UFPA

⁴⁴ Psicóloga da UMS Pratinha

⁴⁵ Assistente Social da UMS Pratinha

⁴⁶ Enfermeira Obstetra – Professora FAMAZ/UEPA

⁴⁷ Mestranda em Educação UFPA

⁴⁸ Arte educadora e Doula

⁴⁹ Publicitária e Doula

⁵⁰ Pedagoga

⁵¹ Pedagoga

⁵² Estudante de Medicina UFPA

⁵³ Estudante de Pedagogia UFPA

mulheres negras são as que mais sofrem violência obstétrica, pois peregrinam em hospitais, ficam mais tempo em espera e são as mais afetadas pela morte materna.

Participaram do projeto os seguintes atores: Universidade Federal do Pará; Secretaria Estadual de Saúde do Pará, Secretaria Municipal de Saúde de Belém e Unidade Municipal de Saúde da Pratinha; Residência em Enfermagem Obstétrica da UFPA; mulheres negras em condição de vulnerabilidade social atendidas na Unidade Municipal de Saúde; alunas grávidas da UFPA; profissionais de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, doulas e publicitária, além de estudantes de cursos como medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, pedagogia, filosofia, que atuaram como voluntárias; profissionais convidadas para as formações, vinculadas à maternidade e universidade; Parto do princípio, Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa e Conselho Regional de Enfermagem.



Metodologia

A metodologia do Projeto “TransformaDor: parir com amor, sem violência” tem na educação popular seu fundamento conceitual, entendendo essa como uma intervenção na realidade que visa sua modificação. Parte-se, pois, do conceito de pedagogia do oprimido, “aquela que é forjada com o oprimido e não para ele” (FREIRE, 2005a, p. 34).

Com tal concepção, o projeto pratica a educação como uma intervenção transformadora, considerando que, por meio dela, constrói-se a formação e o empoderamento de mulheres, num processo dialético que promove o engajamento nas lutas pela libertação feminina e o questionamento de práticas violentas no seu atendimento.



Outro aporte teórico estruturante do projeto é o conceito de ‘violência obstétrica’, trabalhado a partir da livre tradução do que prevê a Lei Venezuelana (2007), que considera esse tipo de violência como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde.

Assim, a violência obstétrica expressa-se no trato desumanizador da mulher grávida, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, acarretando a perda de autonomia da mulher e da capacidade dela própria decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida.

Pode-se citar como exemplos de violência obstétrica: um pré-natal com poucas informações baseadas em evidências científicas; a peregrinação por hospitais em busca de atendimento ao parto; e procedimentos violentos como episiotomia, manobra de kristeler, toques repetidos sem autorização e etc.

Foi com essa base teórica que o projeto desenvolveu suas atividades, sistematizadas a seguir.

A Equipe do TransformaDor: parir com amor, sem violência, foi composta por 1 Coordenadora; 10 voluntárias (psicóloga, assistente social, enfermeira obstetra, doula, profissionais de educação e publicitária e alunas de graduação de medicina, enfermagem, pedagogia, serviço social, filosofia, da UFPA, UNAMA e FAMAZ) e 23 pessoas que formam uma ‘equipe técnica’.

Essa equipe atuou por meio de (i) reuniões quinzenais, na Unidade de Saúde da Pratinha, que fica em uma região da periferia da cidade de Belém e (ii) reuniões mensais, na Universidade Federal do Pará (UFPA).

Na Unidade de Saúde da Pratinha foram realizados 10 encontros formativos com mulheres negras e seus acompanhantes. Inicialmente, esses encontros ocorriam no turno da manhã e da tarde. Posteriormente, concentraram-se apenas no turno da tarde.

Na UFPA, foram realizadas 4 reuniões formativas com estudantes grávidas e/ou interessadas no tema, visando, assim, formar agentes multiplicadores (em função de duas greves na Instituição, em 2016, o funcionamento do projeto enfrentou dificuldades e não conseguiu realizar mais atividades).

Para apoiar essas reuniões – e o projeto em si –, foram realizadas as seguintes atividades: (a) discussão com os técnicos da UMS Pratinha sobre o tema da Violência obstétrica, usando vídeo e data show; (b) articulação com a Residência em Enfermagem Obstétrica, que passou a destinar residentes para atuarem no projeto; (c) apresentação do projeto no Fórum Perinatal da Região Metropolitana de Belém e no Ministério Público Federal, que passou a receber denúncia de violência obstétrica; (d) convite a 07 profissionais de diferentes áreas para participarem da formação junto às mulheres (02 médicas (obstetra e pediatra), 03 enfermeiros obstetras de diferentes instituições, 01 professora da UFPA que discute gênero e medicalização e 02 doulas); e contato com 23 voluntários de diferentes áreas para atuarem no projeto.

Nas reuniões de trabalho do projeto utilizou-se uma variedade de dinâmicas integrativas e pedagógicas, tais como rodas de conversas, vídeo, sessão de relaxamento com música, despedidas de barrigas, lanches coletivos, distribuição de fraldas, distribuição de material informativo e mostra de fotos.

Essas dinâmicas inspiram-se na proposta pedagógica de Paulo Freire. As



rodas de conversa que aconteceram nas formações, lanches coletivos, despedidas de barriga, seções de relaxamento, conversas informais antes e após os encontros, tiveram o diálogo como base, dentro de uma relação horizontal que se nutre do amor, da humildade, da esperança, da fé e da confiança.

Resultados

O projeto produziu os seguintes resultados.

- O Ministério Público Federal passou a receber denúncia de violência obstétrica.
- Formação de aproximadamente 430 pessoas, entre mulheres negras e seus acompanhantes, estudantes de diversos cursos que atuaram como voluntários.
- Formação de técnicos da Unidade de Saúde sobre o tema da violência obstétrica.
- Criação de metodologia dialógica e acolhedora tendo como base as necessidades, medos e angústias das mulheres.
- Formação de alunas grávidas e demais interessados no tema na UFPA.
- Articulação de diversos atores sociais, envolvimento de estudantes de cursos como medicina, enfermagem psicologia, pedagogia e filosofia.
- Articulação com a 'Parto do Princípio', mulheres em rede pela maternidade ativa, e com diferentes Instituições como hospitais, universidades e Ministério Público Federal.
- Divulgação do projeto em 09 reportagens de diferentes jornais impressos; 02 programas de rádio na UFPA; 2 entrevistas ao vivo em diferentes emissoras de TV; e 01 reportagens de jornal na TV.
- Produção de folders sobre o que é violência obstétrica e onde denunciar.
- Produção científica orientada pela Coordenador do Proejto:
 - dissertação de mestrado, em andamento, no curso de psicologia da UFPA. Tema: "*Práticas de Cuidado para Mulheres Parturientes: Desafios da Humanização em um Hospital no Pará*";
 - monografia de especialização, em andamento, na residência em enfermagem obstétrica da UFPA. Tema: "*Violência Institucional Contra Parturientes sob a Ótica dos Profissionais de Saúde*"; e
 - trabalho de conclusão de curso no curso de pedagogia da UFPA. Tema: "*Educação em Direitos Humanos, Saúde e Gênero: Empoderamento de Mulheres para o Combate de Violência Obstétrica Através do Projeto de Extensão Desenvolvido na UFPA*."
- Criação de e-mail próprio e página do grupo nas redes sociais para melhor divulgar o projeto: transformador2016@gmail.com: <https://www.facebook.com/transformadorufpa>.
- Exposição de 25 fotos com as ações do projeto; vídeo institucional com as ações realizadas.

Além desses resultados, a fala de uma participante do projeto que teve parto hospitalar normal no SUS, é bastante expressiva do significado do projeto para o momento do parto. Para ela, a formação

“ajudou a entender o processo de trabalho de parto (...) a não me desesperar porque é normal demorar horas para o bebê nascer. Os exercícios me ajudaram na dilatação, a massagem na coluna na hora da contração. Tudo isso me ajudou muito” (mulher)

Avanços e desafios

Os principais avanços despontam em três dimensões sociopolíticas articuladas:

1. no campo pessoal, tendo como foco o empoderamento das mulheres atendidas, que passam a compreender o que é violência obstétrica, além de se tornarem esclarecidas sobre os processos fisiológicos envolvidos na experiência do nascimento;
2. no campo social e das lutas das mulheres, vinculando-se à comunicação e à visibilidade do tema junto à sociedade, inclusive com matérias, exposições e utilização da web; e
3. no campo institucional, fundamental para apoiar os demais campos, relacionando-se à possibilidade de formar agentes multiplicadores, a partir da atuação das estudantes da UFPA, e da articulação com outras instituições da sociedade.

Também pode-se identificar 5 importantes aportes viabilizadores da replicação, tanto no contexto brasileiro como internacional, do “Projeto TransformaDor: parir com amor, sem violência”:

- a metodologia dialógica;
- o baixo custo do projeto;
- a ação interdisciplinar e interinstitucional;
- a valorização das ações do SUS; e
- a parceria com o Ministério Público, com esse aceitando denúncias contra a violência obstétrica.

No que concerne ao desenvolvimento do projeto na Unidade de Saúde, por conta de convênio firmado entre UFPA e Secretaria Municipal de Saúde de Belém – SESMA, haverá uma mudança de local. Isso acontecerá porque o convênio prevê espaços específicos para a UFPA atuar, o que não inclui a Unidade Municipal de Saúde da Pratinha.

Para que se definam a(s) Unidade(s) em que o projeto atuará, tramita na SESMA, desde abril de 2017, o processo de autorização de funcionamento. De acordo com a equipe do projeto, já foram realizadas 4 reuniões com a SESMA para a definição do local. Dois espaços previamente pensados para abrigarem o projeto não dispõem de infraestrutura necessária como auditório, data show e equipamentos de som.

Aqui, portanto, há 2 desafios fundamentais para a sustentabilidade do projeto:

1. o que fazer em relação à Unidade de Saúde da Pratinha, a fim de que as mulheres de lá não fiquem desassistidas. Em outras palavras, aqui, o desafio é o “*nenhum direito a menos*”; e
2. definir o(s) novo(s) local(is) de funcionamento do projeto, garantindo-lhe(s) a estrutura necessária.

Quanto ao funcionamento do projeto na UFPA, as atividades recomeçaram em maio de 2017, com uma exposição de fotos e a apresentação de vídeo institucional sobre o projeto. Mantendo a concepção original, as mulheres atendidas são alunas da Instituição e interessadas no tema. O calendário das formações, com reunião mensal, já foi definido e está em execução.

Em termos gerais, o maior desafio refere-se aos recursos financeiros, necessários para o pagamento de bolsistas; a compra de material a ser usado nas formações, como lanche coletivo, material de demonstração como bola, banqueta, registro fotográfico, pagamento de material gráfico; infraestrutura própria como data show, caixa de som, computador, para ficar disponível na unidade de Saúde a ser atendida; disponibilidade da equipe técnica que atua na Unidade municipal, especialmente da área de saúde, para contribuir com a mobilização das mulheres;

Também pode-se destacar como desafios um maior envolvimento dos profissionais de saúde e uma maior mobilização das mulheres atendidas. No caso da UFPA, um dos desafios é conseguir identificar e localizar as estudantes grávidas que podem participar das formações visto que não há registro institucional sobre estudantes nessa condição.

Empregando-se a própria práxis do Projeto, a de que só o diálogo comunica, há de se considerar que, embora importantes e concretos, os desafios que envolvem a sustentabilidade, têm amplas possibilidades de ser resolvido.

Quando os polos dialógicos envolvidos na superação dos desafios e na geração da sustentabilidade relacionam-se dessa forma – com amor, com esperança, com fé um no outro – tornam-se entes críticos na busca dos consensos e da democracia. Instala-se, pois, uma relação de simpatia entre ambos. É nesse momento que se abre espaço real para, como concebia Paulo Freire, a pedagogia da comunicação possa vencer o desamor acrítico do antidiálogo (Freire, 2005b. p.115, 116).

No Quadro 1, figura uma lista de links que permitirá ao Leitor conhecer ainda mais sobre o Projeto TranstformaDor: parir com amor, sem violência.



Quadro 1. "TransformaDor: parir com amor, sem violência", links sobre a atuação do Projeto

- i) http://pa.corens.portalcofen.gov.br/combate-a-violencia-obstetrica-e-o-foco-do-projeto-de-extensao-daufpa_4018.html
- ii) <https://www.portal.ufpa.br/imprensa/noticia.php?cod=11645>
- iii) <http://www.agenciabelem.com.br/Noticia/126317/projeto-de-combate-a-violencia-obstetrica-defende-os-direitosde-maes-e-bebes>
- iv) <https://www.portal.ufpa.br/imprensa/noticia.php?cod=11735>
- v) <http://www.ormnews.com.br/noticia/projeto-orienta-universitarias-sobre-parto-humanizado> <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2016/06/projeto-da-ufpa-orienta-universitarias-gravidas-sobre-violenciaobstetrica.html>
- vi) <http://radio.ufpa.br/novaradio/index.php/news/projeto-transformador-discute-viol%C3%Aanciaobst%C3%A9trica-com-alunas-gr%C3%A1vidas-da-ufpa>
- vii) <http://www.ormnews.com.br/noticia/mulheres-reagem-a-violencia-obstetrica-na-hora-do-parto>
- viii) <http://g1.globo.com/pa/para/jornal-liberal-1edicao/videos/v/promotora-esclarece-sobre-os-direitos-das-vitimas-deviolencia-obstetrica/5222526/>
- ix) <https://www.youtube.com/watch?v=qlv0ipvR10E>

Fonte: Relatório Final do Projeto TransformaDor: parir com amor, sem violência, 2017.

Referências

DINIZ, S.G.; Salgado H. O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; Priscila CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A.A.; NIY, D.Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. J. Hum. Growth Development. vol. 25 no. 3 São Paulo 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2010.

LEAL, M.C. e GAMA, S.G.N. 2014. Nascer no Brasil, Cadernos de Saúde Pública, vol. 30 supl. 1. Rio de Janeiro 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Declaração da OMS. Genebra, OMS, 2014.

VENEZUELA. Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. 2007.

ISBN: 978-85-7967-129-6



9 788579 671296



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



Conselho Nacional
de Saúde