



(In)visibilidade das demandas das mulheres na Atenção Primária à Saúde a partir do trabalho com grupos

The (in)visibility of women's needs in primary health care when working with groups

Carolina Carneiro de Melo*

ID <https://orcid.org/0000-0002-2161-1199>

Keli Regina Dal Prá**

ID <https://orcid.org/0000-0002-1470-7811>

RESUMO

O artigo objetiva refletir sobre as demandas apresentadas por mulheres atendidas em grupo por equipe interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde (APS), em um município do Sul do Brasil. O estudo qualitativo foi desenvolvido por meio de pesquisa documental em atas, observação participante e registro em diário de campo dos encontros do Grupo de Mulheres, realizados nos anos de 2022 e 2023. Os resultados indicaram que as principais necessidades das usuárias estão relacionadas às questões de gênero, evidenciando o adoecimento mental decorrente de conflitos familiares, especialmente ligados à maternidade e ao cuidado de dependentes, que, ao longo das trajetórias de vida, excluíram essas mulheres de vínculos com trabalhos remunerados e de relações sociais que poderiam se constituir como redes de apoio na velhice. Outra questão marcante foi a vivência de diversas formas de violência, majoritariamente no âmbito doméstico, tendo como pano de fundo relações conjugais hierárquicas. Trata-se de demandas vinculadas às determinações sociais da saúde, que exigem uma atuação profissional pautada no conceito ampliado e na interdisciplinaridade, visando à materialização do princípio da integralidade em saúde. O trabalho com grupos se constitui como estratégia fundamental na APS, uma vez que é de sua responsabilidade a articulação de cuidados individuais e coletivos, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da população, entre elas, as das mulheres.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária à saúde; Interdisciplinaridade; Grupo de mulheres.

ABSTRACT

The objective of this article aims to reflect on the needs of women when they are assisted in groups by an interdisciplinary team in Primary Health Care (PHC) in a municipality in southern Brazil. The qualitative study

*Assistente Social. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Florianópolis, Brasil). Assistente Social do Poder Judiciário de Santa Catarina na Comarca de Presidente Getúlio (PJSC, Presidente Getúlio, Brasil). E-mail: carolinacmel@gmail.com

**Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, Porto Alegre, Brasil). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Florianópolis, Brasil). E-mail: keliregina@yahoo.com

DOI 10.22422/temporalis.2025v25n50p339-354

was carried out using documentary research on meeting minutes, participant observation, and field diary records of the Women's Group meetings held in 2022 and 2023. The results indicated that the main needs of the participants are related to gender issues, as they involve mental health conditions stemming from family conflicts — especially those related to motherhood and the care of dependents. These responsibilities, over the course of their lives, excluded these women from paid work and social relationships that could have served as support in old age. Another significant issue for the women was the various forms of violence, mostly within the domestic sphere, underpinned by hierarchical conjugal relationships. These are demands related to the social determinants of health, which require professional action based on a broad concept of health and interdisciplinarity, aiming to realize the principle of comprehensive care. Group work is fundamental in PHC, as it is responsible for coordinating both individual and collective care in order to meet the health needs of the population, including those of women.

KEYWORDS

Primary Health Care; Interdisciplinarity; Women's Group.

Introdução

O estudo insere-se no debate acerca do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), no que tange à atuação interdisciplinar em equipe multiprofissional, a partir de uma abordagem coletiva — neste caso, um Grupo de Mulheres — desenvolvido em um Centro de Saúde (CS) de um município do Sul do Brasil. O enfoque nas demandas apresentadas pelas mulheres no grupo foi escolhido por se compreender que há divergências entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de trabalho estabelecido na APS.

Ou seja, observa-se uma forte presença da abordagem biomédica nas práticas profissionais, em detrimento da abordagem ampliada do conceito de saúde, comprometendo a integralidade do atendimento às necessidades das/os usuárias/os dos serviços. Compreende-se que o conceito ampliado de saúde reconhece que o bem-estar não está apenas relacionado à condição física, mas também a diversos fatores que influenciam a qualidade de vida e estruturam a sociedade capitalista.

Parte-se da realidade do atendimento coletivo viabilizado por meio de um grupo, que, segundo Moreira (2019, p. 81–82), é definido como a “presença simultânea de indivíduos em uma mesma atividade socioinstitucional coordenada por um ou mais profissionais e que apresente período de duração, objetivo(s) e metodologia(s) definidos”. A escolha pela abordagem grupal considerou algumas questões: o estreitamento da relação entre profissionais de saúde e usuárias; a intencionalidade de reconhecer o saber presente nas mulheres; a possibilidade de acompanhamento horizontal, uma vez que os encontros foram continuados; maior abertura para que as usuárias expusessem e compartilhassem suas experiências; e a possibilidade de agregação comunitária, visando à formação de redes de suporte (Furlan, Campos, 2010).

O Grupo de Mulheres foi desenvolvido por residentes das áreas de Serviço Social, Educação Física, Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Psicologia, com o objetivo de refletir criticamente sobre o papel da mulher na sociedade — considerando as opressões

de classe, raça e gênero¹ —, promover a saúde das mulheres do território e ampliar a rede de apoio entre as participantes.

O atendimento coletivo às mulheres não teve a pretensão de colocar as profissionais de saúde no lugar de quem detém o saber, mas sim de realizar o grupo em formato aberto, possibilitando que as demandas emergissem conforme as necessidades das participantes. A temática abordada em cada encontro surgiu das próprias mulheres e foi construída coletivamente, no compartilhamento de experiências e reflexões, com o auxílio das mediações realizadas pelas profissionais. Assim, o grupo favoreceu a troca de experiências, permitindo que as mulheres vivenciassem relações mais horizontais e solidárias. Fala-se, portanto, de temas que as mulheres reconhecem como necessários e relevantes.

O grupo é um instrumento de comunicação oral que envolve um coletivo de pessoas (neste caso, mulheres), cujos objetivos giram em torno da identificação das demandas trazidas pelas/os usuárias/os, do elenco de prioridades, da coleta de informações, além de priorizar um espaço de reflexão sobre o cotidiano e as formas de enfrentamento de situações específicas — como as opressões de classe, raça e gênero que atingem as mulheres (Magalhães, 2006).

No decorrer do Grupo de Mulheres surgiu a inquietação acerca das demandas tão presentes neste momento coletivo, mas tão ausentes nos consultórios, quando dos atendimentos em saúde. Que demandas são essas e qual o seu lugar na APS?

Metodologia

Em termos metodológicos, o estudo — de caráter qualitativo — foi desenvolvido por meio de pesquisa documental (Gil, 2008) nas atas do Grupo de Mulheres, referentes aos anos de 2022 e 2023, nas quais se sistematizaram as temáticas mais recorrentes, seguidas de interpretação e análise crítica das informações, com base na técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009). A sistematização dos temas, categorias e recorrências (Quadro 1) seguiu as seguintes etapas metodológicas: i) pré-análise: escolha das atas e leitura flutuante; ii) seleção das unidades de análise: definição de palavras e frases relacionadas ao tema do estudo; iii) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: definição dos temas e recorrências que originou uma primeira versão da sistematização e; iv) processo de categorização e subcategorização: definição das categorias relacionadas ao conteúdo manifesto nas atas e seu agrupamento.

A pesquisa documental foi complementada com observação participante e registro em diário de campo, como forma de ampliação das informações sobre o cenário de desenvolvimento das atividades do grupo e o envolvimento das participantes. O diário de campo também se constituiu como instrumento de registro da ação cotidiana individual da/o profissional de saúde, contendo uma riqueza de impressões e análises sobre o trabalho (Lima; Mioto; Dal Prá, 2007; Marconsin, 2013). A observação participante e o diário

¹ “Em conjunto, as restrições impostas por gênero, raça e classe social conformam escolhas, impõem desigualmente responsabilidades e incitam a determinadas ocupações, ao mesmo tempo que, bloqueiam ou dificultam o acesso a outras.” (Biroli, 2018, p. 42).

de campo contribuíram sobremaneira para a categorização e interpretação das informações, uma vez que o trabalho com grupos considera atitudes, posturas, expressões corporais e verbais, além dos registros e anotações da/o profissional que não são detalhados nas atas.

A construção do grupo de mulheres

O Grupo de Mulheres foi criado e conduzido por iniciativa de um grupo multiprofissional de residentes atuantes na APS em um município do Sul do Brasil, sendo desenvolvido ao longo dos anos de 2022 e 2023. A condição de residente proporcionou tempo e espaço para a criação e execução do grupo, bem como para o exercício interdisciplinar — que, por vezes, não integra as condições objetivas de trabalho das/os profissionais do SUS.

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

A ausência de profissionais de saúde vinculados às Equipes de Saúde da Família (eSF) e às Equipes Multiprofissionais (e-Multi) no grupo gerou rotatividade de participantes e comprometeu a longitudinalidade do cuidado — um dos pilares da APS — bem como a continuidade da ação. Os impactos para as mulheres foram observados na desistência, especialmente quando profissionais com quem haviam estabelecido vínculo deixaram o grupo.

Entende-se o grupo como interdisciplinar, visto que as relações entre as profissionais se estabeleceram de forma colaborativa, com cada uma contribuindo com seu saber, convergindo para os objetivos comuns. Com a consciência de que a existência de equipe multiprofissional não garante, por si só, o trabalho interdisciplinar, adota-se o conceito de interdisciplinaridade como:

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

O público-alvo foram mulheres adultas com demandas de saúde originadas nas opressões de gênero, violência contra a mulher, violência racial, vulnerabilidade social e questões relacionadas ao mundo do trabalho. No intuito de não excluir mães e/ou cuidadoras, foi oferecido um espaço com supervisão profissional para o cuidado das crianças que acompanhavam as participantes. O acesso ao grupo teve formato aberto, sem necessidade de matrículamento² e/ou encaminhamento por parte das eSF, e não contou com temas previamente definidos, visando à horizontalidade e à construção coletiva das reflexões. A

² Campos e Domitti (2007) definem o matrículamento como uma metodologia de trabalho que visa oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde de referência. Trata-se de um diálogo entre profissionais para troca de conhecimentos, orientações, construções de intervenções conjuntas e elaboração de projetos terapêuticos, diminuindo a fragmentação do cuidado.

escolha dos temas abordados em cada encontro era feita pelas próprias mulheres presentes, conforme suas necessidades. Esse formato rompeu com a hierarquia entre profissional de saúde e usuária, deslocando as profissionais da posição de detentoras do saber e promovendo um espaço de escuta ativa e construção compartilhada.

Outro aspecto importante foi a amplitude territorial da participação, transcendendo a área de abrangência do CS. Os encontros foram realizados semanalmente, no período vespertino, em espaço cedido pela comunidade. Importante destacar que a escolha do local se deu, inicialmente, pela falta de espaço físico no CS — o auditório estava sendo utilizado para atendimentos relacionados à Covid-19. Mesmo após a liberação do auditório, optou-se por manter o grupo fora da unidade, pois as mulheres se sentiam mais à vontade em ambiente comunitário.

Sem periodicidade definida, foram realizados encontros temáticos pontuais com o objetivo de aprofundar questões de interesse das mulheres ou que apresentaram recorrência nos atendimentos. Esses encontros contaram com a participação de pessoas externas e ofereceram atividades como auriculoterapia, meditação guiada e intervenções culturais. Ressalta-se que houve dificuldades relacionadas à falta de recursos para a promoção desses encontros, sendo os custos com materiais e alimentação assumidos pelas residentes, sem apoio institucional.

Cada encontro do Grupo de Mulheres contou com uma profissional responsável pela coordenação e condução, uma profissional responsável pelos registros e uma profissional encarregada dos cuidados com as crianças, permitindo a participação de mães/cuidadoras.

Os pactos firmados no início de cada encontro criaram um espaço em que as mulheres se sentiam à vontade e sem julgamentos para compartilhar suas inquietações e construir possibilidades diante delas, assim sendo: 1) preconizou-se que, se alguma mulher tivesse algo que pudesse prejudicar a si mesma ou outras, que buscasse um momento em particular com uma das profissionais disponíveis; 2) é sabido que no atendimento coletivo podem surgir relatos íntimos, então se solicitou sigilo sobre o que era compartilhado; 3) ressaltou-se a importância do respeito à fala e o momento de cada uma e; 4) solicitou-se o não uso do celular no período em que o grupo estava acontecendo. Também se reforçou a atenção para que o grupo não se transformasse em um espaço de lamentações com visões fatalistas, mas, sim, em um espaço de reflexão, construção de possibilidades e vínculos. A ênfase foi na busca por mediações que favorecessem insights crítico-reflexivos. Ainda que houvesse escuta qualificada, a pauta era a ampliação da visão de mundo das mulheres (Moreira, 2019).

A divulgação do grupo ocorreu por diferentes meios: identificação de demandas pelas/os profissionais de saúde, que tinham autonomia para convidar usuárias; cartazes fixados no CS e em pontos estratégicos da comunidade; redes sociais do CS e das eSF (stories, postagens no Instagram, status do WhatsApp); divulgação virtual em equipamentos governamentais (outros CS, serviços de outras políticas sociais como assistência social) e não governamentais do território.

Compreendeu-se o planejamento e a formação continuada como essenciais para a concretização do grupo. O planejamento ocorreu semanalmente, antes de cada encontro, com duração de uma hora, sendo voltado à construção dos objetivos e à reflexão sobre as práticas profissionais.

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

Já a formação continuada ocorreu mensalmente, proporcionando o aprofundamento de temas que permearam os encontros. A educação continuada mostrou-se essencial para o desenvolvimento de temas transversais e para a preparação das/os profissionais, tanto em relação ao instrumento de atendimento quanto às demandas com recorte de gênero.

As avaliações sobre o andamento do grupo aconteceram semanalmente, após os encontros. Finalizado o grupo, as profissionais dispunham de tempo para discussões e encaminhamentos. Quando identificadas demandas que extrapolavam a capacidade de atuação do atendimento coletivo, eram discutidas possibilidades de articulação com os serviços do próprio CS, com outros serviços de saúde, com outras políticas sociais e com organizações não governamentais do território.

O Grupo de Mulheres almejou contribuir para a construção de uma sociedade livre das opressões que atravessam o cotidiano das mulheres, incentivando a participação em outros espaços, como o controle social do SUS. Entende-se que não há um passo a passo ou uma fórmula única para se trabalhar com grupos, mas ressalta-se a importância de um referencial teórico-metodológico consolidado. Parte-se do princípio de que as questões que afigem uma mulher são semelhantes àquelas que atingem outras (Moreira, 2019). Assim, o exercício das profissionais de saúde consistiu em deslocar para o âmbito coletivo questões que, à primeira vista, apresentavam-se como individualizadas, estimulando o questionamento das relações sociais estabelecidas na sociedade.

Quais são as demandas das mulheres (in)visíveis para a APS?

O diálogo e as reflexões estabelecidas no Grupo de Mulheres suscitaram importantes questões, sistematizadas a partir dos 33 encontros coletivos realizados em 2022 — sendo três temáticos sobre maternidade real, relações familiares e compulsão alimentar — e dos 29 encontros realizados em 2023 — sendo dois temáticos sobre autocuidado e envelhecimento (Quadro 1). A média de participantes por encontro variou, mas foi de aproximadamente quatro mulheres.

Entende-se como fundamental, para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde, a sistematização dos atendimentos coletivos em atas, com detalhes não contemplados pelos sistemas de informação e registro. As informações refletem as necessidades do grupo e a

frequência dos temas abordados. A partir disso, é possível vislumbrar novas abordagens, aprofundar o conhecimento da realidade, pensar estratégias de intervenção e planejar ações socioeducativas, entre outras possibilidades.

Antes de adentrar na descrição e análise das informações levantadas a partir dos encontros, cabe sinalizar algumas características das mulheres participantes: i) a maioria pertencia ao território de abrangência do CS onde o grupo era desenvolvido; ii) majoritariamente encontravam-se fora do mercado formal de trabalho devido ao horário dos encontros; iii) baixa participação de mulheres no início da vida adulta; iv) apresentavam algum adoecimento mental; v) desacompanhadas de crianças/adolescentes visto que os encontros eram realizados no horário de atendimento das creches e escolas; vi) mulheres imigrantes e negras participaram em menor número, contrastando com o perfil populacional do território e; vii) não houve participação de mulheres transexuais.

As mulheres são a maioria da população usuária do SUS. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019: “a proporção de mulheres que consultaram um médico nos 12 meses anteriores à realização da entrevista foi de 82,3%, enquanto a porcentagem de homens foi de 69,4%” (Cobo; Cruz; Dick, 2021, p. 4023). Outro dado relevante é a proporção de pessoas brancas (79,4%) e pessoas de 60 anos ou mais de idade (86,9%) que consultaram um médico no período de 12 meses anteriores à realização da entrevista (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019), coincidente com as características das participantes do grupo: menor participação de mulheres negras, contrastando com o perfil populacional do território e baixa participação de mulheres no início da vida adulta.

O maior uso dos serviços de APS por mulheres pode estar relacionado a aspectos culturais e estruturais da sociedade brasileira, nos quais a responsabilidade feminina pelos cuidados com membros da família e com a própria saúde, incluindo a saúde reprodutiva, favorece maior nível de cadastramento e utilização das unidades de saúde.

A partir desses apontamentos iniciais, as demandas apresentadas pelas mulheres foram agrupadas para permitir uma análise mais ampla, para além dos temas isolados. Chama atenção a frequência com que temas relacionados aos aspectos intrafamiliares foram pautados, bem como aqueles ligados à saúde mental, à ocorrência de violências e ao trabalho remunerado. Os temas relacionados à pessoa idosa refletem a participação frequente de mulheres com mais de 60 anos. Em menor frequência, o grupo abordou temas como autocuidado e saúde física (em 2023), e migração e alterações no cotidiano após o período da pandemia de Covid-19 (em 2022).

Quadro 1: Sistematização dos temas abordados no Grupo de Mulheres — 2023–2022

2023		2022	
Tema	Categoria/recorrência	Tema	Categoria/recorrência
Relações intrafamiliares	Machismo (1) Privilégios masculinos (1) Divórcio (1)	Relações intrafamiliares	Machismo (1) Papéis de gênero (1) Maternidade (2)

	Ausência de afeto (1) Maternidade (2) Animais domésticos (3) Sobrecarga do trabalho doméstico (4) Rede de apoio (4) Cuidados e sobrecarga de cuidados (5) Conflitos e relações familiares (24)		Rede de Apoio (2) Traição (2) Divórcio (2) Sobrecarga trabalho doméstico (2) Cuidados e sobrecarga de cuidados (5) Conflitos e relações familiares (13)
Saúde mental	Autoagressão (1) Saúde mental (1) Estigma sobre uso de medicação contínua para saúde mental (1) Reações por uso de medicamentos (2) Adoecimento mental (2) Depressão (2) Luto (4) Abuso de álcool (4) Solidão (8)	Saúde mental	Adoecimento mental (1) Saúde mental (1) Culpa (1) Dependência emocional (1) Abuso de substâncias psicoativas (1) Suicídio (1) Qualidade do sono (1) Compulsão alimentar (1) Depressão (3) Solidão (4) Luto (9)
Violências	Violências contra a mulher e criança/adolescente (6) Violência urbana (1)	Violências	Violências contra a mulher e criança/adolescente (13)
Trabalho remunerado	Doenças relacionadas ao trabalho (2) Postura médica dos peritos do INSS (1) Trabalho voluntário (1)	Trabalho remunerado	Trabalho remunerado (4)
Pessoa idosa	Sentimento de inutilidade (1) Relações sociais e comunitárias (2) Envelhecimento (1)	Pessoa idosa	Fases da vida (1) Autonomia (1) Hábitos alimentares (1) Ausência e importância do lazer (2) Envelhecimento (3) Socialização (6)
Autocuidado	Autocuidado (3)	Migração	Diferenças culturais (1) Mudanças (1) Envolvimento na comunidade e respeito (1) Não pertencimento (2) Saudade (5)
Saúde física	Saúde física (3)	Pandemia de covid-19	Mudança cotidiano pós-pandemia (1) Relações pessoais pós-pandemia (1)

Fonte: Elaborado com base em pesquisa documental (2024).

A invisibilidade das demandas desveladas na pesquisa documental reside no fato de que estas não são reconhecidas pelas/os profissionais como demandas de saúde. São necessidades que extrapolam o campo da doença e exigem uma prática profissional que vá além dos muros da unidade de saúde. Diante dessa realidade, cabe ressaltar que a Lei Orgânica da Saúde tem como um de seus objetivos a identificação e divulgação dos fatores determinantes (educação, acesso a bens e serviços essenciais, transporte, meio ambiente, lazer) e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho e renda, atividade física) da saúde. Ou seja, considera que ações que interferem no bem-estar físico, psíquico e social também impactam diretamente na saúde da população (Brasil, 1990).

São necessidades que, quando identificadas, requerem articulação entre políticas públicas, diálogo com profissionais de outras áreas e/ou instituições, e inserção no território. Um território que revela aquilo que muitas vezes não cabe no consultório: relações de trabalho informais e mal remuneradas, falta de recursos para alimentação, ausência de saneamento básico, violência doméstica e urbana, ausência de áreas de lazer, entre outros.

Reconhecer e pautar essas demandas contribui com a materialização do princípio da integralidade do SUS que, de acordo com Cecílio (2009), compreende à capacidade das equipes de saúde de escuta e desvelamento das necessidades das/os usuárias/os por trás do aparente, bem como à capacidade de articulação intra e intersetorial para atender as necessidades das pessoas.

As demandas desveladas na pesquisa documental são, acima de tudo, aquelas que exigem lidar com algo que não tem resposta fácil e/ou rápida, um remédio e/ou procedimento que possa solucionar, mesmo que momentaneamente, a necessidade que se apresenta. E pautar essas demandas dentro do consultório não coaduna com o modelo de saúde hegemônico,

[...] pois a premissa é a busca pela objetivação do sujeito e pela neutralidade na relação seja: médico-usuário/paciente e, na relação equipe de saúde-usuário/paciente, cujo desdobramento é o processo de expropriação da dimensão sociocultural, da subjetividade e das possibilidades de manifestação do que é mais especificamente humano no encontro entre usuários e profissionais da saúde (Wiese, 2010, p. 243–244).

Entretanto, não há como dissociar as formas de adoecer da condição de vida das pessoas. Pode ser que em uma consulta de 15 minutos não haja tempo suficiente para identificar as demandas aqui listadas, pode ser também que a formação profissional não tenha dado conta de tal finalidade. Todavia, a criação e manutenção de espaços focados no acolhimento, na escuta qualificada e na criação de vínculos, princípios da APS, certamente abarcam as necessidades da população usuária dos serviços de saúde para além dos sintomas das doenças.

É perceptível o quanto “as questões ligadas ao social atravessam o tempo todo a prática em saúde e o processo saúde-doença” (Wiese, 2010, p. 236), e as mulheres buscam os serviços de saúde da APS para abordar questões sociais presentes em seu cotidiano. Refletir sobre conflitos e relações familiares, bem como sobre violências contra as mulheres na área da saúde, é compreender que essas temáticas estão entre as

determinações sociais da saúde. Assim sendo, o diálogo com a perspectiva de gênero é necessário para alcançar o princípio da integralidade. “Além de vários determinantes socioeconômicos, políticos e culturais, as relações de gênero desempenham papel fundamental na produção desses agravos à saúde” (Barata, 2009, p. 87).

As temáticas agrupadas como conflitos e relações familiares possuem estreita relação com a temática da violência, pois a maioria das violências contra as mulheres — sexual, psicológica, contra crianças e adolescentes — ocorre no ambiente doméstico e familiar. Apesar da violência urbana ter sido pautada no Grupo de Mulheres, a predominância do tema violência esteve relacionada àquela sofrida no âmbito doméstico.

A violência doméstica contra as mulheres gera riscos de morbidade e agravos à saúde, como: feminicídio, suicídio e tentativa de suicídio, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, hiperatividade, dificuldade de aprendizagem, uso e abuso de substâncias, gravidez indesejada, violência sexual, entre outros (Observatório da Violência Contra a Mulher, 2024). Além do adoecimento físico, há impactos significativos na saúde mental, revelando a profunda assimetria nas relações de poder com companheiros e/ou genitores.

Assim, compreender a instituição família para além da idealização romantizada que prevalece no senso comum, implica reconhecer que as relações familiares são feitas de

[...] afetos, cuidado e apoio, de exploração do trabalho, do exercício da autoridade e da violência. A violência doméstica afeta, sobretudo, as pessoas mais vulneráveis nos agrupamentos familiares: mulheres - por razões socioeconômicas e pela construção simbólica do feminino como subordinado ao masculino -, crianças e idosos [...] (Biroli, 2018, p. 91).

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

Leite e Fontanella (2019) também indicam como fatores influenciadores da dificuldade das/os profissionais de saúde da APS no atendimento às violências contra as mulheres: a natureza profissional — expressa pela falta de preparo técnico para identificação e manejo dos casos; a natureza cultural — reforçada pela ideia de que a violência conjugal é um problema da esfera íntima ou do privado e o insuficiente domínio de conceitos legais, levando a/o profissional a agir de acordo com conhecimentos de senso comum.

Estes fatores podem fazer com que as/os profissionais subestimem a complexidade da situação, o que explicaria em parte a frequente subnotificação de casos. A subnotificação das violências contra as mulheres na APS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) impacta nas ações de saúde para essa população, pois se a demanda não é pautada durante as consultas, também não será refletida nas informações e dados utilizados para o planejamento da política de saúde. Ainda é frequente e comum o desconhecimento de profissionais sobre como fazer a notificação ao atender casos de violência e, ainda, a não compreensão sobre a necessidade de notificação.

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

Apesar de tais apontamentos, D’Oliveira *et al.* (2020) apresentam a APS enquanto um espaço privilegiado na caminhada das mulheres em busca de ajuda para as violências. Elencam três razões para sustentar essa afirmação: a primeira, está no fato da APS ser a porta de entrada do SUS sendo um dos primeiros locais a serem buscados caso haja necessidade de atendimento; a segunda, diz respeito ao atributo da longitudinalidade que proporciona às/aos profissionais de saúde um acúmulo de experiência para atuar no âmbito familiar; e a terceira está no fato de que a assistência deve ser ofertada continuamente, de modo que haja incentivo para que o serviço seja buscado mesmo na ausência de doenças e/ou queixas. Apontam que a busca ativa das mulheres em situação de violência doméstica, o estabelecimento de vínculo, o trabalho em equipe, a definição sobre o papel de cada profissional na APS, o não julgamento moral das mulheres são facilitadores do atendimento a estes casos.

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

As demais temáticas alvo de reflexão no Grupo de Mulheres também apresentam relação com conflitos familiares e violências. Os conflitos estavam, em muito, vinculados à sobrecarga do trabalho doméstico e do trabalho de cuidados com as/os filhas/os e/ou pessoas idosas e/ou com deficiência na família, portanto, relacionados à tarefa do cuidar

atribuída historicamente à mulher. Vale recordar que as mulheres procuram a unidade de saúde para seu próprio atendimento, mas frequentemente estão acompanhando pessoas dependentes de cuidado. Essa sobrecarga do trabalho de cuidados acaba por restringir a participação da mulher em outras esferas da vida, enquanto libera os homens deste trabalho no âmbito doméstico. Essa desigualdade reflete em maiores dificuldades para as mulheres no exercício do trabalho remunerado (Biroli, 2018). A falta do trabalho remunerado deixa a mulher dependente financeiramente do seu companheiro, reforçando as relações de poder.

Os conflitos e violências eram determinantes para outros temas que surgiam nos encontros como, por exemplo, a solidão que se dava, muitas vezes, em função de restriçãoposta pelos companheiros ao ambiente doméstico durante anos, a ponto de não disporem de tempo para convivência comunitária, comprometendo a criação e fortalecimento de uma rede de apoio. Percebe-se, ainda, que a restrição ao ambiente doméstico impossibilita essas mulheres de terem acesso ao mercado de trabalho, as tornando dependentes financeiramente de seus companheiros e reduzindo sua autonomia, inclusive, para romperem com ciclos de violência.

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

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

Diante da complexidade e da transversalidade dos temas, reforça-se a necessidade de extrapolar as demandas imediatas da população usuária. Os resultados aqui apresentados demonstram a riqueza de temas que emergiram no Grupo de Mulheres, um espaço pensado para a construção do vínculo, para dar o lugar de fala, para oferecer escuta qualificada e com tempo e para construir a reflexão horizontal com as usuárias da APS.

Considerações finais

Este estudo analisou as demandas das mulheres na Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Sul do Brasil, por meio de pesquisa documental baseada nos registros profissionais do atendimento coletivo interdisciplinar realizado no Grupo de Mulheres. Teve como propósito contribuir com a discussão sobre a atuação das/os profissionais de saúde em consonância com as determinações sociais da saúde.

As principais demandas das participantes do grupo se expressaram em conflitos e relações familiares, além de situações de violência, evidenciando a importância de uma prática

profissional pautada no conceito ampliado de saúde. Ademais, o estudo aponta para a necessidade de considerar as particularidades da saúde das mulheres à luz das relações de poder entre mulheres e homens, visto que essa organização social interfere diretamente em seus processos de adoecimento e cuidado.

Para abordar tais temáticas, reforça-se a importância do atendimento multiprofissional e interdisciplinar, capaz de identificar essas necessidades e incorporá-las ao cuidado em saúde, visando à integralidade do atendimento às mulheres. Entende-se que “a integralidade é inerente à concepção ampliada de saúde” (Mioto; Nogueira, 2009, p. 228) e tem como consequência uma prática interdisciplinar e intersetorial que rompe com a fragmentação das demandas na política de saúde, viabilizando o direito social à saúde (Mioto; Nogueira, 2009).

No caso do atendimento às demandas das mulheres, é fundamental que os serviços das diferentes políticas públicas reconheçam, por exemplo, a complexidade da violência de gênero. Tanto no âmbito da prevenção quanto na atenção à mulher em situação de violência: “[...] os mecanismos de enfrentamento precisam se afastar cada vez mais da improvisação, avançando no cuidado com a pessoa agredida e, inclusive, evitando formas de violência institucional, como a revitimização da mulher” (Santos; Bevilacqua; Melo, 2020, p. 570). É igualmente importante que esses diferentes serviços se (re)conheçam em suas funções e como componentes de uma rede integrada de atendimento às mulheres, evitando encaminhamentos equivocados e garantindo que seu funcionamento não se configure como uma trama desarticulada de serviços (Aguiar et al., 2023).

Aponta-se o atendimento coletivo através de grupos como uma alternativa de abordagem para a promoção da saúde das mulheres de forma interdisciplinar, alinhando-se aos princípios da APS, permitindo a promoção da saúde ao abordar fatores determinantes com o recorte de gênero.

Além disso, ressalta-se a necessidade de que as Equipes de Saúde da Família (eSF) reconheçam essas demandas e acompanhem os atendimentos às necessidades das mulheres na APS, que muitas vezes exigem extrapolar o modelo da consulta individual. É preciso que as/os profissionais das eSF e das e-Multi se comprometam com espaços como o atendimento coletivo por meio de grupos, a fim de garantir o trabalho na APS conforme preconizado.

Vale reforçar que, para além da motivação individual das/os profissionais em pautar seus atendimentos a partir do conceito ampliado de saúde, é preciso que a gestão dos serviços de saúde se comprometa a fornecer condições objetivas para que o trabalho interdisciplinar aconteça. Para tanto, faz-se necessário combater a precarização dos serviços de saúde: ampliar o quantitativo de profissionais, mantendo o compromisso com espaços de educação continuada e organizar os serviços de forma a garantir o foco nas/os usuárias/os do SUS.

Destaca-se, ainda, a importância de pensar metodologias que tornem o atendimento mais inclusivo, como: disponibilizar espaços para acolhimento de crianças, a fim de não excluir mulheres mães e cuidadoras; e ofertar grupos planejados e executados por mulheres,

voltados para mulheres. É preciso resgatar a indissociabilidade entre teoria e prática, alinhando o “como fazer” à intencionalidade das ações.

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

Referências

AGUIAR, J. M. et al. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, 2023, p. e220266pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5nY8t6kLrVW8N6FjQzxgRTL/?lang=pt#>. Acesso em: 2 set. 2024.

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

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

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

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 fev. 2024.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf. Acesso em: 28 fev. 2024.

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

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 2007, p. 399–407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200016>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2024.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco, 2009. p. 117–130. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/sentidos-da-integralidade8edicao.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2024.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, 2021, p. 4021–4032. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 09 fev. 2024.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface**: São Paulo, v. 24, 2020, p. 1–17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ttfjMwYKXCHCxhKHjSVpMYL/#>. Acesso em: 09 fev. 2024.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 2, 2010. p. 105-116 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 27 maio 2025.

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

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde. **Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2024.

JORGE, E. M.; PONTES, R. N. A interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões. **Textos e Contextos**, v. 16, n. 1, 2017, p. 175–187. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/26444/15750>. Acesso em: 07 fev. 2024.

LEITE, A. C.; FONTANELLA, B. J. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, 2019, p. 1–12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2059/1507>. Acesso em: 07 jun. 2024.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, n. 6, v. 1, 2007, p. 93–104. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1048/3234>. Acesso em: 26 jun. 2024.

MARCONSIN, C. Documentação em Serviço Social: debatendo a concepção burocrática e rotineira. In: GUERRA, Y. D.; FORTI, V. L. (org.). **Serviço Social: temas, textos e contextos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 65–76.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, v. 11, n. 25, p. 221–243, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733. Acesso em: 07 fev. 2024.

MAGALHÃES, S. M. **Avaliação e linguagem**: relatório, laudos e pareceres. 2. ed. São Paulo: Veras Editora, 2006.

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

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, OPAS, 2006. p. 273–303.

OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER (OVM). **Mulher e Saúde**. 2024. Disponível em: <https://ovm.alesc.sc.gov.br/mulher-e-saudae/#:~:text=A%20viol%C3%A1ncia%20dom%C3%A9stica%20gera%20riscos,do%20risco%20de%20contamina%C3%A7%C3%A3o%20por>. Acesso em: 07 jun. 2024.

SANTOS, A. P.; BEVILACQUA, P. D.; MELO, C. M. Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. **Saúde Debate**, v. 44, n. 125, p. 569–579, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dBNjFTxJBvVG83Q53hXS8Pw/?lang=pt#>. Acesso em: 26 ago. 2024.

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

Submetido em: 3/3/2025
Revisto em: 2/6/2025
Aceito em: 3/6/2025