

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Laís Peixoto Schimidt

A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ

Rio de Janeiro

2020

Laís Peixoto Schimidt

A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadoras: Prof^ª. Dra. Denise Cavalcante de Barros

Prof^ª. Dra. Marize Bastos da Cunha

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Women in the favela: health needs, life experiences and the relationship with health services of residents of Rocinha / RJ

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S335m Schmidt, Laís Peixoto.
A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ / Laís Peixoto Schmidt. -- 2020.
174 f.

Orientadora: Denise Cavalcante de Barros.
Coorientadora: Marize Bastos da Cunha.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.
1. Mulheres. 2. Áreas de Pobreza. 3. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 4. Serviços de Saúde. 5. Processo Saúde-Doença. 6. Políticas Públicas de Saúde. 7. Análise de Gênero na Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1098153

Laís Peixoto Schimidt

A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação do processos saúde-doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 23 de julho de 2020.

Banca Examinadora

Dra. Rosely Magalhães de Oliveira
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Sônia Acioli de Oliveira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dra. Denise Cavalcante de Barros (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Marize Bastos da Cunha (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Gratidão primeiramente à vida, por guiar o meu caminho permitindo que eu pudesse estar em tantos espaços e ter tantos encontros potentes e significativos, repletos de acolhimento, afeto, carinho e amor!

Gratidão à minha família, por ser minha base, meu porto seguro e me proporcionarem um lugar no qual eu sei que nunca vou estar sozinha! Gratidão por cuidarem de mim!

E dentro desse porto seguro, denominado “família”, não poderia deixar de destacar e fazer um agradecimento especial a uma MULHER muito importante: minha MÃE... mulher forte que me deu a vida, cuidou de mim e esteve comigo nos melhores e piores momentos da minha vida, inclusive estando literalmente ao meu lado durante muitos dias e noites, nos quais eu escrevia essas linhas. Obrigada!

Gratidão aos meus amigos, que são verdadeiros presentes da vida! Amigos que encontrei nos diferentes espaços que ocupo e passei... no trabalho, no mestrado, na residência, na vida!

Às minhas amigas mulheres, maravilhosas, acolhedoras, fortes, guerreiras, verdadeiras Deusas. Uma inspiração na vida e com uma potência incrível da qual me orgulho imensamente e me espelho todos os dias! Obrigada por serem tudo isso e por estarem sempre juntas comigo nas lutas, nas vitórias e sobretudo no percurso da vida!

Às minhas orientadoras que trouxeram reflexões, me acolheram e me ajudaram em todo esse processo. Denise, com sua sabedoria, sendo sempre essa mulher atenta e delicada. Marize, mulher forte, sempre acolhedora e sensível, que eu admiro e me inspira demais! Obrigada por contribuírem tanto para a construção dessa pesquisa.

Às docentes que tive a oportunidade de conhecer, trocar e ter exemplos de pessoas que me inspiram na vida. Admiração imensa pelo o que fazem e por serem quem são!

À equipe do LTM, CAP Rocinha e TV Tagarela, que contribuíram iluminando meu caminho para que eu chegasse até as participantes desse estudo.

E, é claro... às mulheres, moradoras da Rocinha, que abriram seus corações para dividir comigo um pouco de suas vidas e experiências, e são as grandes “espectadoras” dessa pesquisa!

Gratidão!

ERA UMA VEZ UM BRASIL CONSERVADOR

branco dono e preto propriedade
africano era sem alma
e o índio era selvagem
segundo o europeu
nosso grande apogeu de
civilização?
colonizaram até nossa mente, boy
pra tudo e Europa virou padrão:
beleza, ciência, progresso
e o Brasil, há 500 anos sem sucesso

lembra das mina? Mulher, vocês
são linda
mas era uma vez um Brasil
conservador: aprenda a sentar feito
mocinha!
ou prende o cabelo
ou alisa de chapinha
mesmo na companhia de uma, duas,
dez mulheres,
dirão que estás sozinha
vê se não encurta a roupa
mulher trabalhadora é puta
mulher que questiona é louca
mulher inteligente é plágio
fala por cima da nossa voz
porque homem é o sexo frágil

históricas, vadias, putas, bruxas
queimadas na fogueira da
inquisição
assediadas por parentes, pelo patrão
por amigos, desconhecidos e até
líderes de religião
nosso corpo, as regras deles
violadas dentro de casa
na mais movimentada das avenidas
de short, saia ou calça cumprida
espaço público é cenário de guerra
com macho que te seca
no ônibus abre as pernas
se esfrega
sem a nossa permissão
e até ejacula,
sem receber punição
não, eu grito!

denuncio homens abusivos
agressores
desde a mãe África,
ancestrais cheias de cores
em senzalas estupradas
por brancos senhores
índias aculturadas
em nome de Cristo?
tantas irmãs assassinadas
pelo machismo
mão direita do capitalismo
fez da América desgostosa
à beira do abismo

eu sou isto: apenas uma moça
latino-americana
me agarro às lutas do passado
pra ter forças no presente
não defendo vidraça de banco
defendo gente
ao que é injusto, sou desobediente

me inspiro em Dandara, Zeferina,
Aqualtune, Nise, Carolina
mas principalmente nas guerreiras
de atualmente
são as terceirizadas, trabalhadoras
rurais, professoras, empregadas
é tempo de primavera
Conceição Evaristo, vovó Vilma,
vovó Vera
Gabriellas, Marias, Hildas,
Amandas, Eduardas, Sheylas,
Renatas, Sabrinas (Marielles – grifo
meu)
Brasil de golpes, reformas
trabalhistas, ditaduras militares,
fascistas!
apoiam massacres e chacinas
mulher encarcerada no lar
os pobre cheirando cola
e os rico, cocaína
era uma vez um Brasil conservador
que revolucionou
com o poder das minas.

(Bell Puã)

*Livro: Querem nos calar: poemas para
serem lidos em voz alta*

RESUMO

Ao longo dos séculos, a história da mulher é atravessada por opressões impostas pelo patriarcado e de lutas por direitos, ainda presentes atualmente. As relações de poder estabelecidas pelo sistema capitalista contribuem para a subalternização da mulher na sociedade, sendo ainda mais fortes quando se somam, ao seu contexto de vida, elementos como a raça e a classe social. As diversas formas de opressão e violências de gênero trazem consequências graves para a vida e saúde, sobretudo para as mulheres que vivem na favela. Esse estudo busca analisar as necessidades de saúde das mulheres moradoras da Rocinha/RJ e sua relação com os serviços de saúde, a partir de suas experiências de vida. O estudo utilizou uma abordagem qualitativa e, como procedimento metodológico, a Comunidade Ampliada de Pesquisa. Esta metodologia de pesquisa-ação valoriza e viabiliza a troca de saberes entre os atores sociais e científicos, permitindo uma construção compartilhada de conhecimento. Na busca de um maior aprofundamento das discussões sobre o tema utilizou-se também entrevistas abertas individuais com dez mulheres, com idades distintas e moradoras da Rocinha. A interpretação dos dados se deu por meio da análise de conteúdo temática (BARDIN, 1979). Como resultado, as experiências de vida das mulheres mostraram que seus estados de saúde têm íntimas relações e consequências originadas do território onde vivem e com as violências de gênero sofridas. Os serviços de saúde apresentaram dificuldades para compreender as complexas questões que envolvem suas necessidades de saúde, não conseguindo alcançá-las e proporcionar uma assistência integral à saúde. As mulheres apresentaram as redes de apoio e estratégias de lutas fora dos serviços, como potentes formas de resistência contra as opressões sofridas em um território vulnerabilizado. Conclui-se que os serviços de saúde precisam urgentemente compreender como o sistema capitalista, o patriarcado e a interseccionalidade influenciam a saúde das mulheres. Deste modo, deve haver um maior investimento em ações voltadas para mudanças sociais e políticas, que abordem o machismo, racismo, homofobia, misoginia e sexismo. A educação popular e a construção compartilhada do conhecimento devem ser reconhecidas como estratégias potentes de lutas que contribuem para promoção de políticas públicas de saúde ampliadas e não focalizadas na lógica biomédica.

Palavras chaves: Mulheres, Áreas de Pobreza, Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde, Serviços de Saúde, Processo Saúde-Doença, Políticas Públicas de Saúde, Análise de Gênero na Saúde.

ABSTRACT

Over the centuries, the history of women has been crossed by oppressions imposed by patriarchy and struggles for rights, which are still present today. The power relations established by the capitalist system contribute to the subordination of women in society, being even stronger when elements such as race and social class are added to their life context. The various forms of oppression and gender-based violence have serious consequences for life and health, especially for women living in shantytowns. This study seeks to analyze the health needs of women living in Rocinha/RJ and their relationship with health services, based on their life experiences. The study used a qualitative approach and as a methodological procedure, the Expanded Research Community. This action research methodology values and enables the exchange of knowledge between social and scientific actors, allowing for a shared construction of knowledge. In the search for greater depth of discussions on the topic, individual open interviews were also used with ten women, with different ages and residents of Rocinha. The data was interpreted through thematic content analysis (BARDIN, 1979). As a result, women's life experiences have shown that their health status has intimate relationships and consequences originating from the territory where they live and from gender-based violence suffered. Health services presented difficulties in understanding the complex issues surrounding their health needs, failing to reach them and provide comprehensive health care. Women presented support networks and strategies for fighting outside services, as potent forms of resistance against oppression suffered in a vulnerable territory. It is concluded that health services urgently need to understand how the capitalist system, patriarchy and intersectionality influence women's health. Thus, there must be greater investment in actions aimed at social and political changes, which address machismo, racism, homophobia, misogyny and sexism. Popular education and the shared construction of knowledge must be recognized as powerful strategies for struggles that contribute to the promotion of expanded public health policies and not focused on biomedical logic.

Keywords: Women, Poverty's Areas, Determination of Health Care Needs, Health Care Services, Health-disease process, Public Health Policies, Gender Analysis in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|---|----|
| Quadro 1 - | Modelos teóricos do processo saúde-doença..... | 46 |
| Figura 1 - | Mapa da divisão das 25 regiões da Rocinha – 2016..... | 75 |
| Quadro 2 - | Duração das entrevistas..... | 83 |
| Quadro 3 - | Perfil das mulheres da Oficina..... | 84 |
| Quadro 4 - | Perfil das mulheres entrevistadas..... | 84 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAP | Comunidade Ampliada de Pesquisa |
| CEPEL | Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina |
| CLT | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CONEP | Comissão Nacional de Ética em Pesquisa |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| DEAM | Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EqSF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| LTM | Laboratório Territorial de Manguinhos |
| NESC | Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania |
| NOAS | Normas Operacionais de Assistência à Saúde |
| NOB | Normas Operacionais Básicas |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OSS | Organização Social |
| PAISM | Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde a Mulher |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNSMI | Programa Nacional de Saúde Materno Infantil |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SISREG | Sistema Nacional de Regulação |
| SNT | Sistema Nacional de Transplantes |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 22 |
| 3 | OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL..... | 23 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 23 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 24 |
| 4.1 | MULHERES E LUTA..... | 24 |
| 4.1.1 | Mulheres e a luta por direitos: alguns aspectos históricos | 24 |
| 4.1.2 | Reflexões sobre gênero a partir de perspectivas feministas | 35 |
| 4.2 | CONTEXTO E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA MULHER NA FAVELA..... | 39 |
| 4.2.1 | Território vulnerabilizado: a favela como espaço de luta | 39 |
| 4.2.2 | Processo saúde-doença e a determinação social da saúde | 45 |
| 4.2.3 | Necessidades de saúde: conceitos e práticas | 51 |
| 4.3 | GÊNERO E SAÚDE..... | 55 |
| 4.3.1 | Por que discutir gênero na saúde? | 55 |
| 4.3.2 | Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil | 59 |
| 4.3.3 | A (des) integralidade da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher | 62 |
| 5 | METODOLOGIA | 67 |
| 5.1 | ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA..... | 67 |
| 5.2 | CENÁRIO DO ESTUDO..... | 71 |
| 5.3 | MÉTODOS E PROCEDIMENTOS..... | 76 |
| 5.4 | APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES..... | 83 |
| 5.5 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 85 |
| 5.6 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 86 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 88 |
| 6.1 | EXPERIÊNCIAS DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES NA ROCINHA..... | 88 |
| 6.1.1 | O território | 90 |
| 6.1.2 | As questões de gênero permeando a vida das mulheres | 99 |

| | | |
|-----|--|------------|
| 6.2 | NECESSIDADES DE SAÚDE E (DES) ALCANCE DOS SERVIÇOS..... | 116 |
| 6.3 | REDES DE APOIO E ESTRATÉGIAS DE LUTA..... | 135 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 148 |
| | REFERÊNCIAS..... | 152 |
| | APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA..... | 166 |
| | APÊNDICE B – ROTEIRO DA OFICINA TEMÁTICA..... | 167 |
| | APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 168 |
| | APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 170 |
| | APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM E VOZ..... | 173 |

APRESENTAÇÃO

Desafio... Segundo o dicionário Aurélio, “desafio” significa “*ocasião ou grande obstáculo que deve ser ultrapassado*”. E é assim que me vejo vivendo diariamente. Desafiando-me dia a dia, no desafio de ser mulher em uma sociedade machista, de ser trabalhadora em um país capitalista, ser estudante, filha, pesquisadora, amiga, irmã e ter que cumprir uma série funções sociais estabelecidas pelo mundo moderno. Desafios presentes no cotidiano de toda uma população e que me incentivam a tentar ultrapassar os obstáculos estabelecidos pela sociedade. Além de me trazerem múltiplas indignações, sobretudo com relação às questões que permeiam o gênero, e que não estão desassociadas de outros elementos, como os citados acima no texto de Bell Puã. A poesia citada é do livro *Querem nos Calar: poemas para serem lidos em voz alta*, organizado por Mel Duarte, que traz algumas poesias realizadas por mulheres para destacar o poder da poesia falada, tendo como objetivo romper com um ciclo de mulheres silenciadas na sociedade patriarcal que limita nossos corpos e falas, portanto, representa muito bem meus mais sinceros sentimentos e inquietações.

Logo, inicio a minha apresentação trazendo um dos meus maiores desafios: o momento em que tive a oportunidade de, pela primeira vez, entrar em uma favela. E que favela... logo a Favela da Rocinha, a “maior da América Latina”. Um dos lugares mais incríveis que já conheci, marcado por uma heterogeneidade sem igual. Minha chegada até ela ocorreu quando dei início a mais um desafio, que tinha me proposto a fazer – a Residência de Enfermagem em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Nasci e cresci em um município pequeno, na região serrana do Rio de Janeiro/RJ, a cidade de Nova Friburgo. Me formei no ensino médio em uma escola particular e no ano seguinte comecei a fazer um curso técnico de enfermagem, oferecido pelo município onde morava. Concomitante a este, iniciei também a graduação de enfermagem em uma Universidade Privada. Quando me formei no curso técnico, comecei a trabalhar como técnica de enfermagem em alguns lugares para ajudar meus pais a pagar minha graduação.

Dentre estes lugares, trabalhei com serviços de atenção básica, o que me despertou o interesse por esse percurso. Fui descobrindo o quão gratificante era interagir com o público, promover saúde, criar vínculos e, assim, fui percebendo que era esse o caminho que queria seguir. Então, no ano de 2014, me formei na graduação. Em 2015, saí da minha cidade natal e me mudei para o município do Rio de Janeiro, com o objetivo de dar início

ao Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família, no qual tinha obtido aprovação. Cursei a residência de 2015 a 2017, atuando como enfermeira residente em saúde da família, em uma Clínica da Família, na Rocinha. Foi onde tudo começou! Um misto de sentimentos e inquietações que me fizeram chegar até aqui e pensar nesta pesquisa. Entrar em contato com um mundo novo desencadeou enormes transformações pessoais e profissionais. Uma jovem branca, da classe média, vindo de um município pequeno e conservador, repentinamente, se encontrar sozinha atuando no meio da “maior favela da América Latina”, a Rocinha, é magnífico. Assim como é magnífico e surpreendente este lugar. Ao mesmo tempo em que encanta, também me entristece. Afinal, como não se encantar ao ver a imensidão de alegria, saberes e vida que ali existe, mesmo com todos os obstáculos socioeconômicos e estruturais?

Como não se encantar ao observar as crianças correndo pelas ruas e vielas com os amigos, brincando felizes de pique-esconde ou jogando bola na inocência de não entender aquele contexto?

Como não ficar feliz ao ver uma criança que você fez o pré-natal e está acompanhando nas consultas de puericultura, crescer e se desenvolver dentro do esperado e coberto de afetos pela sua família?

Mas também como não se entristecer, ao fazer uma visita domiciliar, em uma casa com dois cômodos, sem banheiro e com esgoto a céu aberto passando na porta de casa e ouvir de uma idosa, acamada, que estava com dor no braço, porque o rato tinha mordido ela durante a noite?

Como não sentir raiva ao ouvir, de uma mãe, a maneira trágica com que perdeu o filho inocente, de apenas 19 anos, por uma ação violenta do Estado? Como não ficar angustiada, ao ver um filho desesperado pedir ajuda na Unidade Básica de Saúde para buscar o pai, idoso, que estava falecido há dois dias em casa e que ele não conseguiu remover o corpo por dificuldade de acesso a outros serviços?

Como não se comover ao ver que centenas de estudantes, que passaram o ano inteiro estudando com a perspectiva de um futuro melhor, perderam a prova do vestibular, pois não conseguiram sair de casa em função da guerra que eclodiu entre policiais e traficantes no dia da prova?

Como se manter imparcial ao ter que interromper uma consulta e ir para o corredor do meio da Unidade para se proteger do intenso tiroteio do lado da Unidade Básica de Saúde? Como sair do trabalho e ir para casa bem, sabendo que você estará segura, mas todos os moradores de lá continuarão vivendo essa realidade?

E é assim que esse lugar me transforma diariamente. Me transforma e incentiva a buscar, a cada dia mais, formas de melhorar aquela realidade. Afinal, como não se sentir afetada com essas situações? Como não se sentir no dever de contribuir ao menos com o que está ao meu alcance, para garantir o mínimo de dignidade a essas pessoas?

A partir de reflexões como estas, e um contato próximo com essa realidade, vêm as inquietações que me fizeram pensar neste estudo. Como diz Oliveira (2001), possibilitar a combinação entre a biografia e a pesquisa é imensamente potente, pois confere vida ao estudo, retirando o artificialismo que, por vezes, está presente na pesquisa acadêmica. Assim, observar essa realidade e ver como os serviços têm dificuldade em alcançar as necessidades provenientes da população é o que me angustia nesse momento.

Segundo o sociólogo Wright Mills (1972), “os pensadores mais admiráveis” optam por “não separarem seu trabalho de suas vidas. Encaram a ambos demasiado a sério para permitir tal dissociação e desejam usar cada uma dessas coisas para enriquecimento da outra”.

Ao entrar em contato com esta frase de Mills (1972), este estudo fez ainda mais sentido. Durante meus dois primeiros anos de atuação na Rocinha, pude entender um pouco melhor como funciona este espaço e o serviço de saúde, além de observar que havia algo que deveria ser diferente. Na época, precisava fazer um projeto de intervenção para promover uma melhoria no serviço de saúde onde atuava e uma das situações que descobri, de acordo com os indicadores dos prontuários eletrônicos dos pacientes – e que chocaram –, foi que menos da metade das mulheres com idade alvo para rastreamento de câncer de colo uterino seguiam o acompanhamento estabelecido pelo Ministério da Saúde. Me chocava ver esses indicadores, por saber que o câncer de colo uterino é um dos que mais acomete a população feminina e que tínhamos recursos para disponibilizar um exame barato e simples para o rastreamento precoce, porém algo impedia que esse rastreamento ocorresse de forma adequada. A partir deste momento, me aproximei do público feminino, passei a fazer parte da linha de cuidados de saúde da mulher da Unidade onde atuava (e atuo ainda hoje), me dediquei a estudar as barreiras de acesso e utilização do serviço. Durante as pesquisas nesse campo, pude perceber como os fatores externos influenciam a saúde das mulheres. Inúmeras pesquisas a que tive acesso, como a de Ormonde Junior e Oliveira e Sá (2015), mostraram que a baixa cobertura de citopatológico, por exemplo, estava associada a fatores como as questões culturais e a baixa escolaridade.

A partir desse entendimento e no decorrer do percurso profissional, algumas outras questões referentes à saúde da mulher e aos serviços de saúde passaram a gerar

incômodo, pois comecei a perceber o quanto as ações promovidas pelos serviços de saúde eram focalizadas na doença e no saber biomédico, não sendo suficientes para atender todas as necessidades deste público. Questões como gênero, sexualidade, educação não sexista, violência, entre outros, quase não eram abordadas pelos profissionais nas diversas atividades que estes exerciam (grupos, consultas, atendimentos), porém estavam presentes na vida e cotidiano das mulheres naquele território.

Nos atendimentos a este público, seja para uma coleta de material para exame citopatológico ou para um atendimento de uma “dor qualquer”, comecei a observar e tentar investigar o que estava por trás das principais queixas dessas mulheres. Uma com queixa de dor na relação sexual, outra com dores fortes de estômago, outra com intensa dor de cabeça... assim, fui descobrindo o motivo principal que desencadeara aquelas queixas.

Durante um atendimento de uma dor epigástrica, descubro que o motivo que desencadeou aquela dor foi uma briga com o ex-parceiro, no fim de semana, na qual sofreu violência psicológica e o mesmo foi abusivo, querendo questionar de maneira grosseira sobre sua vida. Em uma coleta de material para exame citopatológico, quando pergunto para uma mulher se ela tem prazer nas relações sexuais, ouço esta me dizer que “nem sempre, mas tem que fazer, se não o marido arruma outra”. Em inúmeros atendimentos para início de anticoncepcional, ouço muitas mulheres dizerem que não usam preservativo, porque o parceiro não aceita. Em um início de um pré-natal não planejado, uma mulher chega se queixando de dores pelo corpo, pois sofreu violência física e psicológica do marido. No decorrer de um atendimento de demanda livre, atendo uma mulher que tinha como queixa principal uma cefaleia intensa há cerca de um mês, descubro que ela vive com o ex-marido contra sua vontade, pois ele a ameaça para que ela não o largue; diz inclusive que associa sua dor de cabeça a uma ocasião onde o ex-parceiro bateu violentamente sua cabeça na parede em uma briga que tiveram.

Outras demandas surgem diariamente nos serviços de saúde e podem passar despercebidas por grande parte dos profissionais, parecendo haver uma dificuldade em compreender as necessidades desse público. Essa dificuldade se apresenta não só nos serviços de saúde, mas também em outros serviços do Estado, como as delegacias de atendimento à mulher. Já obtive relatos em atendimento a uma mulher vítima de violência física, psicológica e sexual pelo parceiro, que referiu ter desistido de fazer o Boletim de Ocorrência na DEAM (Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher), após o

policial sugerir que não fizesse, pois como dependia do sustento do parceiro, poderia ser pior para ela, caso denunciasse.

A partir da observação do quanto situações como estas estão presentes na sociedade atual – predominantemente machista –, essa dissertação busca responder algumas inquietações que dizem respeito as necessidades de saúde das mulheres moradoras da Rocinha, além da relação entre elas e os serviços de saúde. Será que existe um despreparo por parte dos serviços? Será que existe um abismo entre o que é oferecido pelo Estado e as reais necessidades de saúde das mulheres? Será que as mulheres acham que os serviços oferecem o suficiente para atender todas as suas necessidades?

1 INTRODUÇÃO

A história das mulheres é marcada pela exclusão, sabotagem e desvalorização que influenciaram – e ainda influenciam – suas vidas e saúde e que também repercutiram a necessidade e realização de muitas lutas ao longo dos séculos. O patriarcado e o capitalismo são os principais sistemas estruturais responsáveis pela submissão e opressão das mulheres na sociedade, inclusive tentando negar o protagonismo das suas lutas e apagá-las das mais distintas maneiras, sendo necessário, portanto, compreender essas relações.

As relações de gênero passaram a ser amplamente estudadas para melhorar a compreensão de como essas relações de poder influenciam a organização da sociedade, sobretudo a maneira como as mulheres estão inseridas e assumem papéis que garantem a reprodução social. A discussão de gênero, portanto, é ampla, complexa e não pode estar dissociada de outros elementos como a classe e a raça, visto que a intersecção desses fatores afeta negativamente a vida e saúde das mulheres.

A discussão acerca da saúde da mulher no Brasil começou a ser acrescentada às políticas públicas de saúde no início do século XX, com enfoque prioritário para as demandas biológicas, relacionadas às questões materno-infantis, como a gestação e o parto. Esse foco perdurou até a década de 70, inclusive no âmbito social, considerando que as políticas de saúde eram pautadas no papel da mulher enquanto mãe e doméstica.

Ao mesmo tempo, os programas direcionados para ações de saúde eram voltados basicamente para realização de estratégias de proteção a grupos considerados vulneráveis, como gestantes e crianças, e foram bastante criticados posteriormente pelo movimento feminista, devido à visão reducionista da mulher, a qual só tinha acesso à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que, até a metade do século XIX, a mulher tinha um papel social pautado nos interesses masculinos, devendo acatar ordens de pais e maridos. Com o passar do tempo, com grande contribuição das lutas para reivindicação de igualdade de direitos das mulheres – como o advento do movimento feminista –, a mulher alcançou alguns direitos, antes impensáveis (direito ao voto e trabalho fora do lar, por exemplo). No entanto, como as mudanças acompanham questões políticas, econômicas, históricas e socioculturais, a maneira como a mulher organiza seu modo de existir na sociedade e suas relações com o mundo é influenciada.

Por meio do capitalismo, por exemplo, a mulher passou a assumir, além das questões reprodutivas, funções produtoras de força de trabalho, ocupando outros espaços na sociedade e ficando ainda mais sobrecarregada em suas tarefas.

Como parte das mudanças políticas e históricas que ocorreram no Brasil, pode-se citar o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu como consequência das reivindicações realizadas pela sociedade civil, por volta da década de 70, pleiteando ao Estado a universalização dos direitos sociais devido às circunstâncias de exclusão e iniquidade da época anterior. Desde o início do século XIX, as ações do Estado em relação à saúde tinham o objetivo de conter doenças transmissíveis, surtos e epidemias, como resposta às necessidades de controle social, pois havia a necessidade de reabilitar os corpos doentes dos trabalhadores. Neste sentido, o sistema público de saúde da época passou a realizar ações de assistência médica curativa individualizada.

A partir da concepção de saúde-doença expressa na Constituição Federal de 1988, passou-se a assumir um conceito ampliado de saúde e a compreensão de que os serviços devem atender às necessidades de saúde da população. Então, a partir da década de 90, com a implementação do SUS e seus princípios e diretrizes, entendeu-se que responder às necessidades de saúde significava implementar ações e serviços que se estendessem aos determinantes e condicionantes de saúde, pois os aspectos psicossociais também contribuem para o estado de saúde do cidadão. Assim, as ações dos serviços deveriam ser ampliadas e não restritamente curativas (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Após a ampliação do conceito de saúde e doença pelo SUS, as políticas de saúde passaram a abordar temas mais ampliados, levando em consideração as condições de vida da população. Um exemplo foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1983, que tinha o intuito de prestar assistência à saúde da mulher, em todos os seus ciclos de vida, não restringindo apenas às questões gravídicas-puerperais. Contudo, ainda assim, houve dificuldade de implementação efetiva devido à falta de regionalização (PAZ; SALVARO, 2011).

Posteriormente, no ano de 2004, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), objetivando oferecer uma maior atenção à saúde da mulher, incluindo algumas questões como gênero, integralidade na promoção da saúde. Mais adiante, foi criado o protocolo de atenção básica da saúde da mulher, que segue princípios e diretrizes do PNAISM, ampliando assim o leque de ações que existiam até então (BRASIL, 2015).

As políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, contribuíram fortemente para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, a atenção básica à saúde teve um papel importante na mudança da prestação da assistência à saúde na forma tradicional e no acesso à saúde da população.

Em meados dos anos 90, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, mais precisamente no ano de 1994, foi originado o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Estratégia foi regulamentada pelo Ministério da Saúde, tendo como foco principal o olhar para o coletivo e para a família, que passou a ter espaço privilegiado no cuidado. Excluiu-se a atenção voltada exclusivamente ao indivíduo e/ou doença (ANDRADE et al., 2016), ficando conhecida como um modelo de reestruturação e fortalecimento da atenção básica, por meio da expansão do acesso, da qualificação e da reorientação de práticas de saúde, sendo considerada a principal porta de entrada do SUS (CANELLA; SILVA; JAIME, 2013).

A pauta política, para a consolidação da APS através da ESF, foi se fortalecendo gradualmente e, em 2006, surgiu a primeira Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que foi sofrendo algumas alterações. No ano de 2012, a PNAB apresenta-se com o objetivo de preservar esse modelo de atenção à saúde, consolidando uma APS forte que fosse capaz de aumentar a cobertura, possibilitando cuidado integral e promovendo a saúde através da coordenação do cuidado e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para isso, foi necessária a realização de inúmeras ações, com mobilização de instituições e sujeitos sociais, para assumir os desafios relativos à formação dos trabalhadores no SUS, à organização do processo de trabalho, ao diálogo com a comunidade e ao conhecimento do território (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

As ações e serviços de saúde da mulher ganharam força com a ESF, auxiliando na concretização da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), através da melhora do acesso ao pré-natal, puerpério, planejamento reprodutivo, climatério, queixas ginecológicas, rastreio precoce de cânceres e atenção à mulher em situação de violência, entre outros. Entretanto cabe ressaltar que grande parte das vezes os atendimentos são focalizados nos aspectos da biologia feminina, tendo um tom contraditório no que se refere à própria política (OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

Tradicionalmente os serviços de saúde priorizam o cuidado à saúde da mulher, com foco no campo da saúde reprodutiva e prevenção de cânceres, sendo difícil o alcance de uma assistência integral, junto a um acolhimento qualificado das suas demandas e

necessidades de saúde. A integralidade da assistência deveria ser desenvolvida sob a ótica da clínica ampliada, onde o fornecimento do cuidado ocorre com a pessoa envolvida e para esta, não para a doença. Neste sentido, ampliar a clínica significa aumentar a autonomia do usuário, da família e da comunidade nos serviços, integrando os saberes de diversos trabalhadores da saúde para o cuidado e tratamento do indivíduo, a partir da criação de vínculo e considerando todos os aspectos de sua vida, promovendo, desta forma, o cuidado de acordo com cada caso. A clínica ampliada inclui cuidados que compreendem promoção e prevenção primária e quaternária. Ou seja, para o alcance da integralidade na assistência das mulheres, é necessária a superação da restrição do cuidado às ações programáticas por meio do desenvolvimento de ações abrangentes de saúde e de acordo com as necessidades de saúde das usuárias (BRASIL, 2016).

Infelizmente, presenciou-se, a partir do ano de 2015, o início do rearranjo de forças políticas conservadoras no Brasil, com a fortificação de pautas antidemocráticas e autoritárias, tendendo à mercantilização dos direitos sociais brasileiros e à aprovação de algumas medidas reducionistas, com a justificativa de que haveria um descontrole das contas públicas devido a “políticas paternalistas”. Com isso, a ideia seria limitar políticas sociais ampliando a participação do setor privado.

Dentre as modificações realizadas nesse rearranjo, pode-se citar a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos, gerando efeitos em diversas políticas, sobretudo no financiamento do SUS. Além da revisão da nova PNAB, aprovada em 30 de agosto de 2017, a qual foi pouco divulgada oficialmente, com pouco tempo para consulta pública e com as discussões realizadas em espaços restritos. Uma das suas características principais é que a nova PNAB apresenta um discurso flexibilizador, incorporando verbos como sugerir e recomendar, gerando certa ambivalência, o que permite omitir escolhas ideológicas. Essas escolhas remetem a uma concepção do Estado convergindo a uma racionalidade neoliberal, que tem um sentido inverso a uma participação maior do Estado, ou seja, o que seria necessário para a continuidade do SUS e a garantia do direito como direito universal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Assim, esta conjuntura traz retrocessos significativos e, portanto, grandes desafios para a contemplação da integralidade da assistência. A PNAB de 2017 define ainda padrões distintos de ações e cuidado, diferenciando as ações e serviços em padrões “básicos e essenciais”, trazendo uma segmentação da assistência com uma ideia de mínimo, sem haver nenhum conteúdo que mostre claramente o que corresponde a cada

padrão, despertando dúvida sobre a capacidade deles de atender às necessidades de saúde da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Importante destacar que o momento atual é potencializado por uma crise do capitalismo e ascensão internacional de uma extrema direita, uma vez que não só no Brasil, mas no contexto mundial, pode-se observar um reacionismo perigoso, que teve relevância nas últimas campanhas eleitorais. Nos EUA, por exemplo, o presidente eleito em 2016, Donald Trump, não fez nenhuma restrição ao expressar posições racistas, xenofóbicas e machistas. No Brasil, onde 70% da população assassinada é negra; pelo menos uma pessoa trans é assassinada por dia; em que só nos primeiros onze dias de 2019 33 mulheres foram assassinadas e 17 sobreviveram a tentativas de feminicídio, o presidente atual, Jair Bolsonaro (2019-2022), além de ter narrativas machistas, racistas e homofóbicas, apresenta constantemente medidas que ameaçam direta e de forma concreta as mulheres, negros, indígenas, pessoas com deficiência e a fauna e a flora do nosso país (ARRUZZA et al., 2019).

Nota-se que a vulnerabilidade feminina está fortemente relacionada a situações de discriminação da sociedade, uma vez que as relações de gênero construídas histórica e socialmente têm atribuído às mulheres condições de vida precárias e subalternizadas, as quais são expressivas para seu processo saúde-doença. Um exemplo que pode ser citado em relação ao processo saúde-doença, e que mostra como os fatores sociais influenciam no estado de saúde, é a questão do câncer de colo de útero, que apresenta maiores taxas de mortalidade em regiões mais pobres (BARBOSA et al., 2016); e as questões relacionadas à violência de gênero e à sobrecarga das mais de uma jornada de trabalho feminino, que influenciam direta e indiretamente na saúde das mulheres no Brasil e no mundo.

Neste estudo, busca-se enfatizar o modelo teórico da determinação social da doença, entendendo que este contempla o processo saúde-doença de forma não fragmentada, pois envolve as ciências sociais e enfatiza as formas de produção capitalista e a formação socioeconômica como primordiais para o processo saúde-doença, relacionando, assim, a saúde com a forma com que a sociedade se organiza.

O sistema de reprodução social nos diversos grupos integra as atividades do cotidiano, os modelos de trabalho e consumo, as formas de se organizar em sociedade, a política e a cultura. Desta forma, é preciso que os serviços e profissionais da área da saúde compreendam bem os processos que podem desencadear os agravos. Oliveira e Fonseca (2015) apresentam uma estimativa brasileira, mostrando que cerca de 35% das queixas

que levam mulheres aos serviços de saúde estão relacionadas a alguma situação de violência. O Estado ainda se torna cúmplice, quando as políticas voltadas para a proteção e segurança das mulheres em situação de violência são insuficientes e inexistentes, no que diz respeito às atividades educativas e conscientizadoras tanto para quem precisa do serviço, quanto para os profissionais do mesmo, não alcançando, assim, as respostas necessárias para suprir as demandas femininas.

As mulheres que sofrem com essas situações manifestam necessidades de saúde singulares e, por isso, necessitam que as práticas em saúde voltadas para elas estejam relacionadas às necessidades geradas por processos de vida comuns a esse grupo social, com desnaturalização das desigualdades de gênero e empoderamento feminino. Mulheres que vivem situações de violência e procuram os serviços de saúde costumam apresentar outras queixas mais inespecíficas, tendo um discurso indireto. Essa situação pode ser explicada tanto pelas relações de gênero, onde a autoridade masculina tenta ditar o silêncio, quanto pelas respostas que os serviços de saúde dão historicamente às mulheres, através das suas práticas biologicistas e medicalizadoras (OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

Cunha et al. (2018) ainda reforça que muitos problemas locais, ou as respostas sociais que são dadas pelos moradores, podem se tornar invisíveis para os profissionais de saúde em função de motivos, os quais devem ser entendidos para além de uma “falta de compromisso” ou “boa vontade” desses profissionais.

Percebe-se que para o acompanhamento integral da situação de saúde em determinado território é necessária uma rede de conhecimento e ações que vão além do que os serviços e os profissionais de saúde podem oferecer. Para que se produza esse conhecimento capaz de dar respostas aos desafios que os serviços de saúde enfrentam, é preciso incorporar as experiências e conhecimentos trazidos pelos próprios usuários, atores sociais locais, ou por aqueles que por alguma razão não estão usando os serviços de saúde, levando em consideração inclusive suas diferenças e conflitos. Assim, as distintas visões de mundo a respeito de determinado problema podem ser um instrumento potente para a transformação.

A partir desse pressuposto e levando em consideração os aspectos mencionados acima, além da vivência enquanto profissional de saúde na Rocinha/RJ, pretende-se, com esse estudo, analisar as necessidades de saúde das mulheres adultas moradoras da Rocinha/RJ e sua relação com os serviços de saúde locais, a partir das experiências de vida delas nesse território, que é marcado pela diversidade e pela vulnerabilização social.

2 JUSTIFICATIVA

A mulher moradora da favela, objeto de estudo em questão, é marcada por uma série de desigualdades históricas, na qual elementos como a raça e a classe contribuem para acentuar ainda mais essas desigualdades, refletindo em consequências diretas e indiretas na sua saúde. Neste sentido, faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre o modo dessas mulheres viverem, assim como sua visão a respeito dos serviços públicos de saúde, possibilitando analisar os abismos existentes entre os serviços e as moradoras dos territórios vulnerabilizados.

Se pensarmos no âmbito científico, este estudo contribui para a ampliação do conhecimento sobre necessidades de saúde, permitindo o diálogo com a academia, além de dar subsídios para realização de outras pesquisas relacionadas a diversas áreas de conhecimento.

Socialmente, essa pesquisa se justifica por proporcionar um espaço de voz às mulheres na Rocinha, favorecendo um ambiente de fala entre as mesmas, com troca de experiências, estimulando a reflexão deste público a respeito de si e do espaço que ocupam, no contexto em que vivem, assim como sobre suas reais necessidades de saúde. Além disso, poderá viabilizar o fortalecimento do grupo, oportunizando também a criação de novas redes de apoio.

Ainda politicamente, este estudo também se torna relevante quando se pensa nas políticas públicas voltadas ao público feminino no Brasil. Sabe-se que inúmeras conquistas se deram a partir do advento do feminismo e da luta das mulheres por igualdade de direitos. As mulheres são majoritárias entre a população brasileira e as principais demandantes dos serviços de saúde. Assim, esta pesquisa pode ser utilizada como dispositivo para auxiliar na luta por melhores condições de saúde, assim como permitir que profissionais de saúde, gestores e órgãos do Estado repensem o modelo de atenção à saúde prestado e o modo de conduzir seus programas e serviços para a sociedade, sobretudo para o público feminino.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as necessidades de saúde das mulheres moradoras da Rocinha/RJ e sua relação com os serviços de saúde locais a partir de suas experiências de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as experiências de vida da mulher moradora da Rocinha/RJ, no que diz respeito a sua situação de saúde;
- Identificar as necessidades de saúde das mulheres adultas moradoras da Rocinha/RJ;
- Identificar as potencialidades e os limites dos serviços de saúde da Rocinha/RJ, a partir da visão das moradoras desse território.
- Descrever as potenciais redes de apoio e estratégias de cuidado elencadas pelas moradoras da Rocinha/RJ.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 MULHERES E LUTAS

4.1.1 Mulheres e a luta por direitos: alguns aspectos históricos

Historicamente, no mundo, a luta pelos direitos das mulheres, assim como as consequências das opressões sofridas por elas, ocorre de maneiras distintas. Para entender esse contexto, é importante destacar sobre os sistemas que estruturam as relações de poder: o patriarcado e o capitalismo. Desvendar as origens desses sistemas equivale à compreensão de acontecimentos históricos, que levam as mulheres a sofrerem com a submissão e opressão que perdura há séculos, além de afetar direta e indiretamente suas vidas e saúde ainda atualmente. Assim, serão trazidas abaixo as contribuições, principalmente, da militante feminista Silvia Federici e da feminista negra Ângela Davis, que auxiliarão na reflexão sobre as raízes de muitas questões.

As mulheres já foram vistas como Deusas em uma época em que se legitimava o Matriarcado. A “Era das Deusas”, considerada pré-histórica, determinava a supremacia da política feminina. No entanto, o forte poder das mulheres e a percepção dos homens sobre a impossibilidade de elas procriarem sem a participação deles teria feito com que eles tomassem o poder e estabelecessem o controle da reprodução por meio da opressão; passaram a cobri-las e trancafiá-las, pois, assim, poderiam ter certeza de que as crianças nascidas eram seus filhos (CAMPOS, 2010).

Apesar de pouco se saber sobre as sociedades matriarcais, seu declínio ocorreu de modo que houvesse um completo domínio masculino. Narvaz e Koller (2006b) referem que essas primeiras sociedades eram coletivistas, tribais, nômades e matrilineares, todos os membros da família eram envolvidos com a coleta de alimentos para sobreviver. A partir da descoberta da agricultura, da caça e do fogo, essas comunidades passaram a se fixar em um território, de forma que predominantemente os homens realizavam a caça e as mulheres o cultivo da terra e o cuidado das crianças – embora essas atividades não fossem exclusivas de acordo com o sexo. Entretanto, conhecendo a participação do homem na reprodução e, mais tarde, estabelecida a propriedade privada, o corpo e sexualidade das mulheres passaram a ser controlados através da instituição da família monogâmica, também da divisão sexual e social do trabalho entre homens e mulheres, instaurando-se o patriarcado.

A sociedade medieval era extremamente patriarcal, sendo a posição destinada às mulheres a de passividade e submissão em relação aos homens, com forte influência da igreja, que contribuía para construir uma moral definida pelas posições sociais de gênero. Assim, na Idade Média, a representatividade política era inerente à Instituição da Igreja, que influenciava diretamente nas crenças e valores da população, existindo uma supremacia masculina nos textos bíblicos e a submissão feminina. Portanto, elas ocupavam sempre uma posição inferior, onde os homens eram responsáveis por formá-las, educá-las e vigiá-las. Enquanto as tinham sob seu poder, faziam-nas de “objeto”, não importando quais eram os seus desejos ou sentimentos, pois deveriam apenas satisfazer a vontade e os desejos masculinos, serem obedientes e fiéis (LIMA, 2010).

Neste contexto de sociedade patriarcal, a forte influência religiosa associava Deus à figura masculina, provocando certo distanciamento entre a mulher e o divino, o que era reforçado também a partir da narrativa da criação da mulher após a do homem, a partir de uma parte dele (a costela), e do mito do pecado original, no qual a mulher se torna responsável pelo pecado e pelo sofrimento da humanidade. Assim, passa a existir uma concepção de que a mulher é responsável pelas próprias dores e sofrimentos da humanidade, tendo um “significado de mal, tentação, pecado, objeto impuro e perdição” (LIMA, 2010, p. 3).

A época do Renascimento e as descobertas científicas marcaram mudanças importantes na Idade Média, que influenciaram inclusive na posição social das mulheres, uma vez que elas participavam e auxiliavam em partos e na realização de medicamentos à base de ervas, sendo denominadas como curandeiras. Entretanto, o clero, com base nos princípios do cristianismo, passou a concebê-las como bruxas, sendo elas julgadas, presas, condenadas à morte e queimadas vivas nas fogueiras da inquisição (CAMPOS, 2010).

Segundo Federici (2019), o desenvolvimento do capitalismo começou com uma guerra contra as mulheres, através da caça às bruxas, no século XVI e XVII, que levou a milhares de mortes. Esse fenômeno foi definido por Marx (1976 apud FEDERICI, 2019, p. 91) como “acumulação primitiva”, sendo o termo utilizado para caracterizar o processo político que sustenta o desenvolvimento das relações capitalistas. Na visão da autora, a “acumulação primitiva” se dá sob o ponto de vista das mudanças que foram introduzidas na produção social das mulheres e na produção de sua força de trabalho no mundo.

O desenvolvimento do capitalismo trouxe mudanças em vários aspectos da vida social, inclusive nas relações reprodutivas de gênero do mundo medieval, pois causou a

expropriação de terras e pauperização de muitas pessoas, com maior sofrimento para as mulheres, afinal, essa reestruturação rural no início do capitalismo destruiu seus meios de sobrevivência e a base de seu poder social. Dessa maneira, as mulheres se rebelaram e foram acusadas de bruxaria, ficando sem nenhum recurso e dependendo da caridade, justamente em uma época onde o ato de pedir esmolas era criminalizado e a caridade desprezada. Desta forma, passou a ser caracterizada como bruxa a mulher pobre que vivia sozinha, dependia de doações da vizinhança e ressentia-se amargamente de sua marginalização, por isso ameaçava e amaldiçoava quem se recusasse a ajudá-la (FEDERICI, 2019).

O capitalismo, portanto, nasceu a partir de estratégias implementadas pela elite feudal (igreja, proprietários de terras e comerciantes) em resposta às lutas dos proletariados rurais e urbanos, que colocaram seu domínio em crise. Essa classe capitalista foi confrontada e reagiu à ameaça da plebe expropriada – representada pelos trabalhadores sem-terra e populações pedintes –, que se revoltou contra as classes proprietárias. Na busca por um modo de produção que postulava a “indústria” como principal forma de acumulação, o capitalismo não poderia se consolidar sem que fossem forjados um novo indivíduo e uma nova disciplina social que impulsionasse a capacidade produtiva para o trabalho. Com isso, iniciou-se uma batalha histórica contra qualquer coisa que pudesse prejudicar a exploração da mão de obra (FEDERICI, 2019).

Neste contexto, as mulheres denominadas “bruxas” poderiam ser uma ameaça, pois, na condição de curandeiras, médicas tradicionais e parteiras, possuíam saberes relacionados a conhecimentos sobre a natureza e práticas de “magia”, o que acabou abrindo oportunidades de emprego formal para muitas mulheres, representando uma forma de poder. Assim, este é um dos principais motivos para as mulheres serem alvos da tentativa capitalista de construir uma concepção de mundo mais mecanizada e racionalizada, sendo necessária uma destruição das bruxas e de seus poderes (FEDERICI, 2019).

Um outro ponto importante a ser ressaltado é a sexualidade feminina, que tem suas raízes opressivas também no contexto de caça às bruxas na Europa, pois, como descreve Federici (2019), nesta época havia a necessidade de proteger a coesão patriarcal da Igreja, impedindo que sua propriedade fosse dissipada em função da fraqueza clerical diante do poder feminino. Com isso, os prazeres femininos precisavam ser desprezados pela classe capitalista e o clero passou a retratar o sexo feminino como um instrumento diabólico, sendo emergente que a burguesia desse continuidade a essa tradição, pois, com a

repressão do desejo feminino, as mulheres iriam satisfazer as necessidades dos homens e gerar mão de obra abundante, recuperando a sexualidade feminina em contexto matrimonial e com fins de procriação. Desta forma, o capitalismo reintegrou uma maneira de comportamento social aceitável às mulheres, sendo uma “forma de sexualidade dócil, domesticada, instrumental para a reprodução da força de trabalho e pacificação da mão de obra” (p. 68). O medo da sexualidade das mulheres estava associado também ao medo de enfeitiçarem os homens através da sua “magia”, submetendo-os ao seu poder e inspirando a eles tanto desejo a ponto de fazê-los esquecerem das obrigações sociais. Assim, para a autora,

a caça às bruxas instituiu um regime de terror contra todas as mulheres, do qual emergiu um novo modelo de feminilidade a que as mulheres tivessem de se conformar para serem socialmente aceitas durante o desenvolvimento da sociedade capitalista: a feminilidade assexuada, obediente, submissa, resignada a subordinação do mundo masculino, aceitando como natural o confinamento a uma esfera de atividades que foram completamente depreciadas no capitalismo. (FEDERICI, 2019, p. 70)

Seguir mulheres que eram consideradas “bruxas” contribuiu para o confinamento de mulheres europeias no trabalho doméstico não remunerado, o que legitimou sua subordinação aos homens dentro e fora da família; deu ao Estado um controle sobre a sua capacidade reprodutiva; e garantiu novas gerações de trabalhadoras. As torturas e execuções a que as mulheres acusadas de bruxaria eram expostas serviam de exemplo para as demais serem obedientes, silenciosas, aceitarem os abusos masculinos e o trabalho pesado. Com isso, a caça às bruxas estruturou uma ordem capitalista e patriarcal que perdura até os dias atuais, embora se ajuste conforme as respostas de resistência das mulheres e a transformação do mercado de trabalho (FEDERICI, 2019).

Importante fazermos algumas considerações sobre o período da escravidão, que também contribuiu fortemente para as opressões sofridas pelas mulheres, sobretudo as mulheres negras, trazendo reflexões sobre a interseccionalidade, que diz respeito às relações entre gênero, raça e classe. Para Dores et al. (2017), esse conceito proporciona discussões com a finalidade de compreender a dinâmica da dominação social, possibilitando explicar como valores, normas, ideologias e discursos influenciam as estruturas sociais. Assim, “a interseccionalidade traz a conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” (p. 257). Portanto, trata de forma mais específica sobre a maneira pela qual os sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas estruturadas através das posições sociais.

Desta forma, a abordagem interseccional se faz necessária, pois mostra como diferentes fatores de subordinação se interseccionam nos contextos históricos e nas distintas dimensões da vida social, as quais não podem estar separadas. Essa abordagem viabiliza entender a multidimensionalidade atravessada por raça, gênero e classe social, permitindo desconstruir (pré) conceitos impregnados, naturalizados e reproduzidos na sociedade.

Barbosa et al. (2018) pontua que a relação do corpo e a simbologia a ele atribuída pela dominação eurocêntrica, no quesito raça, contribuíram para a inferiorização de diversos povos. Por meio desta distinção entre raças, os não brancos foram considerados seres inferiores, que não possuíam a capacidade de racionalizar e nem eram dignos de salvação, portanto, seus corpos poderiam ser utilizados sem consentimento prévio para contemplar os interesses que a expansão colonialista e, depois, a capitalista requisitasse. Nesse cenário de racialização, a questão de gênero foi ainda mais perversa com as mulheres, as não brancas tiveram ainda outras maneiras de subjugação, discriminação e inferiorização em relação ao uso de seus corpos, existindo estereótipos presentes até os dias atuais em nossa cultura.

Há de se saber que o sistema escravista definia o povo negro como propriedade. Naquela época, já que, para os proprietários de escravos, homens e mulheres negras eram vistos como unidades de trabalho lucrativas, trabalhando pesado nas lavouras, as mulheres negras eram desprovidas de gênero, sendo a mulher escravizada vista, primeiramente, como trabalhadora em tempo integral, exercendo apenas ocasionalmente o papel de esposa, mãe e dona de casa. Tinham, também, todos os outros aspectos relacionados a sua existência ofuscados pelo trabalho compulsório da escravidão (DAVIS, 2016).

Tanto os homens como as mulheres negras sofreram as terríveis consequências da escravidão e da opressão relacionada ao trabalho, sendo a força e a produtividade idênticas entre ambos. No entanto, as mulheres escravizadas sofriam de maneira diferente, pois ainda eram vítimas de abuso sexual e outras formas de maus tratos. Para os senhores, donos das escravizadas, valia a postura que lhes fosse conveniente, assim, quando era lucrativo explorar a força de trabalho delas ignoravam a questão do gênero, porém quando queriam puni-las ou reprimi-las faziam de modos cabíveis apenas às mulheres. Elas eram expostas a inúmeras maneiras de coerção sexual, como mutilações e estupro. O estupro era “uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário

e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadora” (DAVIS, 2016, p. 20).

Nota-se que a opressão e violência contra as mulheres (física, sexual, psicológica, entre outros) muito tem a ver com as relações de poder do patriarcado. Ainda que não discutida aqui, deve ser mencionada a opressão sofrida também pelos homens negros em relação aos brancos, que ocorre de diferentes maneiras ainda na sociedade moderna. O destaque que proponho, entretanto, é sobre a violência contra a mulher na perspectiva de gênero, pois desde a escravidão, apesar de os homens negros também sofrerem com a violência, as mulheres eram violentadas de forma ainda pior, só pelo fato de serem mulheres. Essa violência ainda é enorme atualmente, trazendo consequências fatais para elas e colocando o Brasil na 5ª posição no ranking mundial de homicídios femininos, com uma taxa de 4,8 mortes por 100 mil mulheres (MADUREIRA et al., 2020).

A opressão contra a mulher também ocorre de outras formas na escravidão, pois, como refere Davis (2016), mesmo com a abolição do tráfico internacional de escravos, os proprietários de escravos passaram a contar com a reprodução natural para ampliar e repor a população de escravos que tinham, com a finalidade de manter a mão de obra escrava. Por esse motivo, as mulheres escravizadas passaram a ser avaliadas de acordo com a sua fertilidade e quem tinha potencial para ter mais filhos era mais cobiçada. Portanto, além de serem instrumentos de garantia de força de trabalho, tinham o papel de “reprodutoras”, em vez de “mães”, sendo avaliada a capacidade de se multiplicar e gerar crianças que pudessem ser vendidas como mercadorias.

A dupla função de “reprodutoras” e “trabalhadoras” exigia que trabalhassem na lavoura mesmo grávidas, amamentando ou com crianças de colo, pois para os proprietários a força de trabalho não podia ser interrompida. Algumas mulheres escravizadas levavam seus bebês e os deixavam deitados ao lado do local onde trabalhavam; outras deixavam com escravizadas mais velhas que já não conseguiam fisicamente realizar o trabalho na lavoura; também havia as que chegavam ao fim do dia com as mamas doloridas e cheias por não poderem amamentar, além de estarem sujeitas a chicotadas, caso não cumprissem a meta diária do trabalho agrícola (DAVIS, 2016). Estas questões trazem importantes reflexões sobre os direitos trabalhistas das mulheres grávidas, sendo possível observar que a exploração do trabalho da mulher, mesmo gestante, tem raízes escravagistas e permeiam ainda a atualidade.

No Brasil, os direitos trabalhistas das mulheres grávidas foram garantidos a partir da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que entrou em vigor na década de 40, por

meio do artigo 394, que destaca a proteção da gestante e seu conceito. A lei referia que mediante a apresentação de atestado médico, a gestante teria direito de rescindir o contrato de trabalho, sem prejuízo do recebimento de verbas rescisórias, caso fosse submetida a trabalhar em ambientes insalubres. Mais adiante, com a finalidade de evitar a discriminação da gestante no trabalho, foi instituído o art. 394-A na CLT, através da Lei nº 13.287/2016, determinando que, enquanto durasse a gestação e lactação, a mulher fosse afastada de atividades e locais insalubres. No entanto, em 2017, com a reforma trabalhista, esses direitos sofreram um retrocesso, havendo uma flexibilização na legislação, instituída através da Lei nº 13.467/2017. Atualmente, a lei permite que as mulheres grávidas trabalhem em ambientes insalubres de graus médio e leve, podendo ser dispensadas somente se apresentarem atestado médico recomendando o afastamento do trabalho laboral (BRASIL, 2017).

Segundo Davis (2016), as mulheres negras eram combativas e desafiavam a desumana escravidão, buscando diversas formas de resistência. Elas resistiam aos assédios sexuais sofridos, participavam de rebeliões, paralisações e defendiam sua família. Realizavam ações de sabotagem, uniam-se às comunidades de escravos fugitivos – apesar de muitas terem sido capturadas nas tentativas de fuga –, envenenavam os senhores em busca da sua liberdade. Eram poucas aquelas que aceitam passivamente sua condição de escravizadas. Elas resistiam bravamente e desafiavam a escravidão continuamente, adotando, muitas vezes, formas de resistência mais sutis, envolvendo estratégias, como aprender a ler e escrever clandestinamente e trocar os conhecimentos adquiridos com os demais, visando à busca pela liberdade.

Foram essas mulheres que transmitiram para os seus descendentes do sexo feminino, nominalmente livres, um legado de trabalho duro, perseverança e autossuficiência, um legado de tenacidade, resistência, e insistência na igualdade sexual – em resumo, um legado que explicita os parâmetros para uma nova condição da mulher. (DAVIS, 2016, p. 41)

Ao longo da década de 1830, inúmeras turbulências e atos de resistência ocorreram. Nessa época, surgiram rebeliões contra a escravidão, de maneira intensa nasceu um movimento abolicionista mais organizado. Ocorriam as greves e paralisações no sistema fabril em função das precárias condições de trabalho e baixos salários. Assim, atos de resistências foram se somando ao movimento de luta por direitos, especialmente das mulheres, em seus diferentes contextos. As mulheres negras lutavam ainda pelo fim da escravidão; as mulheres brancas operárias, por melhores condições de trabalho; as mulheres de classe média donas de casa denunciavam a insatisfação com a vida

doméstica; e as mulheres brancas mais pobres lutavam pelo direito à educação e uma carreira (DAVIS, 2016).

Nesse contexto, as mulheres brancas começaram a se aproximar das lutas que já haviam sido iniciadas pelas mulheres e homens escravizados, passando a ter uma maior afinidade, pois de certa forma elas comparavam as suas situações de opressão econômica, na vida doméstica e no casamento, às relacionadas à escravidão, mesmo não passando pelas barbáries da escravidão na pele. Isso proporcionou um encontro entre as mulheres brancas e negras, na luta contra os diversos tipos de opressão sofridas. Algumas das mulheres mais visíveis (mulheres brancas de classe média burguesa), que não necessitavam de trabalho remunerado e estavam insatisfeitas com seus papéis sociais, passaram a participar ativamente na campanha abolicionista, que empiricamente proporcionava a elas a luta contra as opressões relacionadas à vida doméstica. Na esfera política, porém, as mulheres burguesas também encontraram espaços de opressão, devido à dificuldade de expressão nos espaços predominantemente masculinos, como em algumas audiências. Ao mesmo tempo em que podiam aproveitar esse contexto de luta por direitos para vivenciar uma vida diferente da vida doméstica, puderam enxergar ainda mais o sexismo existente na sociedade, contribuindo para a vontade de se unir às lutas dos escravos (DAVIS, 2016).

Nas famílias brancas o lugar da mulher sempre havia sido em casa, e na era pré-industrial esse papel social da mulher em casa tinha muito sentido, pois atendiam às necessidades dos maridos e tinham um papel fundamental no contexto da economia doméstica. Com o início da industrialização, a ideologia da feminilidade se tornou mais forte – por influência também das revistas femininas e romances – e as mulheres eram vistas com o papel social de “mãe” e “donas do lar”, tendo um caráter de inferioridade em relação aos homens. Na literatura popular da época, a mulher perfeita era a mãe que tinha seu lugar em casa e nunca na política (DAVIS, 2016).

O início da Revolução Industrial na Inglaterra, em fins do século XVIII, provocou a necessidade de um aumento da mão de obra nas indústrias. As mulheres e crianças foram recrutadas para trabalhar, porém a submissão ao homem se mantinha, com algumas contradições emergindo e outras sendo absorvidas pelo trabalho fabril. Afinal, a mulher branca nesse momento se libertou de algumas tarefas domésticas, em função dos impactos da industrialização, porém se reforçava a ideia de que o lugar da mulher deveria ser em casa. Neste sentido, em relação ao papel de trabalhadoras, as mulheres, embora tenham ingressado no mercado de trabalho, ainda estavam em posição subalterna. Enquanto

esposas, ainda desempenhavam papéis como serviçais de seus maridos, e no papel de mães precisavam garantir a reprodução da vida. Em função deste contexto, começaram alguns incômodos e atos de resistência das mulheres na época (DAVIS, 2016).

Neste momento, as mulheres tinham longas jornadas de trabalho diárias e recebiam salários menores do que os homens. Passam a participar de movimentos operários, com a finalidade de lutar por melhoria nas condições de trabalho. Como consequência, no dia 8 de março de 1917, 90 mil operárias se manifestaram contra o governo, em função das más condições de trabalho. Esse protesto ficou oficializado apenas em 1921, como Dia Internacional da Mulher, porém somente no ano de 1977 a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu oficialmente o Dia Internacional das Mulheres como um marco histórico importante na luta pela emancipação feminina (CHAGAS; CHAGAS, 2017).

Para Narvaz e Koller (2006a), o movimento feminista ocorreu em épocas diferentes, historicamente construídas de acordo com as necessidades políticas, com o contexto material e social e com as possibilidades discursivas de cada tempo. Assim, as autoras referem que ocorre várias fases de luta por direitos, conhecidas como “ondas feministas”. Todavia, Moura (2020) chama atenção para as críticas que essa divisão dos movimentos feministas recebe, uma vez que pode dar a entender que as reivindicações de uma “onda” estavam completamente resolvidas quando se iniciava a próxima de maneira progressista, ou que fora dos períodos abrangidos pelas ondas houvesse um intervalo sem nenhuma atividade de luta pelas mulheres, ignorando ainda o fato de existirem vários tipos de movimentos feministas dentro da mesma “onda”.

Neste sentido, o que se pretende aqui é apenas organizar os movimentos feministas por meio de marcos históricos temporais, uma vez que esses movimentos apresentaram demandas que foram se transformando conforme as mudanças sociais, políticas e econômicas que iam ocorrendo. Portanto, a divisão em “ondas” apresentada pode ter utilidade para melhor análise dos avanços conquistados pelas mulheres no seu processo histórico de lutas.

A primeira onda pode ser representada pela denúncia da opressão – imposta pelo patriarcado – à mulher, por meio dos movimentos de luta pela igualdade dos direitos civis, políticos e educativos. O movimento sufragista, estruturado na Inglaterra, França, Estados Unidos e Espanha teve fundamental importância, pois proporcionou às mulheres o direito ao voto (NARVAZ; KOLLER, 2006a). No Brasil, a conquista ao voto pelas mulheres ocorreu com inúmeras limitações, sendo apenas em 1932 que se deu a conquista do direito

político feminino de votar em uma eleição Federal, porém o Código Eleitoral era provisório e o voto era permitido somente para as mulheres casadas, com autorização dos maridos e algumas solteiras e viúvas com renda própria. Apenas em 1946 o voto das mulheres se tornou obrigatório para todas (TAVARES, 2019).

Diferente do ocorrido em diversos países, no Brasil houve uma grande resistência à palavra “feminismo”, devido à disseminação da imagem da mulher feminista como sendo oposta à de um ser feminino, ideia que teve fortes contribuições do movimento antifeminista. Assim, poucas mulheres se aceitavam com esse rótulo, pois, através do senso comum, existia a ideia de que o feminismo era uma “luta de mulheres feias, lésbicas, ressentidas, masculinizadas, mal-amadas e anti-homens” (MOURA, 2020, p. 11), características incompatíveis para a maternidade, que era considerada uma função natural da mulher. Infelizmente esse senso comum prevalece ainda hoje – mesmo que de maneira um pouco mais fraca –, sendo influenciado por um conservadorismo político, que se apresenta no país com certa tendência ao crescimento.

Para Davis (2016), a principal crítica ao feminismo da “primeira onda” é que ele representava as demandas e bandeiras das mulheres brancas e daquelas que pertenciam às classes mais altas da sociedade. Neste sentido, a interseccionalidade de raça, classe e gênero não foi contemplada, sendo as pautas das mulheres não brancas (negras, indígenas, periféricas) abordadas apenas em períodos posteriores.

A segunda onda da luta feminista ocorreu entre as décadas de 60 e 70, quando foi reforçado ainda mais o direito à igualdade, por meio de denúncias das opressões masculinas e introdução da noção de equidade e paridade no debate entre igualdades e diferenças dentro dos movimentos feministas (NARVAZ; KOLLER, 2006a). Neste contexto, as conquistas femininas só estavam começando, e foram aos poucos se materializando por meio de alguns direitos, como o do casamento civil, permitindo que o matrimônio entre homens e mulheres não estivesse somente sob o domínio da igreja, e, em sequência, também a aprovação do divórcio, entre outras (TAVARES, 2019).

A terceira onda se inicia por volta dos anos 90, com foco nas discussões de gênero e sexualidade, sendo a proposta das discussões concentrada na análise das diferenças, da alteridade, da diversidade e da produção discursiva da subjetividade (NARVAZ; KOLLER, 2006a). O campo do estudo sobre as mulheres e sobre os sexos é deslocado para o estudo das relações de gênero, sendo observada uma intersecção entre o movimento político de luta das mulheres e a academia, quando começam a ser criados, nas universidades, centros de estudos sobre a mulher, gênero e feminismos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 foi uma importante conquista não só para a população após os anos de ditadura, mas também para as mulheres, que tiveram uma importante atuação na sua construção, por meio do pressionamento de feministas aos parlamentares para garantir os direitos das mulheres na Constituição Federal, fazendo com que o princípio da igualdade trouxesse a ideia de que os direitos deveriam ser respeitados por todos, independentemente do sexo, cor, etnia, raça ou religião (TAVARES, 2019).

Algumas conquistas, sobretudo no Brasil, ainda são muito recentes. Apenas no ano de 2006, por exemplo, foi sancionada a Lei Federal nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que prevê a implantação de medidas de prevenção à violência doméstica e familiar contra mulher, através de políticas públicas, promovendo programas e campanhas, tornando-se um marco histórico no Brasil em relação ao combate à violência de gênero (CHAGAS; CHAGAS, 2017). Outra conquista tardia foi a legislação sobre os direitos trabalhistas relacionados às empregadas domésticas, pois, apesar de terem direito ao salário mínimo com 13º salário, férias e licença maternidade, apenas em 2015 a legislação trabalhista das empregadas domésticas foi regulamentada, com lei chamada “PEC das domésticas”, que estabelecia novos benefícios, como o pagamento obrigatório do FGTS pelo empregador, o pagamento de multa no caso de demissão sem justa causa e seguro de acidente de trabalho (TAVARES, 2019).

Nota-se que mesmo com a violência contra a mulher estando presente na história desde sempre, somente no século passado foi considerada uma violação dos direitos humanos. Mesmo conquistando direitos trabalhistas, as mulheres ainda ganham salários mais baixos do que os dos homens, e, apesar da conquista da licença maternidade, ainda não existe uma licença paternidade significativa, comprovando desta forma a existência do sexismo nos papéis sociais no Brasil.

Daflon (2019) destaca que pode estar havendo uma “quarta onda” dos movimentos feministas, com característica de jovens mulheres que têm preferência por uma organização autônoma e horizontal, dando importância ao corpo e performance como formas de protesto e frisando as múltiplas posições identitárias. Ao mesmo tempo indicam uma intensa utilização das redes sociais como forma de ativismo e marcador fundamental, pois é no espaço virtual que as “experiências em primeira pessoa, a difusão de estilos de vida e narrativas de si marcam uma nova forma de fazer política” (p. 317), diluindo assim as fronteiras.

Um ponto importante a ser destacado são as mobilizações que ocorreram em 2018, quando milhares de pessoas ocuparam mais de uma centena das cidades no país para protestar contra o presidente Jair Bolsonaro, na época candidato, que apresentava inúmeras falas machistas, racistas e homofóbicas em seus discursos. As convocações se iniciaram a partir de um grupo na rede social Facebook, chamado “Mulheres contra Bolsonaro”, formado por quase quatro milhões de usuárias. No pico da manifestação, havia cerca de 100 mil pessoas no Largo da Batata, em São Paulo, e 25 mil na Cinelândia, no Rio de Janeiro. Logo, apresentou-se como sendo a maior manifestação de mulheres na história do Brasil, tendo se organizado também no interior do país, para além das capitais. O slogan principal do movimento, “#Elenão”, gerou um sucesso mobilizador, sendo uma expressão utilizada em grande escala no feminismo contemporâneo. O rechaço ao candidato foi um protesto aberto para mobilizar vários interesses, sendo marcado pela forte eficácia das campanhas virtuais, que disseminaram discussões em torno de questões de gênero e feminismo. Entretanto, há que se reforçar a importância do ativismo não virtual, com instituições de apoio e encontros entre gerações que favorecem as mobilizações (DAFLON, 2019).

Mesmo com uma história de lutas e com muitas vitórias nesse processo, a herança social do machismo ainda se faz presente de diferentes formas nas sociedades patriarcais, potencializando-se inclusive por esferas como o racismo, o classismo e a homofobia. Desta forma, não basta lutar por direitos, mas sim construir uma nova ética e moral que promova respeito e diminuição das desigualdades sociais, de gênero e raciais.

4.1.2 Reflexões sobre gênero a partir de perspectivas feministas

A categoria gênero apresenta uma pluralidade de conceitos e debates que irão se diferenciar de acordo com o tempo histórico e o tipo de análise realizada. Por isso, foi necessário pensar em quais abordagens sobre este conceito se aproximavam mais do contexto desta pesquisa. Assim, serão apresentadas algumas concepções que têm a ver com os processos socializadores e as relações de poder.

Assim como Louro (1997), busco aqui destacar o quanto o conceito de gênero está ligado à história dos movimentos feministas, que, por sua vez, está implicado politicamente nas lutas das mulheres. A autora descreve o quanto as estudiosas feministas trouxeram contribuições por meio do apontamento das desigualdades e opressões sofridas pelo público feminino.

Antes de discutir o conceito de gênero, é necessário resgatar aspectos importantes sobre os feminismos e reforçar que a narrativa do feminismo no plural se deve ao fato de os movimentos feministas também serem plurais, pois apresentam diferentes vertentes e demandas. Podem ser exemplificados como: o feminismo liberal, radical, socialista, marxista, negro entre outros, apesar de todos eles terem em comum a necessidade de trazer reflexões sobre a situação de subordinação feminina, a fim de buscar uma sociedade sem discriminação.

Para Almeida (2017), falar sobre o feminismo no singular pode contribuir para um entendimento essencialista, desconsiderando as interseções que articulam e subalternizam ainda mais algumas mulheres, entretanto, também evidencia a importância de agrupar os feminismos como unidades de lutas políticas. Desta forma, a autora afirma que os feminismos convergem em relação à situação de opressão das mulheres e dominação masculina, porém divergem ao atribuírem essa subordinação a diferentes causas, apresentando também distintas estratégias e propostas políticas para a transformação social.

Os estudos feministas, então, começaram a desenvolver e discutir algumas categorias de análise, dentre as quais pode-se destacar “mulher” e “gênero”. A primeira categoria buscava se concentrar na problemática da mulher no que diz respeito ao sexo, sendo determinada com base nas características biológicas (ALMEIDA, 2017), e se tornando assim uma “categoria natural, binária e hierárquica, como se existisse uma essência naturalmente masculina ou feminina inscrita na subjetividade” (NARVAZ; KOLLER, 2006a, p. 650). Já a segunda categoria é mais abrangente, trazendo contribuições sobre as relações sociais entre homens e mulheres.

Para Butler (2003, p. 213), “mulheres é um falso e unívoco substantivo que disfarça e restringe uma experiência de gênero variada e contraditória” e assim “restringe os próprios sujeitos que liberta e espera representar”. Neste sentido, Narvaz e Koller (2006a) destacam que as novas concepções a respeito do gênero contribuíram para que fossem abandonadas as teorias essencialistas dos sujeitos, não mais havendo uma única maneira de ser mulher.

A intenção do uso da categoria *gênero* no lugar da categoria *sexo* tem uma primeira função ou consequência de rejeitar a imposição por um determinismo biológico sobre o que seria “ser mulher” e “ser homem”. Ao utilizarem gênero e ao destacarem o caráter social e construído do gênero, a intenção é a de problematizar a posição da mulher em sociedade ou, mais do que isso, problematizar o “ser mulher”. Assim, o gênero é tomado como pergunta, como categoria que permite colocar em questão os sujeitos – como sujeitos da

cultura, como sujeitos sociais, como sujeitos históricos, como sujeitos políticos e como sujeitos de direitos. (SOUZA, 2018)

Como maneira de rejeitar o determinismo biológico, implícito na categoria “mulher”, Scott (1996) afirma que o gênero deve ser representado por uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado, sendo também uma categoria relacional e política. Assim, para a autora, o gênero passou a ser compreendido como uma relação política que acontece na esfera discursiva e histórica das relações de poder.

A partir desta perspectiva, reconhecer as desvantagens sócio históricas, no que diz respeito à mulher, é importante para começar a entender as concepções de gênero, nas quais grande parte dos debates estão relacionados a construções sociais. Para Oliveira (2014), essa categoria envolve características culturais que moldam o homem e a mulher em seus corpos sexuados, com os quais também irão se diferenciar de acordo com a inserção social de cada um desses indivíduos.

Scott (1996) refere que, em função do gênero ser uma construção social, existem possibilidades de transformação, uma vez que tudo que é construído pode ser modificado. Para isso, porém, é necessário que o gênero seja reestruturado em conjunto com outros elementos que compõem os pilares das relações sociais, como classe e raça, procurando, assim, o estabelecimento de igualdade política e social. Como descreve Louro (1997), pretende-se, desta maneira, trazer o debate do gênero para o campo social, pois é nele que as relações – desiguais – entre os sujeitos se reproduzem e se diferenciam, inclusive não apenas entre as sociedades ou tempos históricos, mas também dentro de cada grupo que a constitui, podendo ser étnicos, religiosos, raciais, de classe ou culturais. Neste sentido, o conceito de gênero deve ser pensando de forma plural, pois as representações sobre homens e mulheres também são diversas, e a justificativa das desigualdades devem ser buscadas nos arranjos sociais da história, levando em consideração o acesso aos recursos e suas maneiras de representação.

A autora Bezerra (2018) destaca que algumas especificidades como “saúde, condições de trabalho, alimentação, casa, luz, saneamento básico e creches públicas são demandas que compõem o espectro de luta das mulheres pobres e negras, transbordando o feminismo” (p. 19), para além das questões que eram trazidas pelas mulheres da classe média, como a questão da sexualidade, por exemplo. A autora afirma, portanto, que grandes contribuições para este debate surgiram a partir de feministas latino-americanas e caribenhas, que contribuíram para as discussões de outras mulheres que estavam

inseridas em diferentes realidades sociais, contemplando assim os múltiplos fatores que devem compor o feminismo.

Almeida (2017) aponta que a utilização do gênero enquanto categoria analítica foi alvo de algumas críticas, dentre elas, a sua priorização em detrimento dos outros marcadores sociais, e também enquanto uma categoria que não consegue se dissociar por completo da categoria sexo, já que os papéis são construídos socialmente por uma base biológica.

Louro (1997) ainda chama a atenção sobre a concepção social e relacional do conceito de gênero, a qual não deve ser pensada como um propósito referente à construção de papéis masculinos e femininos, pois essa pode ser uma concepção redutora ou simplista, uma vez que esses “papéis” estariam relacionados a padrões ou regras preestabelecidas por uma sociedade que define comportamentos, roupas ou modos de se relacionar ou se portar. Assim, cada sujeito deveria conhecer o que é considerado adequado ou inadequado para um homem ou para uma mulher respondendo a essas expectativas.

Entretanto, as concepções de gênero baseadas em papéis sociais são difíceis de serem quebradas, uma vez que na cultura patriarcal, e na sociedade de uma supremacia masculina branca, o homem é definido com características agressivas, como poderoso e dominante, ao contrário da mulher, que é definida como um sujeito submisso, fraco e que precisa de proteção/dominação/colonização do homem. Ainda existe a visão de que a mulher “boa” necessita “ter sucesso na sua performance de gênero: seja no papel de cuidadora, de auxiliar do homem, instrumento de reprodução, de prazer, ou objeto de desejo ou status” (CASTRO, 2016, p. 26).

As noções hegemônicas de feminino permeiam distintas práticas sociais e produções culturais, que se tornam naturalizadas e enraizadas nas nossas próprias crenças, desejos e identidades (CASTRO, 2016). Então, para Louro (1997), apesar da dificuldade de entender gênero sem a ideia essencialista dos papéis sociais, o ideal seria entender o gênero como uma constituinte da identidade dos indivíduos, pois o sujeito pode ser compreendido possuindo múltiplas identidades, as quais se transformam, pois não são fixas, nem permanentes. Isso pode permitir que o sujeito pertença a vários grupos (étnicos, sexuais e de classes sociais), que irão constituir-lo, por exemplo. Assim, a concepção de identidade passa a transcender o mero desempenho dos papéis sociais, fazendo com que o gênero seja constituído pelo sujeito e faça parte dele.

Um exemplo sobre como o gênero se intersecta com outras identidades (de raça, classe, nacionalidade, sexualidade, entre outras) é apresentado por Almeida (2017), o qual mostra que, pelo “Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil”, o homicídio de mulheres negras aumentou mais de 50% entre os anos de 2003 e 2015, enquanto os homicídios de mulheres brancas diminuíram cerca de 10%, neste mesmo período. Neste sentido, Castro (2016) reforça que, segundo a autora Dworkin (1976), em uma sociedade em que não existe uma liberdade universal, almejar a igualdade apenas para si próprio significa desejar ser o opressor. Nesta perspectiva, a luta feminista deve estar pautada em acabar com todas as formas de relação que envolve dominador-dominado, seja ela em relação ao homem sobre a mulher, a brancos sobre negros, a elite sobre a classe trabalhadora, entre outros.

Entendendo o gênero como uma construção social influenciada pelas complexas estruturas de poder estabelecidas pelo capitalismo e patriarcado, e que este conceito não pode estar isolado de outros elementos que se intersectam, continuo buscando reflexões acerca de como as relações entre gênero, raça e classe se apresentam na prática e influenciam diretamente a vida e saúde das mulheres, sobretudo para aquelas em que essas intersecções se somam e se cruzam em suas experiências de vida.

4.2 CONTEXTO E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA MULHER NA FAVELA

4.2.1 Território vulnerabilizado: a favela como espaço de luta

O processo de urbanização e a fragmentação dos espaços das cidades são frutos do capitalismo globalizado atual e de políticas neoliberais, que acarretam problemas socioeconômicos, sanitários e ambientais, os quais ocasionam situações de vulnerabilidade e injustiça em diversos territórios. Assim, a vulnerabilização abrange as questões referentes ao lugar, às pessoas, a grupos demográficos e aos recursos presentes que podem ser acessados nas situações necessárias (CÁRCAMO, 2013).

Para o geógrafo Milton Santos (1996), o uso do território se dá através das dinâmicas dos lugares a partir de suas condições para a existência. Este processo, portanto, é tecido em uma trama de relações conflitantes ou complementares. Logo, o autor ressalta que a noção de território está ligada à ideia de domínio, de gestão de determinada área, ou seja, de relações de poder. É importante compreender tal conceito, pois ele está presente no contexto da saúde, por meio de múltiplas dimensões e sentidos.

Assim, o território é um importante agenciador de subjetividade, a partir do qual são produzidos códigos culturais, modos de vidas, de sentir e agir.

De acordo com Vilhena (2002), a dimensão do espaço físico é frequentemente ignorada pelas teorias psicológicas como operador fundamental das formações subjetivas. Corroborando com a referida autora, é fundamental pensar o dito espaço físico, ou melhor, o território, ressaltando que a subjetividade é produzida em um processo indissociável das transformações urbanas e contemporâneas da sociedade ou até mesmo dos espaços naturais. Assim, o “ato” de morar, ou ter uma moradia, inclui não só a estrutura física, ser/estar, mas, também, as diferentes formas de apropriação do espaço e dos modos de habitá-lo.

Neste sentido, a cidade é um espaço estabelecido socialmente, ou seja, apresenta situações complexas e realidades variadas que influenciam direta e indiretamente nas condições de vida das pessoas.

Quando se pensa em alguns territórios considerados vulnerabilizados, a favela é um exemplo a ser citado. Segundo Carmo e Guizardi (2018), a concepção de vulnerabilidade denota a “multideterminação de sua gênese”, na qual se configura para além da ausência ou precariedade no acesso à renda, mas está atrelada também às desigualdades de acesso a bens e serviços públicos. Esse território é reconhecido em função das ausências do Estado, tendo algumas características comuns, como: falta de saneamento básico, habitação precária, ausência de coleta de lixo efetiva, entre outras. Além disso, a favela ainda representa símbolos e estereótipos sociais que trazem uma visão negativa sobre esse território.

Primeiramente, é importante entendermos o contexto local e histórico no que diz respeito ao surgimento das favelas. Não há um consenso acerca da data em que surgiram as favelas no Rio de Janeiro. Existem alguns registros sobre moradias que surgiram no Morro da Providência, após a demolição do cortiço Cabeça de Porco, em 1893, que fica perto da região da Central do Brasil; outros registros sobre a Revolta da Armada, no mesmo ano, aonde soldados se alojaram no morro de Santo Antônio, também no centro do Rio de Janeiro. E registros mais conhecidos sobre o surgimento da favela após a campanha da Canudos, quando soldados que vieram para o Rio e esperavam seus pagamentos construíram suas moradias no Morro da Providência e batizaram aquele território com o nome “Favella”. Com o passar do tempo, outros morros com características semelhantes foram surgindo e também passaram a ser chamados de favela, transformando o nome próprio “Favella” – que era designado a um lugar específico – em

um substantivo comum, que começou a ser utilizado para designar um tipo de habitação popular (BRUM, 2011).

É importante ressaltar que nessa época o Rio de Janeiro era a capital da República e representação de cidade, segundo um ideal de civilização europeu, a partir da expulsão da classe operária dos centros urbanos. Assim, a favela passa a ter uma representação social de que ela é uma antítese ao ideal de uma cidade, afinal, formaram-se em função da ocupação de espaços da cidade que eram desvalorizados pelo setor imobiliário. E com a especulação imobiliária, as pessoas que não possuíam condições sociais e materiais precisavam começar a se instalar em áreas menos atrativas para o mercado, como as regiões de encostas e manguezais, gerando alguns problemas sociais e estruturais; e, apesar da implantação de algumas políticas, as tentativas de melhoria das condições de vida dos moradores das favelas foram desiguais e não renderam os efeitos desejados.

Um exemplo que pode ser citado é o das práticas de remoção do Estado em locais onde podem ocorrer incidentes climáticos, por exemplo, chuvas, inundações e deslizamentos. As tragédias são justificadas como sendo incidentes incomuns, estabelecendo um caráter culpabilizador as vítimas, por supostos comportamentos irracionais ao “invadirem” áreas de risco para construir suas casas e “escolherem” habitar nessas regiões. Desta forma, a suposta escolha e os hábitos dessas pessoas – como deixar o lixo nas encostas, por exemplo – seriam os principais fatores para responsabilizá-las pelos riscos a que ficam expostas. Diante desses episódios, as autoridades, por sua vez, realizam ações emergenciais com profissionais, como bombeiros, policiais e engenheiros, para minimizar os estragos e acalmar o sentimento de desamparo dessas pessoas. Desse modo, em vez de o Estado promover políticas públicas capazes de proporcionar melhorias e acesso a alguns serviços para a população, investem em uma política de remoção, com o objetivo implícito de controlar os espaços da cidade e consequentemente impedir a expansão da favela (MELLO et al., 2012).

A favela transforma-se em um local que abriga pessoas que vieram de outros lugares (normalmente de áreas mais pobres, por exemplo, os cortiços) e são carecidos de capital para habitar locais do mercado formal. Esses indivíduos constroem suas casas gerando uma habitação “alternativa”, pois essa torna-se a única forma de habitar a cidade sem ter os recursos financeiros necessários para uma moradia ideal. Essa forma de habitação desafia qualquer planejamento oficial de arquitetura ou engenharia, tendo uma aparência que espelha a rotina da comunidade, em um espaço de ininterrupta

movimentação, marcada pela maneira como a população se organizou para sobreviver e habitar o espaço da cidade.

Do ano de 1920 a 1990, as favelas, além de crescerem e se espalharem pela cidade do Rio de Janeiro, também formaram complexos que equivalem ao tamanho de algumas cidades brasileiras. Exemplo disso são as enormes favelas que se formaram, tais como: a Rocinha, Jacarezinho, Complexo do Alemão e da Maré, que juntas contabilizam mais de meio milhão de habitantes (MELLO et al., 2012, p. 219).

A ideia de a favela não ser uma parte “normal” da cidade era um senso comum bastante disseminado pela sociedade. Desta forma, o termo “marginalidade” passou a fazer parte daquela realidade social, trazendo uma perspectiva equivocada a respeito da pobreza urbana. Essa expressão começou a ser utilizada pela mídia, por meio da imprensa e da música, e conseqüentemente tornou-se um vocabulário utilizado para se referir a traficantes de drogas, bandidos e armas. As manchetes dos jornais mostram situações de violência entre bandidos e a polícia, a partir disso a classe média passa a manifestar seu medo de proximidade com as favelas e do som dos tiroteios nos conflitos armados.

Enquanto a classe média, que vive em um território reconhecido e aceito na cidade, tem medo do som dos tiros, as pessoas que moram na favela vivenciam uma vulnerabilização física e psicológica. Essa vulnerabilização se reflete de inúmeras formas na vida dos moradores das favelas, afinal o território onde eles estão tentando viver é um território em disputa.

Elas têm medo de morrer, cada vez que colocam os pés para fora de suas casas e temem que suas crianças não voltem vivas da escola. Elas não se sentem seguras nem mesmo dentro de casa. A qualquer momento a polícia pode chutar a porta de suas casas com a falsa – ou real – alegação de que procuram um traficante de drogas ou armas; ou, ao contrário, que alguma pessoa fugindo da polícia possa colocar uma arma em suas cabeças e insistir em ser escondido, alimentando e abrigando até que seja seguro sair. A violência se tornou parte da vida cotidiana. (MELLO et al., 2012, p. 225)

Nos anos 70, a cocaína passou a aparecer nas favelas para ser dividida e empacotada para venda. Com isso, a quantidade de dinheiro envolvido no tráfico cresceu, permitindo aos traficantes uma melhor organização. Além disso, viabilizou para eles o acesso às armas vindas do exterior. Assim, é importante reconhecer que a disputa do território envolve atores que estão longe das favelas, afinal os grandes chefes vivem no luxo, em coberturas na Zona Sul, Estados Unidos ou Europa (MELLO et al., 2012).

Esse território marcado pela violência traz para as favelas uma visão de que a população que ali reside passa, de alguma forma, a ser conivente com os agentes principais dessa violência. Tal percepção social sobre os moradores da favela,

influenciada pela insegurança e pelo medo, leva à criminalização dessa população e promove uma segmentação socioespacial da cidade.

Desta forma, as favelas são marcadas pela ausência do Estado, que durante muitos anos não aplicou verbas para favorecer as condições de vida dessa população, ausentando-se desde a implantação e manutenção de infraestrutura básica, até a questões relacionadas à segurança, saúde e educação, trazendo aspectos negativos para esse território, tais como a violência, o medo e a desordem. Entretanto, esses territórios possuem dinâmicas próprias, em que as pessoas que vivem nesses espaços estabelecem relações pessoais e sociais, que são marcadas principalmente pelos laços afetivos e pela experiência mútua (CARDOSO, 2015).

Os moradores passaram a reinventar o significado da favela, transformando-a em uma espécie de suporte para a sua inserção na cidade e tornando-a uma solução bastante funcional para os vários problemas sociais enfrentados pela população que ali reside, uma vez que o próprio território oferece acesso a trabalho e alguns serviços, união da comunidade, favores recíprocos entre os moradores e moradia. Atualmente, as favelas estão presentes em qualquer cidade e acomodam uma população historicamente segregada e que luta pelo direito de habitar a cidade (MELLO et al., 2012).

Não é possível desconsiderar o contexto de vida dos sujeitos e a forma como esses contextos podem influenciar a maneira como se posicionam e se enxergam na sociedade. Quando o poder público, em seu papel social, se omite, ocorre a reprodução de situações de opressão, não só no que diz respeito à desigualdade no acesso a políticas e serviços, mas também no cerceamento da livre expressão e lutas dos sujeitos, o que contribui para esconder a dimensão coletiva das vivências das populações em contextos de produção de vulnerabilidades (CARMO; GUIZARDI, 2018).

A concepção de vulnerabilidade, em termos etimológicos, está associada aos vocábulos em latim '*vulnerare*', que significa ferir, lesar, prejudicar, e '*bilis*', que significa "suscetível a". Sendo assim, o ser humano vulnerável é aquele que está mais susceptível aos danos, uma vez que possui desvantagens sociais e tem dificuldade em alcançar uma melhor qualidade de vida em função da sua cidadania fragilizada (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O conceito de vulnerabilidade normalmente é adjetivado pelo termo social, que indica a evolução do entendimento acerca das privações e desigualdades ocasionadas pela pobreza. É importante destacar que a favela é um território intencionalmente vulnerabilizado devido à ausência das ações do Estado, acentuada pelo sistema capitalista

que promove a desigualdade social. Desta forma, a mulher moradora da favela encontra-se em uma situação de vulnerabilidade ainda maior, pois também sofre com as discriminações de gênero da sociedade. Segundo Carmo e Guizardi (2018),

a função de proteção e cuidado, que recai com maior intensidade sobre a mulher, somada aos poucos recursos para o seu desempenho, é acrescida pela sobrecarga simbólica de incapacidade frente às dificuldades impostas pelo capital. Tal situação acarreta maiores dificuldades do exercício protetivo e exacerba desigualdades de gênero. (p. 9)

Nunes (2015) refere que as mulheres moradoras da favela experimentam sistematicamente as condições de subalternidade social e econômica que são determinadas através de conjunto de desigualdades manifestas por sua construção sócio-histórica. Para entender melhor esse contexto, é necessário compreender o que se entende por classes subalternas e quais são os limites deste conceito. Para Martins (1989), as classes subalternas têm diferentes confrontos no que diz respeito ao seu lugar no capitalismo, em função dos conflitos políticos e de interesse entre si; além do processo de exploração a que essa classe está submetida, ainda existe a questão da dominação e exclusão política e econômica.

Desta forma, o subalterno não é uma condição, mas sim um processo que cada dia mais subalterniza alguns grupos e esse processo está em crescimento, não só nos países pobres, mas nos lugares pobres dos países ricos. A mulher e os negros, por exemplo, ainda são subalternizados em muitas partes do mundo, e novos grupos subalternizados surgem nesse processo, como, por exemplo, jovens, crianças e idosos.

O termo “subalterno” vem do latim *‘subalternus’* e significa “aquele que depende de outrem: pessoa subordinada a outra”. Pode-se dizer que esse termo tem relação com as pessoas ou grupos que não pertencem às estruturas do poder hegemônico (FIGUEIREDO, 2010). Desta forma, observa-se a mulher moradora da favela como um ser vulnerabilizado duplamente, pois além de “ser mulher” – que histórica, política e socialmente já se enquadra como um ser vulnerável –, ainda faz parte de um grupo de pessoas que, pelo seu local de moradia, é segregado pela sociedade. Conforme descreve Carmo e Guizardi (2018, p. 6), “o estado de vulnerabilidade associa situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos”. Assim, o corpo feminino subalterno passa a ser palco de conflito, onde se interlaçam tensões relativas a desigualdades de gênero, raça e classe.

Para Nunes (2015), no que diz respeito à particularidade da mulher pobre brasileira, as formas de dominação e opressão eram normativas e aceitas pela verticalização de poderes tanto do universo masculino, como da classe e da raça (muitas vezes pela população branca). Então, essa relação de subalternidade manifesta-se em

todas as ordens sociais, seja na casa (nas próprias casas ou de outros) ou nas relações de trabalho, por meio de funções pouco valorizadas em trabalhos, como: bordadeiras, costureiras, lavadeiras, manicures, entre outras.

Segundo a autora citada acima, a mulher de favela não é qualquer mulher, ou de qualquer lugar, pois ela é um ícone da luta diária de um segmento de mulheres da população, que são subalternizadas em função de um modelo de desenvolvimento, o qual delimita e cerceia tanto o acesso como a garantia a direitos. Portanto, pensar a saúde da população moradora da favela, sobretudo das mulheres moradoras desse território, não é tarefa fácil, pois são múltiplas e complexas as relações que se estabelecem e que influenciam os seus estados de saúde.

4.2.2 Processo saúde-doença e a determinação social da saúde

O processo saúde-doença é influenciado de diversas formas e sofre influências tanto da organização social, como do tempo histórico, passando por momentos de transformação a medida dos acontecimentos e interesses de cada época. A doença, por sua vez, já teve interpretação mágica e religiosa, quando era vista como um castigo divino; depois, com a revolução industrial, surgiu o modelo sanitário, o qual associava a doença às condições insalubres; ocorreram também os modelos uni e multicausal, que primeiro associava a doença a um agente externo, e depois a esse agente externo associado a um hospedeiro susceptível e ao meio ambiente; mais adiante, com o crescimento populacional, passou-se a observar que as condições de trabalho e qualidade de vida também podiam influenciar o aparecimento de doenças e, assim, a cada época, novos modelos teóricos foram surgindo (SABROZA, 2005).

O quadro abaixo faz um resumo sobre os modelos teóricos de explicação do processo saúde-doença e reforça que a transição entre os modelos ocorreu em função de um “jogo científico” com o objetivo de promover a “manutenção do status quo” (Arredondo, 1992 apud BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Quadro 1 – Modelos teóricos do processo saúde-doença

| Modelo | Aspectos teóricos/ variáveis | Época | Principais autores |
|-------------------------|--|--|---------------------------------|
| Modelo Mágico-Religioso | Forças, espíritos, castigo divino | Sociedades primitivas até a atualidade | Sem autores no campo científico |
| Modelo Sanitarista | Condições insalubres (sociais) | Revolução industrial europeia | Smith e Pettenkofer |
| Modelo Social | Condições de vida e de trabalho | Século XIX | Frank, Virchow e Ramazzini |
| Modelo Unicausal | Agentes externos | Século XIX- XX | Pasteur e Koch |
| Modelo Multicausal | Agente, hospedeiro e ambiente | Década de 1950 | Leavell e Clark |
| Modelo Epidemiológico | Rede de causalidade- fatores de risco | Década de 1960 | MacMahon e Pugh |
| Modelo Ecológico | Agente, hospedeiro e ambiente e relações entre eles | Década de 1970 | Susser |
| Modelo Histórico-Social | Contexto social, modo de produção, classe social | Década de 1970 | Berlinguer, Laurell e Breilh |
| Modelo Geográfico | Interação entre fatores patológicos e fatores próprios do ambiente geográfico | Década de 1950 | Jaques May e Voronov |
| Modelo Econômico | Renda, padrão de consumo, estilo de vida, nível educacional, riscos ocupacionais | Décadas de 1970 e 1980 | Anne Mills, Gilson e Muskin |
| Modelo Interdisciplinar | Hierarquizados, diferentes níveis de determinação | Década de 1990 | Frenk |

Fonte: Borghi, Oliveira e Sevalho (2018)

Por volta do século XX, mais precisamente no ano de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) havia definido saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência da doença, permitindo uma ampliação do conceito de saúde para a época. Mais adiante, na década de 50, após a erradicação da varíola, houve uma campanha de combate a doenças específicas através de estratégias de prevenção ou cura, e no final dos anos 70 iniciou-se o debate acerca dos determinantes sociais. Em 2005, a OMS criou a Comissão dos Determinantes Social de Saúde (CDSS), conceituando os determinantes sociais de saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que irão interferir nos problemas de saúde da população. A CDSS entende os determinantes sociais de saúde como sendo as “circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença, circunstâncias tais que são moldadas, por outro lado, por forças de ordem política, social e econômica” (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010, p. 1). Logo em seguida, no ano de 2006, criou-se a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, com o objetivo de produzir conhecimento sobre o tema, apoiar o desenvolvimento de políticas e promover atividades de mobilização civil sobre a questão dos determinantes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Voltando à década de 70, é importante entender que o paradigma biomédico começou a ser questionado, pois tratava a doença como um fenômeno biológico individual. Esse questionamento crítico surgiu com base em um contexto social marcado pela dificuldade da Medicina em produzir um novo conhecimento que fosse capaz de

compreender e explicar as causas dos principais problemas de saúde que começaram a surgir nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e tumores malignos. Assim, a corrente da medicina social da América Latina trouxe importantes contribuições sobre a insuficiência das práticas médicas em oferecer soluções para os problemas de saúde que surgiram, levantando discussões acerca do pensamento social na área da saúde a partir de uma nova leitura da saúde pública (LAURELL, 1983).

Desta forma, com o tempo percebeu-se que o modelo teórico dos determinantes sociais de saúde também não era suficiente para responder os respectivos problemas de saúde – apesar de serem inegáveis as contribuições que este modelo trouxe para algumas políticas públicas que surgiram com o objetivo de reduzir os problemas de saúde da população. Segundo Nogueira (2009), falta um aprofundamento teórico neste modelo, pois ele assume a questão social como um fator adicional e não como um fator principal que engloba as demais dimensões (ambiental, biológica, entre outros), diminuindo, assim, o papel da estrutura social e condições de vida da população.

Breilh (2013) também reforça o caráter reducionista sobre o modelo de determinantes sociais de saúde, uma vez que oculta categorias analíticas importantes das ciências sociais – como reprodução social, modos de produção, relações de produção, entre outros –, dificultando um pensamento crítico direto sobre a questão da organização social da sociedade de mercado e do regime de acumulação capitalista, através dos processos de geração e reprodução da exploração humana e suas consequências na saúde.

Com base nessas críticas, esses e outros autores discutem sobre um outro modelo teórico do processo saúde-doença: o modelo da determinação social. Na América Latina, a discussão a respeito das desigualdades sociais passou a ser relacionada à teoria da determinação social do processo saúde-doença, por exemplo, uma vez que essa teoria faz uma análise do próprio sistema capitalista de produção, enfatizando as formas de acumulação de capital e distribuição de poder e bens. Assim, a abordagem dos problemas de saúde não é relacionada à questão da pobreza (seja ela relativa ou absoluta), mas tem relação com a inclusão ou exclusão social dos sujeitos, associada à posição social dos mesmos em função do processo histórico (BARATA, 2009).

A ideia da determinação social da doença diz que o processo saúde-doença é, portanto, determinado pela maneira como a sociedade se organiza para a reprodução da vida social. Ou seja, a organização da sociedade é o que determina o processo dos sujeitos adoecerem ou terem saúde. Essa teoria possibilita o entendimento de que cada sociedade irá criar um padrão de desgaste que está relacionado com gasto de energia que se tem com

a forma como cada indivíduo se organiza na sociedade. No caso das sociedades capitalistas, cada classe social irá apresentar, portanto, um padrão. Segundo Barata (2009, p. 18), “a posição de classe e a reprodução social, passam a ser vistas como os principais determinantes do perfil de saúde e doença”.

O surgimento do modelo da determinação social tem como seus antecedentes históricos o modelo histórico-social e busca explicar os diferentes perfis de saúde e doença pela relação entre o contexto histórico, as classes sociais e os modos de produção. Como precursores do modelo histórico-social, são identificados alguns momentos como, primeiro, a fase da expansão do capitalismo – que ocorreu desde a colonização até o momento posterior à Segunda Guerra Mundial –, na qual a economia latino-americana tinha como base a exportação de recursos, que propiciaram o surgimento de algumas doenças infecciosas, e, com isso, para evitar que as epidemias influenciassem negativamente nas trocas comerciais, a saúde pública passou a promover ações voltadas a erradicação das mesmas. Depois, entre as décadas de 40 e 80, as ações de saúde pública eram voltadas para garantir a força de trabalho, pois em função da industrialização, urbanização, êxodo rural e a entrada do público feminino no mercado de trabalho começaram a surgir as doenças crônico-degenerativas (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Laurell (1983) tenta demonstrar que a doença tem caráter tanto histórico como social e traz um exemplo sobre um estudo realizado na cidade do México, nos anos de 1940 e 1970, sobre as principais causas de morte nesses dois momentos. Os resultados mostraram a mudança do perfil patológico em relação ao tipo de patologia e frequência, sendo observada diminuição de doenças infecciosas e aumento de doenças do coração com o passar do tempo, o que pode ser explicado, por exemplo, como um dos fatores históricos, as medidas de prevenção específica, como a imunização. Para entender o caráter social, a autora cita um exemplo de um estudo realizado na Costa Rica que avaliou que o risco de morrer na infância está relacionado à ocupação do pai, ou seja, a possibilidade de uma criança proletária morrer é maior do que a de uma criança burguesa.

Neste contexto, na América Latina, começou-se a se perceber, então, essas relações entre a estrutura social e os problemas de saúde, o que proporcionou uma análise sobre a necessidade de um “rompimento epistemológico e de práxis em relação a saúde pública” (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 873), pois as ações já estavam sendo insuficientes e a saúde começa a ser entendida como “un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquire en cada sociedad y momento histórico

como en las posibilidades de transformarlo” (IRIART et al., 2002, p. 128 apud BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 874).

Segundo Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017), um novo campo de análise comea a surgir, sendo

um campo no qual o foco de análise recai sobre a necessidade de observao das leis históricas de produo e organizao das sociedades na explicao das causas mais profundas das doenas, valorizando a essência dos fatos sociais, e não apenas as suas manifestaoes fenomênicas. (p. 65)

Neste período, a produo científica e a discussão acerca da produo coletiva da saúde se amplia e comea-se a entender que o “fator social”, levantado como um aspecto que influencia o processo saúde-doena – segundo o modelo explicativo dos DSS –, não pode ser polarizado, sendo necessário, portanto, entender como o “processo social” influencia na saúde (GARBOIS; SODR E; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Na perspectiva das práticas cotidianas de ateno   saúde, e tendo como pressuposto que todo ato em saúde é dotado de significao, adotar a noo de “determinantes sociais da saúde” refora a polaridade estabelecida entre o “ser biológico” e o “ser social”. É nessa lógica que o sujeito portador de certas doenas específicas, além de ser “dissecado” pelas diversas especialidades médicas, é desconsiderado como aquele que sofre violência familiar, que vive em condioes precárias de vida e de trabalho, que depende das políticas de assistência social para viver. (GARBOIS; SODR E; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 74)

O processo social é historicamente construído, sendo as questões sociais entendidas com caráter de processos que são influenciados pela formao social, reproduo social e classes sociais, sendo essas as matrizes da determinao social do processo saúde-doena. Neste sentido, pretende-se no âmbito científico realizar uma ciência que seja socialmente crítica diante da realidade política e social da populao e nos planos políticos e institucionais, além de melhorar as condioes de vida em âmbito geral e não apenas nas questões da saúde. Para isso, é necessário deslocar o indivíduo para o contexto sociopolítico no qual ele está inserido, avaliando a estratificao social (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018). Como afirma Paim (1997):

A partir da estruturao das classes sociais nas diferentes etapas do desenvolvimento do capitalismo, os indivíduos se submetem a formas distintas de insero na estrutura ocupacional disponível que conforma o mercado de trabalho (ou delas são excluídos), bem como a um dado modo de vida. (p. 10)

Uma das principais diferenas entre o modelo teórico da determinao social e o dos determinantes   que o modelo dos determinantes não tem a sua centralidade no coletivo e sim no indivíduo, levando a concepoes superficiais e individualistas. Traz, por exemplo, a concepo de “estilos de vida” como determinante, sem que seja realizada uma discussão aprofundada sobre como ele é influenciado pelas dimensões socio-

históricas. Também não há uma nomeação clara que diga respeito à estrutura ou classe social, apenas traz conceitos vagos de “condição de vida e trabalho” e “redes sociais e comunitárias”. Outra questão que pode ser exemplificada são as questões relacionadas às características como idade, sexo – sem a discussão de gênero – e fatores hereditários, sem mencionar a questão da raça/etnia e a forma como essas particularidades são significativas e influenciam direta ou indiretamente as experiências sociais e, conseqüentemente, o processo saúde-doença. (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 885).

Para Borghi, Oliveira e Sevalho (2018), a elaboração teórica dos modelos de determinantes e determinação escolta a construção dos campos da saúde pública, saúde coletiva e seus espaços de disputa. Como afirma Bourdieu (2003), o campo científico é um campo de lutas de poder. Desta forma, o modelo dos determinantes sociais de saúde não problematiza o fato de que os problemas sociais são frutos do capitalismo e “estabelece um arcabouço teórico, raramente explicitado, que ao servir de tapume para diante das forças motrizes da organização e estrutura social sustenta intervenções pontuais, conservadoras e desarticuladas” (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 886).

É importante ressaltar que todos os modelos teóricos do processo saúde-doença surgiram com base em um contexto e tempo histórico e que as rupturas e transições desses modelos também foram influenciadas por esses contextos. Segundo publicação realizada em 2011, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), não é preciso banalizar o modelo teórico dos determinantes sociais, porém é importante lembrar que por trás do reducionismo deste conceito existe uma ideia clara de mercantilização da vida, que é incitada em função de um poder hegemônico e neoliberal que se expressa por meio de uma propriedade intelectual que beneficia a indústria médica e usa os meios de comunicação e a mídia para realizar diferentes estratégias de manipulação do pensamento coletivo.

No caso do Brasil, o processo de determinação social tem ênfase no que diz respeito ao modo de vida dos sujeitos, uma vez que esse modo de viver associa questões materiais e simbólicas as quais refletem características sociais de produção, distribuição e consumo. Logo, o modo de andar a vida envolve comportamentos e condições coletivas de determinados grupos, que irão influenciar no modo de adoecer (BARATA, 2009).

Assim, pode-se notar que o modelo de determinantes sociais de saúde não é suficiente para responder às perspectivas dos problemas de saúde – apesar de terem contribuído com algumas políticas públicas que trouxeram redução dos problemas de

saúde da população – e que o modelo de determinação social, por entender que a saúde dialoga com as questões sociais, ambientais e relacionadas à forma de organização da população, ainda enfrenta desafios organizacionais para o enfrentamento dos complexos problemas de saúde da sociedade. Essas questões se tornam cada vez mais complexas, sobretudo em função do avanço do neoliberalismo no Brasil e no mundo nos últimos anos, que retiram direitos e sucateiam a saúde das mais diversas formas possíveis, reforçando as consequências negativas do sistema capitalista.

Portanto, a complexidade no que diz respeito ao processo saúde e doença necessita de abordagens que deem conta desse contexto, criando formas emancipatórias de resistência e que levem em consideração a dimensão cultural, a qual permite incorporar o conhecimento produzido pelos sujeitos sociais e a subjetividade social em torno do que é saúde e doença.

4.2.3 Necessidades de saúde: conceitos e práticas

A discussão acerca das necessidades de saúde é bastante ampla, complexa e envolve abordagens distintas entre os autores, que discutem acerca de diferentes conceitos e aplicabilidade na prática em saúde.

Buscou-se algumas abordagens sobre necessidades de saúde voltadas para as questões referentes à manutenção da vida, centradas nos direitos e cidadania. Vaitsman (1992) aponta as transformações na organização da vida cotidiana e na história pessoal dos sujeitos, ocorridas no mundo ocidental com a modernidade, a partir do projeto capitalista, e na sua concepção as necessidades de saúde são compreendidas como necessidades humanas compostas por tipos de necessidades essenciais ao ser humano, que precisam ser satisfeitas universalmente, como necessidades de proteção, de subsistência, de afetos, de compreensão, de lazer, de participação, de criação, de identidade e de liberdade.

Essa abordagem se assemelha ao pensamento de Leopardi (1992), que acredita que as necessidades de saúde compreendem carências complexas que devem ser apreendidas como direitos do cidadão, e que para alcançar a cidadania é necessário garantir aos sujeitos a satisfação das suas necessidades a partir da compreensão destas como direitos. Hino et al. (2009) ainda reforça que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e “dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades

que expressam modos de vida e identidades” (p. 1157), além de envolver as condições necessárias para o gozo da vida.

Campos e Bataiero (2007) comentam sobre a tendência do uso do conceito de necessidade de saúde a partir de uma abordagem em âmbito operacional pelos serviços, que acaba por compreender as necessidades de saúde de forma fragmentada. Assim, nesta perspectiva, o conceito de necessidades de saúde traz consequências como a sua associação ao consumo de um serviço de saúde e a operacionalização de políticas públicas e outras propostas de atenção à saúde convertidos em ações focais. Quando os programas são estruturados e executados de forma vertical, não atendem às necessidades em saúde apresentadas e à complexidade do processo saúde-doença, que são modulados por questões de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política (BRASIL, 2006b).

Stotz (1991) defende que é necessário o estabelecimento de uma taxinomia de necessidades de saúde, capaz de responder a um duplo objetivo, no qual busca servir como um conceito descritivo e operacional, entretanto, sem deixar de exprimir a dialética do sujeito em seu aspecto individual e social. Nessa perspectiva, Cecilio (2001) propõe que a necessidade de saúde é um conceito estruturante capaz de ampliar a definição da integralidade da atenção à saúde, podendo ser uma “potencialidade que ajudaria trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, tomando as necessidades centro de suas intervenções e práticas” (p.113). Ainda diz que o desafio maior seria a implementação desse conceito pelos trabalhadores da área no seu dia a dia, fazendo uma mediação entre a complexidade do conceito e a apropriação deste pelos profissionais, resultando em uma atenção à saúde mais humanizada e qualificada.

Stotz (2004), entre alguns questionamentos, nos faz refletir, mais uma vez, sobre a complexidade da definição do conceito de necessidades de saúde. O autor aponta que as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas, e, por sua vez, podem ser expressas através das demandas, por exemplo. Essas demandas podem manifestar ou não as necessidades, assim como a oferta dos serviços podem ou não atender a essas demandas e ainda as necessidades podem ser definidas de maneira técnica, porém não serem sentidas. E quando são sentidas, são sentidas de forma individual, porém são determinadas social e biologicamente.

Nota-se uma limitação por parte das Instituições de Saúde, assim como pelos gestores e profissionais, para compreender tal complexidade, uma vez que costumam

reduzir os sujeitos pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que estão inseridos. Assim, buscam diagnosticar as “demandas”, traduzindo-as sempre em “necessidades”, que devem ser respondidas por meio de critérios objetivos e técnicos de formas quantificáveis, negando muitas vezes algumas práticas de saúde que poderiam ser mais eficazes. Esta maneira de reduzir as necessidades de saúde a demandas e tentar respondê-las com base em critérios objetivos contribui para reproduzir e conservar a concentração do poder institucional, assim como a dominação simbólica de saberes técnicos – ditos científicos – em função dos interesses econômicos ou de grupos corporativos, fazendo com que as instituições se tornem impermeáveis às práticas e valores da democracia (PINHEIRO et al., 2005).

Na sociedade capitalista, as necessidades de saúde são percebidas de maneira individual, descontextualizada das relações sociais, trajetórias de vida e cultura. Então, o sistema de saúde funciona tentando compensar individualmente as condições sociais que são apresentadas injustamente pelo capitalismo (STOTZ, 2004). Neste sentido, muitas vezes as necessidades de saúde de alguns grupos específicos são ignoradas, ocultadas ou reprimidas, além de serem reduzidas a um ponto de vista meramente técnico (quando, por exemplo, fala-se das necessidades do uso de preservativo para evitar IST's, enquanto a questão pode estar relacionada ao direito sexual e reprodutivo) ou medicalizante. Segundo Stotz (2004):

A medicalização das necessidades de saúde constitui outro problema bastante comum, especialmente quando se considera que, em decorrência do aumento do desemprego, da miséria social e da violência, os profissionais de saúde devem atender uma demanda muito grande expressa sob a forma de um sofrimento difuso que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça. (p. 290)

Outros autores, como Campos e Bataiero (2007), também entendem o conceito de necessidades de saúde de forma ampliada e afirmam que para os indivíduos viverem é necessário que suas necessidades de saúde sejam satisfeitas, enfatizando que as necessidades não são iguais, pois a distribuição e o consumo de serviços e produtos são desiguais, conforme já foi mencionado anteriormente. Desta forma, as ações e serviços de saúde deveriam ser estabelecidos com base nas diferenças entre as classes sociais, de modo a tentar solucionar as bases do problema que levou o indivíduo a procurar o serviço. Essas autoras dizem que:

Para a Saúde Coletiva, atender necessidades de saúde deveria significar a instauração de processos de trabalho que propusessem respostas no âmbito das raízes dos problemas – do determinante – e também no dos resultados – a doença – e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal. (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 613)

Assim, para a saúde coletiva, a atenção à saúde deveria ser organizada em função das necessidades de saúde, de modo a compreender como os indivíduos se reproduzem socialmente, pois ela dependerá da maneira como os grupos se inserem na sociedade. Por isso, como refere Egry et al. (2009), não se pode discutir sobre as necessidades de saúde sem reconhecer o conceito de vulnerabilidade, que, na sua origem, designa grupos ou sujeitos fragilizados, seja jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadão e que estão vinculados a situações de iniquidades e/ou desigualdade social, sendo necessário um plano coletivo que exija práticas de saúde para uma resposta social, através de ações de diferentes sujeitos que busquem estratégias possíveis para responder às necessidades de saúde da população.

Portanto, para responder a essas necessidades, deveria existir a implementação de um processo de trabalho intersetorial, pautado no reconhecimento de que as distintas classes sociais compõem determinado território e apresentam necessidades de saúde diferenciadas. Oliveira (2012) ainda reforça que a organização dos serviços de saúde deve adotar uma concepção de saúde e doença capaz de interligar os aspectos individuais aos coletivos, para conseguirem responder às necessidades dos usuários, assim como os profissionais de saúde precisam levar em conta que as necessidades, uma vez que forem satisfeitas, poderão ser reiteradas ou ampliadas, o que irá exigir uma nova instauração do processo de trabalho para continuar atendendo-as. Para Stotz (2001, p. 134), “os sistemas médicos precisam aprender a pensar os indivíduos doentes em suas relações, contextos, representações e modo de andar a vida”, o que sugere a existência de uma dificuldade dos serviços de saúde em compreender as necessidades da população em toda sua dinamicidade.

Cecilio e Matsumoto (2005) buscam uma abordagem conceitual para as necessidades de saúde, baseada em diversas matrizes teóricas, dividindo-as em quatro grandes grupos, sendo eles: “Necessidades de boas condições de vida”, que enfatiza os aspectos externos e ambientais que determinam o processo saúde-doença, destacando assim as diferentes necessidades de saúde que irão ser determinadas pelo local e o modo em que os sujeitos vivem, os quais irão, portanto, determinar as maneiras de adoecer e morrer; “Garantia de acesso as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida”, o qual está relacionado à garantia do acesso aos serviços e tecnologias da saúde que podem ser realizados tanto individualmente quanto de forma coletiva; “Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipes”, onde o vínculo tem um aspecto fundamental e está relacionado à escuta ativa e qualificada e ao diálogo entre as instituições e a sociedade, e destaca o cotidiano do trabalho como um espaço privilegiado para essa construção; e

“Necessidade de autonomia e autocuidado para a escolha do estilo de vida”, a qual está relacionada à necessidade de cada indivíduo ter graus crescentes de autonomia para gerir a vida, tendo a informação e a educação como partes importantes desse processo de construção, incluindo-se também a luta pela satisfação das suas necessidades.

Interessante notar que, dentre esses quatro grupos, apenas o último se apresenta como uma forma mais explícita de entender a necessidade de saúde como um cuidado centrado na pessoa. É possível notar, portanto, que a forma vigente de organização das práticas nas instituições de saúde acaba sendo centrada nos profissionais, onde os saberes e práticas produzidos, em grande parte das vezes, reduzem as reais necessidades de saúde da população, assim como a maneira de responder a elas. Essa fragmentação configura limites e desafios, sobretudo para o alcance da garantia dos direitos, e assim uma problematização aparece de forma contundente: “o poder do saber na saúde” (PINHEIRO et al., 2005).

Conforme descrevem Pinheiro et al. (2005), o poder do saber incide de uma forma imperativa em diversos espaços, como nos de formação, nos de gestão e planejamento em saúde, assim como nos processos de trabalho. E para legitimar a ótica do usuário, de modo que seja possível uma inversão da ótica biomédica como padrão único, é necessário investir na informação e educação em saúde, sendo necessárias inovações capazes de produzir saberes embebidos da crítica, por meio de ações participativas e multiculturais. Assim, a construção das necessidades de saúde ocorrerá por meio do reconhecimento das “aspirações sociais inerentes ao processo de constituição do direito a saúde”.

As necessidades de saúde costumam ser forjadas em função do embate de muitas vozes sociais que se colocam como enunciadoras de demandas, entretanto quando essas vozes se permitem serem escutadas, os processos de produção das necessidades de saúde tendem a ganhar dialogicidade. Desta forma, definir o usuário como o objeto do trabalho em saúde significa conceder a ele aspectos subjetivos, os quais o caracterizam como um sujeito social que tem aspirações, histórias de vida e desejos. Pensar nessa perspectiva permite que encontros dialógicos entre gestores, profissionais e usuários ocorram de forma que valores, crenças e experiências de vida ganhem circulações importantes, capazes de afetar positivamente a maneira de entender as necessidades de saúde das pessoas, garantindo a integralidade na produção do direito à saúde (PINHEIRO et al., 2005).

Entende-se, portanto, que a complexidade do conceito das necessidades de saúde torna complexa também a superação dos desafios presentes não só nos serviços de saúde, mas em toda a sociedade. É inevitável falar sobre necessidades de saúde sem levar em consideração o modo de construção social e realidade sociocultural dos sujeitos. No que

diz respeito aos serviços, observa-se a necessidade de superação do recorte operacional do conceito de necessidades de saúde, uma vez que a atenção à saúde muitas vezes enfatiza a doença e reforça práticas com base em uma visão fragmentada e biomédica, em detrimento de uma práxis emancipatória. Como reforça Pinheiro et al. (2005), “as necessidades de saúde requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, assim como oportunidades de construção de propostas de caminhos para mudanças da clínica” (p. 9)

4.3 GÊNERO E SAÚDE

4.3.1 Por que discutir gênero na saúde?

Falar sobre o conceito de gênero na saúde coletiva é necessário para entender os determinantes de saúde e as desigualdades existentes entre homens e mulheres. Certas doenças e causas de morte no público feminino estão mais relacionadas com as situações de discriminação na sociedade do que com os fatores biológicos (BRASIL, 2004). A cultura machista do país prejudica as atividades voltadas para o público feminino, pois há inúmeros fatores que instigam a discriminação e desigualdade de gênero em vários dos indicadores sociais como trabalho, educação, moradia, entre outros, colocando este público em uma situação de vulnerabilidade e desvantagem em relação ao público masculino (GOMES et al., 2017).

Neste sentido, discutir sobre gênero na saúde significa refletir primeiramente sobre a naturalização dos papéis do homem e da mulher, quando estes indivíduos são valorizados apenas em função dos aspectos biológicos. Percebe-se que grande parte das produções acadêmicas e científicas que dizem respeito à saúde da mulher apresentam pontos de vista que universalizam o gênero feminino, justificando muitas ações sanitárias através apenas das divergências orgânicas entre homens e mulheres, fazendo com que exista, assim, uma dificuldade de superar a dicotomia entre esses sujeitos. Um exemplo que pode ser dado é a questão da reprodução e planejamento familiar, em que a maior ênfase das ações e serviços cai sobre a responsabilidade das mulheres, diminuindo a importância de considerar o homem tão ator quanto a mulher neste processo (LINS, 2016).

Outro exemplo que pode ser citado são as questões referentes às condições de trabalho, as quais são determinantes importantes no que diz respeito ao estado de saúde. O trabalho feminino em grande parte das vezes se concentra em certos setores e com

atividades mais monótonas, com baixo grau de autonomia, baixa perspectiva de progressão, com vínculos empregatícios mais precários, contato com o público e movimentos repetitivos e outras características que causam desgaste psicológico e emocional.

Segundo Araújo, Pinho e Almeida (2005), os estudos realizados em comunidades vulnerabilizadas apontam que as mulheres têm apresentado, de forma considerável, mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que homens, resultados que podem ser explicados por uma provável associação com as condições de vida e com a estrutura ocupacional. Os aspectos relativos à inserção da mulher no mercado de trabalho, por exemplo, podem ser um fator associado, determinante ou contribuinte para a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC), sendo importante destacar que indivíduos com TMC costumam apresentar, em média, duas vezes mais queixas de saúde física do que os demais. Além disto, os autores destacam que as donas-de-casa e trabalhadoras experimentaram níveis similares de sintomas depressivos, ainda que os fatores associados à ocorrência desse adoecimento psíquico sejam distintos.

Nesta perspectiva observa-se que distúrbios psiquiátricos menores se associam com a dupla jornada das mulheres pobres e com aquelas que têm uma jornada de mais de dez horas de trabalho diário (BARATA, 2009). As mulheres realizam uma enorme quantidade de trabalho não pago, o qual deve ser considerado além do trabalho doméstico, pois envolve também o trabalho de cuidar da família, que consome muito tempo e desgastes emocionais significativos (BRITO, 2000).

A fusão entre duas jornadas, por exemplo, aumenta os riscos para o aparecimento de sintomas psiquiátricos, assim como há maior risco para transtornos mentais comuns para as mulheres desempregadas ou que têm trabalhos informais, quando se compara com aquelas empregadas no setor formal. Deve-se levar em consideração que a inserção da mulher no mercado de trabalho também pode ser contraditória, pois por um lado pode se configurar como uma chance de construção da autoestima, independência financeira, rede de suporte extra familiar, realização profissional, segurança e habilidade para liderança, porém, em outras situações, isso pode significar desgaste biopsíquico e outras desvantagens sociais e econômicas. E em função desses aspectos ora positivos, ora negativos para a saúde, pode ser definido um perfil epidemiológico onde as mulheres mostram grande frequência de agravos (BARATA, 2009). Assim, o campo da saúde necessita entender a questão relacional de gênero, levando em consideração as relações produzidas e determinadas na sociedade. Para esta interpretação, faz-se necessário,

portanto, compreender que as relações de gênero atravessam a classe social, orientação sexual, geração e raça/cor/etnia, caracterizando as relações de poder e, por isso, é importante que sejam vistas de modo geral (OLIVEIRA, 2014).

Para Barata (2009), não levar em consideração a importância da estrutura social em todos os seus aspectos pode provocar o enfraquecimento da categoria gênero, dificultando o entendimento de diferentes fenômenos. Neste contexto, a violência doméstica pode ser citada como exemplo, pois normalmente os modos de manifestação desta violência estão marcados por aspectos que têm relação com a classe social. Como afirma Silva (2010),

A violência contra as mulheres está velada no mascaramento e na subordinação da nossa linguagem cotidiana, no uso de expressões e de diversos jogos de linguagem, nas palavras de duplo sentido, na criação de referenciais para dar conta de uma realidade que não é a mais condizente com o seu papel na sociedade, também na criação de estereótipos que moldam formas singulares de preconceito e discriminação através de personagens da vida cotidiana, tais como a doméstica, a dona de casa, a professorinha, a mãe e a garota de programa estilo exportação, entre tantos outros tipos, cuja imagem se transformou em um objeto tão vendável quanto qualquer outro produto de consumo, com o corpo explorado através da mídia, além de servir às leis imperativas do comércio e do turismo sexual. (SILVA, 2010, p. 560)

As situações de violência doméstica trazem inúmeras consequências para a vida e a saúde das mulheres, comprometendo sua saúde física e mental. Segundo Costa e Lourenço (2020), dentre as consequências físicas, podem aparecer hipertensão arterial, cardiopatias, acidentes vasculares, dores crônicas, problemas intestinais e fibromialgia. Em relação à saúde sexual e reprodutiva, observam-se disfunções sexuais, doença inflamatória pélvica, infecções sexualmente transmissíveis e infertilidade, além de gravidez indesejada, bebês com baixo peso ao nascer e mortes maternas e neonatais. Já em relação aos prejuízos da saúde mental, apresentam-se problemas psicoemocionais, como perda da valorização de si, baixa autoestima, insônia, ansiedade, depressão e outros danos psicológicos.

Freitas e Silva (2019) destacam que as práticas dos serviços de saúde para acolhimento da mulher que sofre violência deveriam estar voltadas para a quebra dos paradigmas e fatores sociais, culturais e econômicos que fazem com que essa mulher se torne vítima dessa situação. Todavia, o que se pode perceber é que não existem práticas que visem à prevenção desses atos, e sim práticas de saúde voltadas apenas para quando este sujeito em vulnerabilidade já sofreu a violência. Além disso, é importante pontuar que muitas mulheres nem chegam aos serviços em função do medo, vergonha ou dependência emocional e/ou financeira.

O grande desafio é desnaturalizar as relações sociais entre homens e mulheres que estão presentes na sociedade, nas instituições e nos serviços. A sensibilização da sociedade civil sobre as questões que envolvem gênero é fundamental, sendo necessário ser promovida nos diferentes espaços, sobretudo nos espaços de ensino para profissionais de saúde, como nos cursos de graduação, programas de residência ou outros, para que tenham a oportunidade de refletir e desconstruir possíveis interpretações equivocadas em relação às questões de gênero, tendo um entendimento ampliado e sócio-histórico dos processos socializadores que interferem na saúde da mulher.

A partir dessas discussões nos espaços de formação dos profissionais de saúde, as práticas nos serviços tenderiam a ser mais abrangentes, de modo que pudessem realizar ações nos serviços de saúde capazes de fortalecer a mulher, seja em âmbito individual ou coletivo, para que mudanças sociais e culturais possam ocorrer, promovendo assim menor desigualdade nas relações de gênero no país. A partir desse entendimento sócio-histórico ampliado em relação às desigualdades de gênero, os profissionais de saúde estariam mais atentos às raízes dos principais problemas de saúde que atingem as mulheres e aparecem nos serviços, podendo atuar não apenas tratando as demandas que já surgiram como também evitando novas. Neste sentido, é necessário realizar um trabalho contínuo de prevenção à não naturalização da violência de gênero e de opressões culturais e socioeconômicas às mulheres, pois isso permitiria que os danos fossem minimizados, promovendo transformação social.

Segundo Santana et al. (2019), esse olhar mais aguçado tanto dos profissionais de saúde como dos gestores é necessário para que seja possível propor a transformação, sendo preciso compreender as reais necessidades das mulheres e dar voz a elas a partir da introdução de suas demandas nas pautas de discussões, com vistas à participação ativa nas políticas públicas direcionadas a mulher.

Importante destacar a necessidade de se criar formas alternativas de resistência e luta contra os retrocessos do cenário atual no Brasil, que nos últimos anos (mais acentuado a partir de 2015) vem sofrendo inúmeros ataques ao SUS, às políticas públicas e à educação, inclusive com um debate político conservador sobre “ideologia de gênero”, que segundo Brandão e Alzuguir (2019) deturpa e produz desinformação a respeito das conquistas celebradas nas últimas décadas em relação às questões de gênero. Neste sentido, promover consciência crítica nos espaços possíveis de ensino pode trazer transformações não apenas para as práticas de saúde dentro dos serviços, mas também na academia e na construção das políticas públicas.

4.3.2 Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil

No Brasil, as políticas nacionais de saúde começaram a incorporar as questões relativas à saúde da mulher através da preocupação com as demandas relativas à gravidez e ao parto, restringindo as preocupações com a saúde da mulher aos papéis sociais de mãe e doméstica. Foi criado no ano de 1974 o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), que tinha como principal objetivo a morbimortalidade materno infantil, focando, assim, na assistência à saúde da mulher para as ações ligadas ao seu processo de reprodução (FAZOLI, 2012).

A mulher era vista como um ser destinado à reprodução; com a contribuição do início dos movimentos feministas foi priorizado o direito da não reprodução, uma vez que o direito de se reproduzir já existia (ou era “imposto”) na ideologia hegemônica da sociedade. Pensando nessa priorização, observa-se que a história dos direitos reprodutivos não está apenas associada à questão de direitos das mulheres, mas sim ligada a interesses para um controle populacional para o desenvolvimento econômico dos países, baseando-se no argumento de que a atenuação da pobreza necessitava deste controle (GIFFIN, 2002).

As reivindicações das mulheres por meio dos movimentos feministas da década de 70 justificavam que suas necessidades de saúde excediam as ações relativas à gestação e ao parto, pois era preciso pensar em abordagens mais ampliadas, que proporcionassem ações em todos os ciclos de vida, além disso, considerar os diferentes grupos populacionais, assim como as condições socioeconômicas nas quais estavam inseridos. Desta forma, em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi iniciado em uma conjuntura na qual o país passava por uma redemocratização, após a Conferência de Alma-Ata (1978), e marcava a ruptura com a visão reducionista da saúde da mulher no período gravídico-puerperal. Este Programa surge no contexto do Movimento Sanitário, que, posteriormente, auxiliaria a formulação do SUS e passaria a introduzir ações de assistência à mulher em relação à ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e rastreio precoce de câncer cérvico-uterino e mama (BRASIL, 2004).

A elaboração do SUS, por meio de suas legislações que dispõem sobre: a organização e funcionamento dos serviços de saúde (lei 8.080/90); sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e os recursos financeiros na área da saúde (lei 8142.90);

além das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde, tiveram grande importância para a efetuação do PAISM. Através principalmente da NOB 96 o processo de municipalização das ações e serviços de saúde favoreceu a atenção básica, que proporcionava ações e serviços relativos a atenção à saúde das mulheres.

Entretanto, a maioria dos municípios ainda enfrentam dificuldades técnicas, políticas e administrativas para a implementação efetiva das políticas de saúde da mulher. Um exemplo desta dificuldade é apresentado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PANAISM), que a partir da elaboração de um balanço institucional de ações realizadas entre 1998 e 2002 mostra a priorização de ações associadas às questões reprodutivas, principalmente as que dizem respeito à redução da mortalidade materna, através da oferta de serviços de pré-natal, assistência ao parto e métodos contraceptivos (BRASIL, 2004). Assim, mais uma vez, a saúde da mulher não foi contemplada em sua integralidade, existindo lacunas em relação aos serviços ofertados, comprometendo outros aspectos importantes que influenciam o bem-estar e a saúde do público feminino.

No ano de 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher reconheceu que ainda era preciso estabelecer redes com outras áreas técnicas e realizar novas ações que contemplassem as necessidades do público feminino. Então, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM foi produzida a partir das bases do Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), contando com a atuação dos movimentos sociais e do movimento feminista, e foi submetida à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e à Comissão de Saúde da Mulher (CISMU) desse Conselho (BRASIL, Ministério dos Direitos Humanos, 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (2004) busca contextualizar a situação demográfica e a situação de saúde da mulher no país, tentando englobar o enfoque de gênero, a integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores desta política. Além da tentativa de garantir avanços em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, a partir das ações de planejamento familiar, a atenção obstétrica, incluindo aborto seguro e a luta contra a violência sexual e doméstica, também incluem ações de prevenção e tratamento de doenças transmissíveis e/ou crônicas não transmissíveis, como: HIV/aids e câncer ginecológico, buscando ampliar ações para populações historicamente subalternizadas (BRASIL, 2004).

Segundo a própria política, a vulnerabilidade do público feminino tem maior relação com a discriminação sofrida na sociedade do que com os fatores biológicos que

atingem essa população, e aponta questões relevantes no que diz respeito às mulheres negras, lésbicas, indígenas, em situação de prisão e da área rural. Também destaca a questão da violência, gênero e saúde mental, porém quando se analisa suas propostas de ações e serviços observa-se ainda grande ênfase nas questões biomédicas, destacando os aspectos relativos ao processo de reprodução (mortalidade materna, atenção obstétrica, abortamento, assistência contraceptiva); às ações específicas relacionadas a ciclos de vida (atenção à saúde da mulher na adolescência e no climatério/menopausa) e a doenças específicas (IST/HIV/Aids, doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico).

O Ministério da Saúde, em 2011, elaborou e publicou a 2ª reimpressão da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM – 2011), mantendo os objetivos gerais e os específicos, assim como as diretrizes, mesmo sendo publicada sete anos depois da versão de 2004. Apesar da PNAISM ter atingido diversos resultados positivos desde a sua criação, ainda existem inúmeros desafios a serem alcançados, principalmente no que diz respeito à garantia da atenção à saúde da mulher de forma integral, em função das abordagens biomédicas reducionistas, da não contextualização das questões de gênero existentes, da soberania heteronormativa para as atividades de saúde voltadas ao público feminino e das questões estruturais de acesso, quantidade e qualidade dos serviços de saúde (GOMES et al., 2017).

Segundo Freitas e Silva (2019), uma questão que deve ser ressaltada é que as políticas públicas e leis, em sua maioria, são produzidas por homens, já que a representatividade da mulher no âmbito político ainda é baixa e considerada insuficiente. Além disso, elas não têm como foco principal a busca por formas de prevenção e combate de atitudes opressoras que possam contribuir para o enfrentamento das desigualdades de gênero e garantia de direitos das mulheres.

Santana et al. (2019) reforça que para tornar as políticas públicas de saúde da mulher efetivas e permeáveis às necessidades do público a quem se destina, é preciso que seja atribuída às práticas nos serviços, assim como às ações governamentais, uma “consciência de gênero”, incluindo, nas agendas das políticas e programas, abordagens propostas por movimentos e entidades de mulheres, de modo que sejam incorporadas de forma gradual e abram talvez caminho para transformações mais profundas.

4.3.3 A (des) integralidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Para entender os desafios que estão presentes na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011), partimos do princípio de que é necessária, primeiramente, a compreensão dos conceitos de “integralidade/integral” e suas possibilidades de uso, visto que é um termo comumente utilizado para os inúmeros programas e políticas públicas presentes no SUS, assim como faz parte de um dos princípios doutrinários deste Sistema.

Começaremos a análise a partir dos aspectos que antecederam a criação do SUS, pois foi próximo a esse momento histórico que a questão da integralidade passou a ser amplamente discutida e esse termo passou a ser mais comumente utilizado. Segundo Medeiros e Guareschi (2009), este vocábulo passou a ser considerado um dos principais objetivos do movimento da reforma sanitária, que ocorreu a partir do inconformismo com o conceito de saúde vigente, o qual era restrito ao fator biológico. A partir daí, pleiteou-se um novo modelo de saúde que também levasse em consideração o aspecto social do processo saúde-doença, marcando, assim, a necessidade de uma ideia de integralidade.

No ano de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que formulou uma nova política de saúde, considerando a saúde como um conceito ampliado, como sendo dever do Estado e direito do cidadão, com necessidade de controle social nas políticas adotadas. Neste sentido, entende-se que a integralidade no campo da saúde no Brasil deve se articular a outras áreas de dimensão do sujeito, que vão além do campo da medicina, visto que ele não se constitui apenas do biológico. : A Conferência deu origem à Constituição Federal de 1988, e, constitucionalmente, ao SUS, norteado por princípios e diretrizes – a integralidade é um deles. Neste sentido, a Constituição de 1988 faz com que a questão da integralidade passe a ser prevista como lei, ou seja, um discurso do Estado e uma política dele (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Segundo a descrição deste termo pelo Ministério da Saúde:

Considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 1990)

O SUS, em sua lei 8.080/1990, artigo 198, utiliza o termo “integralidade de assistência”, sendo entendido como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Neste sentido, observa-se que o

termo se remete aos níveis de prestação de serviços, podendo ser de ordem primária, secundária ou terciária.

O termo “integral”, portanto, pode se referir a níveis de atenção à saúde, a uma norma do Estado e a inter-relações estabelecidas entre os diversos campos. O que se pretende aqui, não é a definição do termo em si, mas as diferentes hipóteses de análise de sentido para este termo.

Para Mattos (2000), existem três conjuntos de sentido nos quais a integralidade pode ser discutida. O primeiro conjunto refere-se a atributos relacionados às práticas dos profissionais de saúde, considerando os valores como uma boa prática, independentemente de ocorrer no âmbito do SUS. O segundo está ligado a atributos relacionados à organização dos serviços, e o terceiro diz respeito às respostas governamentais aos problemas de saúde. Entretanto, é possível observar uma ligação entre todos esses conjuntos, pois entender a integralidade como princípio orientador das práticas, ou da organização do trabalho, ou da organização das políticas, implicará em uma recusa ao reducionismo.

O profissional de saúde, por exemplo, que procura orientar suas práticas através da integralidade busca uma recusa da objetivação dos indivíduos, procurando escapar dos reducionismos, assim como ocorre quando a organização dos serviços de saúde tem como base a integralidade, pois procura ampliar as percepções acerca das necessidades de saúde dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores maneiras de responder a estas necessidades. Para isso, é preciso uma abertura para o diálogo, pois “integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas” (MATTOS, 2000, p. 66).

Segundo Medeiros e Guareschi (2009), a integralidade não está apenas relacionada às questões técnicas, mas também às culturais, aos sistemas e às relações sociais. Faz-se necessário, também, que os profissionais compreendam que sempre estarão se relacionando com as histórias de vida de cada indivíduo, e não meramente com os aspectos patológicos.

Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o termo “integral” está presente em seu título, porém quando é feita uma análise desta política observa-se certa fragmentação no que diz respeito a ações e serviços estabelecidos. Primeiramente no que se refere à mulher como um corpo capaz de reproduzir-se e, assim, as políticas públicas e os serviços de saúde ficam voltados para suas “partes”, dividindo o corpo da

mulher em órgãos, como mama e útero. As ações e serviços de saúde passam a atender as necessidades do corpo da mulher, onde são estabelecidas condutas ainda sob o enfoque biológico. Um exemplo disso pode ser observado nas inúmeras campanhas para rastreio precoce de câncer de mama e colo uterino, denominadas pelo Ministério da Saúde como “outubro rosa”, quando os serviços focalizam suas atividades nesta questão biológica, sendo precárias outras atividades que abrangem outros aspectos da vida da mulher.

Outra questão a ser analisada é a fragmentação do cuidado a mulher em relação aos ciclos de vida, onde os cuidados são prestados de forma generalizada a cada grupo estabelecido pela política (adolescência, climatério/menopausa e idoso), sem levar em consideração as diferentes abordagens que são necessárias para cada indivíduo, mesmo que dentro de cada ciclo.

A questão de gênero aparece pela primeira vez na política, porém sem a contextualização necessária, uma vez que esse conceito pode ter diferentes abordagens. Esse termo vem atrelado a questão de violência, que coloca este problema como uma das vulnerabilidades do público feminino, porém, é importante problematizar a forma como a questão da violência é abordada, pois ela pode ser percebida como elemento de um grupo específico, no caso as mulheres, ou como algo construído socialmente. Desta forma, corre-se o risco de analisar a mulher como um ser que “precisa ser tutelada pelo Estado”, em vez de enxergá-las como pessoas que lutaram por direitos (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Segundo Santana et al. (2019), é possível notar que ainda há uma valorização da doença quando se analisa as propostas da Política, fazendo com que a integralidade da assistência que não seja efetivamente contemplada, uma vez que apresenta dificuldades em dar assistência à mulher nas áreas específicas, como: infertilidade, saúde mental, saúde ocupacional e violência doméstica. Para Freitas e Silva (2019), as questões relacionadas à saúde mental das mulheres também parecem não ter sido integradas ainda como um aspecto importante de atuação no processo de garantia de atendimento integral **proposto**. Ao ser observado o nível da gestão nota-se que nas ações e intervenções no âmbito da saúde mental, as mulheres aparecem como demandas pontuais, em vez de fazerem parte de uma política ampliada.

As dificuldades em relação à garantia da integralidade das ações em saúde para as mulheres pela política podem acontecer por diversos fatores, como a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços, principalmente de alguns grupos que sofrem maior

discriminação, por exemplo, as mulheres negras, homossexuais, trans, indígenas, moradoras da zona rural, entre outras.

A discriminação aparece como a principal barreira de acesso. Além disso, a falta de informação, por parte das mulheres, sobre os próprios direitos também aparece como um fator relacionado ao acesso, entretanto, isso pode sugerir, inclusive, deficiência na educação em saúde, um reforço da própria discriminação, déficit em relação aos recursos e investimentos necessários, assim como despreparo de muitos profissionais em adequar-se às peculiaridades de cada indivíduo, garantindo equidade na assistência à saúde (GONÇALVES; COSTA, 2019).

Desta forma, observa-se ainda inúmeros desafios no que se refere à atenção integral à saúde da mulher. Para Santana et al. (2019), apesar dos avanços na PNAISM, as fragilidades dessa política em relação à integralidade assistencial da mulher ainda são enormes, e para que sejam sanadas é preciso construir um controle social efetivo por parte das mulheres, no que diz respeito à implantação e avaliação dessas políticas. Como reforça Mattos (2009), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, e sim uma “bandeira de luta”, pois tenta ressaltar um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, uma vez que se relacionam ao ideal de uma sociedade mais solidária e justa. Assim, buscar a compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um indivíduo apresenta seria a maior marca do sentido de integralidade.

5 METODOLOGIA

Considerando-se o tema e objetivos deste estudo, recorreu-se à abordagem qualitativa, cuja ênfase é no processo, ou seja, compreender como os fenômenos ocorrem e como são as relações que se estabelecem entre tais fenômenos. Neste sentido, a abordagem qualitativa é atribuída a estudos de significados e significações, representações sociais ou psíquicas, simbolização, pontos de vista, percepções, vivências e experiências de vida, na intenção de produzir explicações contextuais com base no significado de um determinado fenômeno. Esse fenômeno normalmente está relacionado a atitudes, crenças, sentimentos e pensamentos da população do estudo e pode proporcionar uma oportunidade para a fala (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

No caso deste estudo, buscando não apenas ter acesso às narrativas das mulheres adultas de diferentes localidades da Rocinha/RJ, adotou-se também a pesquisa-ação. Como será abordado mais à frente, o trabalho esteve integrado a um projeto ainda em curso, desenvolvido pelo LTM (Laboratório Territorial de Manguinhos) e apoiado pelo Programa Inova/Fiocruz.

5.1 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

Optou-se, neste estudo, por trabalhar com um modelo de pesquisa-ação, que será discutido mais adiante. Entretanto destaco que existem múltiplas abordagens e uma polissemia de conceitos, e aqui serão utilizadas as contribuições de Tripp (2005), que refere que a pesquisa-ação pleiteia ação tanto na prática como na pesquisa científica, pois acredita-se que a compreensão do problema e as causas deste são fundamentais para se pensar em mudanças para a melhoria do cenário de estudo. O objetivo não é simplesmente construir uma série de explicações com base em teorias científicas, mas também explicar os fenômenos relacionados aos problemas elencados e transformar as realidades.

A pesquisa-ação pode ser dividida em três modalidades, descritas como técnica, prática e política. A primeira é considerada mecânica e pontual, pois o pesquisador visa uma prática que já existe e implementa em seu cenário de estudo para promover a melhoria das ações. Na segunda, o próprio pesquisador escolhe as mudanças e conduz sua prática a partir das suas próprias concepções sobre o que será melhor. Já a terceira diz respeito a uma ação baseada em mudanças culturais e institucionais e, para isso é necessário comprometer-se politicamente, pois para realizar essas mudanças, em grande parte das vezes, é preciso se opor ao “sistema”. Esta última tem, por sua vez, um caráter

crítico e emancipatório, sendo crítico por ter a intenção de fazer mudanças para garantir maior justiça social e não apenas a intenção de mudar algo que já se faz (TRIPP, 2005).

Essa justiça social se relaciona, por exemplo, com a busca por igualdade e oportunidade para as pessoas, melhor assistência às suas necessidades, entre outros, com o objetivo de tornar a sociedade mais democrática. Conforme descreve Tripp (2005, p. 458), “a pesquisa-ação socialmente crítica passa a existir quando se acredita que o modo de ver e agir dominante do sistema, é realmente injusto de várias maneiras e precisa ser mudado”.

Assim, busca a mudança do *status quo* para uma coletividade, não se restringindo ao individual ou a um pequeno grupo. Neste sentido, esta pesquisa tem como base a perspectiva da pesquisa-ação política, pois se compromete com os problemas coletivos das mulheres moradoras da Rocinha/RJ visando melhorá-los, a partir de uma produção compartilhada de conhecimento entre a pesquisadora e o público envolvido.

Enquanto referencial metodológico, a Construção Compartilhada de Conhecimento foi desenvolvida pelo Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania (NESC) da Escola Nacional de Saúde Pública (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001). O desenvolvimento dessa abordagem ocorreu em função das experiências de trabalho do Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL), criado no fim da década de 80 por profissionais da ENSP e sob liderança do pesquisador Victor Valla. A proposta era acompanhar as experiências de vida da população, através da troca de saberes e diálogo entre profissionais de saúde, lideranças comunitárias e moradores da região da Leopoldina, a fim de pensar em subsídios para auxiliar os grupos populares na busca por políticas públicas que priorizassem suas reais necessidades (VALLA, 1999).

A Construção Compartilhada de Conhecimento trata-se, portanto, de uma prática de educação em saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e integra os saberes dos diferentes atores sociais de forma não hierarquizada. Nesta perspectiva, todos os envolvidos são educadores e os saberes podem circular através de um processo comunicacional, pedagógico e cooperativo, possibilitando a construção de uma alternativa à construção do conhecimento científico tradicional, a partir da reflexão e proposição de investigação científica do ponto de vista popular (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

É importante ressaltar aqui a finalidade de se aprender por meio da experiência e de um modelo participativo, no qual é necessário a integração de conhecimentos entre pesquisador e moradoras para promoção da cidadania. Assim, a construção compartilhada

do conhecimento na pesquisa acadêmica torna-se potencializadora para a transformação social, e pode trazer importantes contribuições tanto para o objeto do estudo como para o pesquisador.

Pierre Bourdieu (1989) traz algumas reflexões sobre como o pesquisador se expõe ao fazer uma pesquisa, porém também refere que quanto mais ocorre esta exposição, maiores são as chances de absorver as discussões. O autor enfatiza que o objeto de pesquisa não deve ser pré-construído como um objeto de interesse apenas do pesquisador, mas sim que é necessário entender o espaço no qual este objeto está inserido e traçar como o campo constitui uma questão social a partir dos atores sociais que estão envolvidos neste espaço.

A autora Jeanne Favret-Saada (1990), em sua obra *Ser Afetado*, reforça que é preciso deixar afetar-se pela pesquisa e experimentar pessoalmente os efeitos da comunicação humana. A autora diz que a partir do momento em que o pesquisador aceita ocupar o lugar do outro e ser afetado por ele é que passa a ser viável estabelecer uma comunicação específica com os nativos e, assim, pode-se adquirir o conhecimento necessário. Portanto, quando o objeto de estudo é o próprio ser humano, o elo de conhecimento é estabelecido entre iguais, pois tanto o objeto como o pesquisador coincidem, uma vez que o conhecimento é construído a partir de uma relação dialética entre ambos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Desta forma, a construção compartilhada de conhecimentos deve ser realizada a partir de um sistema de interação, no qual os sujeitos que possuem diferentes saberes se articulam a partir de um ou mais interesses comuns. Para isso, essa prática necessita compreender alguns aspectos de natureza pedagógica, metodológica, entre outros e se inspirar nas concepções de Paulo Freire com uma abordagem construtivista da aprendizagem, que germinam da relação entre o senso comum e o conhecimento científico (FREIRE, 2018). Propõe-se, portanto, um diálogo contínuo com troca de experiências, pressupondo a compreensão do outro enquanto sujeito possuidor de conhecimentos e não apenas receptor de informações. Esse processo acarreta a necessidade do respeito à cultura dos sujeitos envolvidos e à ideia de saberes tanto populares como científicos, relacionados de maneira dinâmica (ACIOLI et al., 2002).

Como comentado anteriormente, esta pesquisa está articulada ao projeto “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento”, desenvolvido pelo LTM (Laboratório Territorial de Manguinhos) da Fiocruz, integrado e aprovado pelo Programa Inova/Fiocruz, modalidade produtos inovadores, o qual tem como objetivo a

experimentação e validação de um dispositivo metodológico de produção compartilhada de conhecimento e informação em saúde denominado “Comunidade Ampliada de Pesquisa Ação” (CAP), cujo fundamento é o diálogo frequente entre diversos agentes sociais e a sua meta é a obtenção de uma tecnologia social.

Segundo Mori et al. (2009), a ideia das Comunidades Ampliadas de Pesquisa-Ação tem sido bastante utilizada na saúde coletiva, principalmente nos trabalhos de campo na área da saúde que têm como projeto a articulação entre pesquisadores, trabalhadores do SUS e seus usuários, a fim de pensar em atividades que sejam de relevância para a saúde.

A proposta da Comunidade Ampliada de Pesquisa-ação (CAP) é considerada uma forma de pesquisa-ação que pode se apresentar como uma ferramenta metodológica potente para construção compartilhada de conhecimento. Ela busca atuar através de mediações, onde os diversos tipos de saberes se encontram, permitindo a troca entre o saber formal da ciência e o conhecimento produzido a partir das experiências dos sujeitos. Neste sentido, pode ser utilizada como uma ferramenta metodológica que poderá ser implementada e utilizada em diversos espaços na saúde e para a produção de conhecimento compartilhado no SUS.

Para Cunha et al. (2015), a CAP traz a perspectiva da experiência e sua confrontação com outros saberes como chave para a produção de conhecimentos de maneira mais contextualizada e voltada para uma possível transformação social. Para isso, é necessária a ampliação e o fortalecimento de espaços para que as vozes dos moradores sejam ouvidas.

O projeto “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento” do LTM propõe realizar a experimentação da CAP como forma de operacionalizar o princípio da participação social na produção de saúde do SUS. Assim, para a experimentação, foram construídas duas naturezas de CAP: uma delas, formada pela equipe do projeto, que elaborou ferramentas de análise a fim de identificar as potencialidades e limites do dispositivo; e as CAPs locais, que foram operacionalizadas, buscando atender a situações-problemas de interesse dos parceiros envolvidos no projeto, e onde pôde-se observar seu funcionamento para compreender a adequação do método CAP. Desta forma, este estudo se configura com um parceiro para a fase de experimentação da CAP, considerando uma situação problema, no caso as necessidades de saúde da mulher da favela, em um território de implementação da CAP: a Rocinha.

Destaca-se que o trabalho aqui apresentado é a primeira pesquisa de dissertação de mestrado acadêmico que objetiva usar a Comunidade Ampliada de Pesquisa Ação como caminho para a produção do conhecimento em saúde, de forma a oferecer subsídios para Atenção Básica. Um dos objetivos do “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento” é exatamente verificar a adequação deste método às pesquisas acadêmicas de pós-graduação.

Optou-se, então, por utilizar o dispositivo de produção compartilhada a partir das bases conceituais das Comunidades Ampliadas de Pesquisa-Ação (CAP), que têm dimensões freirianas importantes, como promoção de autonomia e libertação individual e coletiva, através da escuta, do diálogo, da problematização e reflexão (CUNHA et al., 2018). Nesse processo, foi possível conhecer as experiências de vida das mulheres adultas moradoras da Favela da Rocinha, refletindo sobre suas reais necessidades de saúde e elencando os possíveis problemas que cercam os serviços de saúde deste território, a fim de pensar em estratégias, políticas públicas e alternativas para a melhoria e/ou resolução dos problemas encontrados.

5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Como mencionado anteriormente, a Rocinha/RJ tem uma magia especial. É um território rico, tecido de vida, dinamicidade e contradições, portanto, cabe aqui apresentar algumas de suas características comuns e singulares, as quais tornam esse cenário especial e escolhido para o estudo.

Se levantarmos a constituição histórica do desenvolvimento socioeconômico e demográfico de uma favela, neste caso a Rocinha, pode-se perceber as contradições das políticas públicas, que, em vez de garantir direitos, colaboram para o enrijecimento dos processos de vulnerabilização e estigmatização da população local. Um exemplo disto é que a Rocinha está localizada entre dois bairros nobres da Zona Sul do município do Rio de Janeiro – São Conrado e Gávea –, sendo considerada a maior favela da América Latina. Próximo ao seu entorno estão situadas algumas das escolas particulares mais caras do país, a Escola Americana e a Escola Parque, além dos inúmeros condomínios luxuosos, os quais se localizam na Estrada da Gávea – rua de acesso a esses bairros e que corta a Rocinha. Desta estrada partem outras ruas principais, as quais se ramificam em muitos becos. Esses becos são normalmente bastante estreitos e alguns muito longos, o que dificulta a ventilação do local e a entrada de luz, contribuindo para uma série de fatores

que irão influenciar o processo de adoecimento da população, sendo inclusive um dos fatores que contribuem para as altas taxas de incidência de tuberculose na região.

Uma grande parte de sua população trabalha em portarias de prédios e Shoppings nos bairros da Zona Sul, devido à proximidade com este território, e outros também trabalham dentro da própria comunidade, em setores do comércio e transporte regular ou alternativo.

A população residente da Rocinha é majoritariamente constituída por um processo de décadas de migração. Existem diferentes histórias quanto ao surgimento da Rocinha, e a mais conhecida delas afirma que a comunidade era uma grande área rural de fazendas que passou a ser habitada por pessoas ao seu redor. Em seguida, chegaram muitos imigrantes e a comunidade foi crescendo cada vez mais. Ainda hoje, a população recebe muitas pessoas, oriundas principalmente da região do nordeste do país e o fluxo de migração parece contínuo. Segundo o IBGE de 2010, 66,3% dos moradores da Rocinha nasceram no Rio de Janeiro, e 33,7% nasceram em outro município. Dos que nasceram em outros locais, 45,5% deles são do Ceará, e 28,6% da Paraíba, fazendo com que a cultura nordestina esteja muito presente neste território. Diariamente ainda há a chegada de novos nordestinos que vêm em busca de melhores condições socioeconômicas, assim como muitos também retornam às suas cidades natais no Nordeste brasileiro (STREIT, 2014).

O território encontra-se ainda em constante crescimento, horizontal e vertical. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do Censo de 2010, a Rocinha possuía 23.347 domicílios e 69.161 habitantes distribuídos entre suas micro-áreas. Embora os dados estejam desatualizados, eles indicam que a Rocinha teve um aumento populacional de 23%, o que representa um total de 13.000 pessoas ao longo de uma década. É notável uma divisão socioeconômica dos segmentos residentes das micro-áreas, pois aquelas que estão mais próximas do asfalto possuem casas com “melhores infraestrutura” e as que estão situadas no topo do morro são as mais precárias.

A heterogeneidade das estruturas das habitações é grande, pois existem desde prédios e casas de alvenaria a barracos, sendo que o acesso a essas habitações se dá por meio dos becos, vielas, escadarias bastante irregulares e pela Estrada da Gávea. A infraestrutura da Rocinha é precária, apesar de existirem alguns serviços disponibilizados pelo governo, como a rede elétrica fornecida pela Companhia Elétrica Light. O esgotamento sanitário também é precário, não sendo ofertado a todos os moradores, apesar de existir uma rede parcial da Companhia Estadual de Água e Esgoto (Cedae). O

problema do lixo também constitui uma dificuldade para os moradores, pois ainda que a coleta seja realizada pela Companhia de Lixo Urbano (Comlurb), o acúmulo é grande, trazendo problemas de saúde para a população. Segundo a associação de moradores do bairro, aproximadamente 25000 estabelecimentos comerciais são estimados, dentre eles estão bares e biroskas que oferecem música e dança, os quais servem de lazer para a população. Além disto, ainda existe a Praia de São Conrado, a Casa de Shows Emoções e a Escola de Samba GRES Acadêmicos da Rocinha, que são bastante frequentadas pela população residente, a fim de buscar lazer. Neste sentido, observa-se que há uma grande diversidade socioeconômica e cultural, que destaca a complexidade e heterogeneidade desta favela (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Outros serviços culturais e de lazer do território que também podem ser citados e são bastante utilizados pela população são os serviços da Biblioteca Parque Rocinha C4 e do Centro Municipal de Cidadania Rinaldo de Lamare. A C4 – Biblioteca Parque Rocinha faz parte de uma rede da Secretaria de Estado de Cultura do Rio de Janeiro, e está localizada na Estrada da Gávea, possuindo cinco andares, dentre os quais existem uma DVDteca, um cineteatro, algumas salas para cursos, estúdio de gravação e edição audiovisual, setor com internet comunitária, cozinha-escola e café-literário. Já o Centro Municipal de Cidadania Rinaldo de Lamare é um prédio grande que fica no asfalto em frente à entrada da favela e possui vários projetos e programas de diversas secretarias e órgãos do município, como Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dentre outros, além de serem oferecidos cursos voltados para a inclusão social de pessoas de baixa renda; há também um complexo esportivo.

Na intenção de fazer uma estimativa prévia, foi observado, através do sistema de prontuário eletrônico das Unidades Básicas de Saúde da Rocinha, que no ano de 2018 estavam cadastradas um total de aproximadamente 36 mil mulheres, sendo a maioria jovens adultas, o que significa que grande parte dos usuários desses serviços é a população feminina.

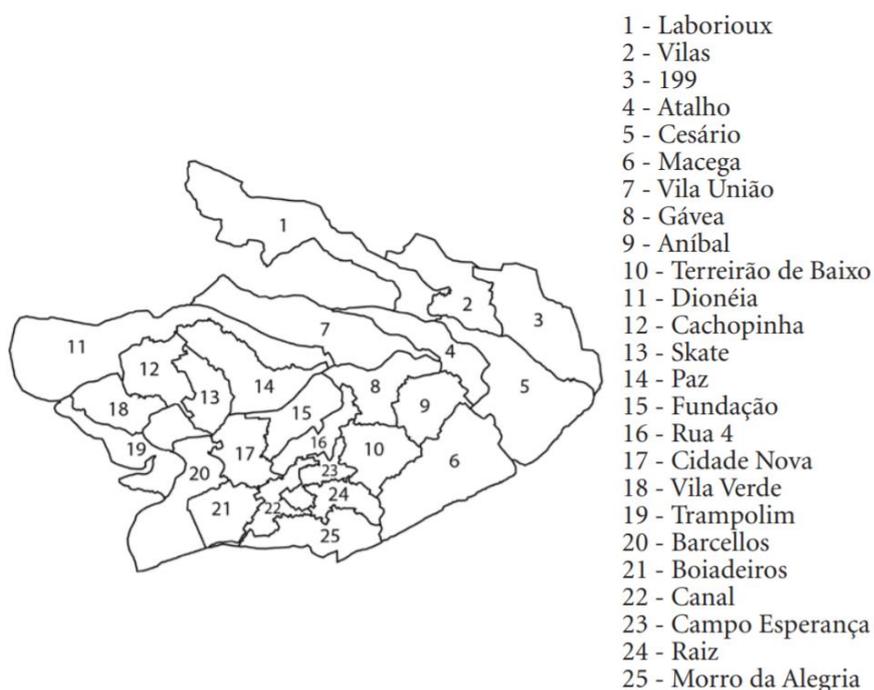
No contexto dos serviços de saúde presentes no território da Rocinha, a comunidade conta com inúmeras clínicas populares privadas, que realizam exames, procedimentos e atendimentos em diversas especialidades. Em relação aos serviços públicos de saúde, há o predomínio de Unidades Básicas de Saúde, denominadas no município do Rio de Janeiro como “Clínicas da Família”, as quais tem cobertura para atendimento de 100% da população que vive neste território. Para isso, esse serviço está

dividido em três Unidades distribuídas geograficamente no território da favela, e contam com inúmeros profissionais de saúde que desempenham seus trabalhos a partir de uma lógica multidisciplinar que tinham como base quando surgiram, a Política Nacional da Atenção Básica (2012), e hoje a proposta da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que foi reformulada no ano de 2017, sofrendo algumas alterações, conforme mencionadas anteriormente.

Uma dessas Clínicas da Família está situada no asfalto, em frente à entrada da favela, logo após o túnel Zuzu Angel e funciona no Centro Municipal de Cidadania Rinaldo de Lamare. Essa Unidade contava com oito Equipes de Saúde da Família. Localizada aproximadamente no meio da favela está a maior Clínica da Família da comunidade – Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza –, que era composta por onze Equipes de Saúde da Família e funciona em um complexo, onde também existe uma Unidade de Ponto Atendimento 24h (UPA 24h) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). E a outra Unidade, que fica em uma região mais alta da favela – Centro Municipal de Saúde Albert Sabin –, é a mais antiga da região e conta com seis Equipes de Saúde da Família.

Importante destacar que, no ano de 2019, as Clínicas da Família Maria do Socorro Silva e Souza e Clínica da Família Rinaldo De Lamare perderam, cada uma, pelo menos uma equipe de saúde da família, em função da redução, imposta pela prefeitura municipal, do número de profissionais da atenção básica. A população que era coberta pelas equipes que deixaram de existir precisou ser reorganizada entre as demais equipes das Clínicas, promovendo, dentre as consequências, a perda de vínculos dos usuários com os profissionais de referência e sobrecarregando as demais equipes com um aumento da área de abrangência e da população assistida.

Na figura abaixo, apresenta-se a divisão das regiões que compõem a Rocinha. Ressalvo que essas regiões constituíam também as micro-áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família de todo o território da Rocinha. Entretanto apesar das regiões continuarem existindo, a divisão delas pelas Equipes de Saúde sofreu alterações.

Figura 1- Mapa da divisão das 25 regiões da Rocinha – 2016

Fonte: PINTO, Luiz Felipe et al. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha. Rio de Janeiro, Brasil. p. 773.

No fim do ano de 2018, a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, ao planejar o orçamento para a saúde em 2019, propôs uma “reorganização da atenção básica”, com a intenção de diminuir equipes de saúde da família¹ e, assim, fazer um rearranjo do processo de trabalho, que acaba por ser permitido com base no que propõe a PNAB de 2017. A gestão atual (2016-2020) apresenta uma justificativa de que há danos no orçamento da prefeitura e por isso é necessária essa reestruturação, que, por sua vez, vai ao encontro com o que diz a nova PNAB (2017), permitindo assim que a gestão tenha governabilidade em realizar as mudanças que deseja no que se refere a organização dos serviços da atenção básica. Nota-se que a gestão municipal atual não compreende o funcionamento e a importância da atenção primária a saúde para a população, pois vem com a proposta de reduzir investimentos na atenção básica para investir na atenção secundária e terciária a saúde. Os cortes orçamentários iniciaram ainda no final do ano de 2018 e seguem em 2020, com demissões em massa de muitos profissionais de saúde, sobretudo, da atenção básica.

¹ Prefeitura anuncia o corte de 239 equipes de saúde da família e saúde bucal na cidade do Rio. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/rio/prefeitura-anuncia-corte-de-239-equipes-de-saude-da-familia-saude-bucal-na-cidade-do-rio-23200159.html>>. Acesso em: fev. 2019.

Essas mudanças contribuíram ainda mais para a perda de direitos à saúde e diminuição da qualidade e acesso ao serviço, uma vez que com a demissão de muitos profissionais há uma sobrecarga de serviços para os demais, diminuindo assim a qualidade na assistência. Além disso, poderá contribuir para o aumento dos problemas de saúde da população, pois passará a se investir menos em propostas de promoção e prevenção da saúde como na atenção básica, para se investir em outros setores. Mais uma vez, esse território, já considerado vulnerável, passa por retrocessos no que diz respeito aos serviços de saúde oferecidos à população, enfatizando ainda mais os processos de exclusão e ausência de muitos serviços para os moradores.

Além desse cenário de precarização dos serviços de saúde, no final de 2019 a pandemia de COVID-19 se instalava no mundo, trazendo consequências graves principalmente para as populações vulnerabilizadas. Segundo Spadacio e Alves (2020), o COVID-19 foi o nome dado à doença causada através da infecção pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), identificada pela primeira vez em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, e disseminada rapidamente pelos continentes. atingindo, no dia 05 de abril de 2020, 1.236.388 pessoas e causando milhares de óbitos. Os autores referem que no Brasil o primeiro caso reportado aconteceu no dia 25 de fevereiro de 2020 e a primeira morte em 17 de março deste ano, sendo na Rocinha o primeiro óbito suspeito, ocorrido no dia 30 de março, em uma mulher de 70 anos que era moradora da favela. Eles reforçam sobre a preocupação de estudiosos quanto à disseminação do vírus em regiões de favela, em função das precárias condições sociais.

Neste sentido, um ponto que merece ser sobressaltado aqui é que todas essas mudanças que ocorreram no decorrer do processo de construção desta pesquisa influenciaram diretamente na realização dela, assim como nos seus resultados.

5.3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Como mencionado anteriormente, este estudo tem o intuito de levantar questões, conhecimentos e experiências sobre o contexto de vida da mulher moradora da Rocinha, identificando suas necessidades e quais os problemas relacionados ao setor de saúde que devem ser melhorados. Para isso, foram utilizados procedimentos como oficina temática de discussão e entrevistas abertas, de forma que as mulheres envolvidas atuassem de forma cooperativa e participativa, sendo corresponsáveis pela pesquisa. Neste sentido, essa pesquisa tem quatro momentos distintos, sendo eles: a aproximação do público da pesquisa; a organização da Comunidade Ampliada de Pesquisa; realização de oficina

temática de discussão; realização de entrevistas abertas, sendo por último apresentado o perfil das participantes do estudo.

Primeiro momento: Aproximação do público da pesquisa

O primeiro momento teve início a partir do levantamento dos grupos e atividades existentes na Rocinha com predomínio de mulheres. O objetivo inicial é de aproximação do público feminino para discutir sobre a pesquisa. Após realizado o levantamento das atividades, ocorreram visitas informais, de caráter exploratório, a alguns espaços coletivos já constituídos no território com o predomínio da participação dessas mulheres, como reuniões do Colegiado Gestor de uma Unidade Básica de Saúde na Rocinha e atividades realizadas com a TV Tagarela, o que oportunizou a observação da dinâmica e dos agentes sociais que participavam desses espaços.

Dentre os grupos citados, a TV Tagarela da Rocinha se apresenta como uma parceira e mediadora para a aproximação do público que participou das outras etapas do estudo, ajudando a selecionar essas atoras e visando à participação, no cenário da pesquisa, de moradoras da Rocinha que tenham atuação em espaços coletivos.

A TV Tagarela é uma instituição que atua na Favela da Rocinha desde 1998, como uma TV Comunitária de Rua, realizando várias atividades nesse território, como a produção e exibição de vídeos. Assim, a Tagarela apresenta-se como uma mobilizadora sociocultural, promovendo atividades em parceria com outras instituições e movimentos sociais, fomentando o desenvolvimento social, político e cultural neste território.

Portanto, a captação das mulheres adultas moradoras da favela da Rocinha/RJ que se tornaram atoras nesta pesquisa se deu a partir das indicações pela parceria com a TV Tagarela. Posteriormente, foram realizadas as outras duas etapas da pesquisa através de formas de abordagem participativa, dentre as quais pode-se citar a construção da CAP, a oficina temática e as entrevistas abertas.

Um ponto que é importante ser destacado aqui é em relação aos critérios de seleção das mulheres participantes da pesquisa. Foram convidadas tanto para as entrevistas, como para a oficina, mulheres adultas moradoras da Rocinha que têm algum tipo de atuação comunitária no território, que frequentam e que não frequentam os serviços públicos de saúde da Rocinha e moram em diferentes localidades do cenário do estudo. Em função da experiência profissional e levando em consideração os relatos ouvidos pelas mulheres no cenário do serviço de saúde na Rocinha/RJ, optou-se por trabalhar com as mulheres adultas moradoras deste território, pensando que este público

poderia contribuir para a pesquisa por meio de suas experiências, uma vez que frequentam usualmente os serviços e possuem um histórico de atuação na comunidade.

Neste sentido, imaginou-se que fazer recortes por faixa etária de idade reprodutiva ou estipular uma faixa etária mínima e máxima poderia restringir e limitar o sujeito mulher no que diz respeito às suas experiências e perspectivas. Fazer esse movimento de restrição iria reforçar ainda mais a fragmentação que já existe da mulher na sociedade, visando mais uma vez os aspectos biológicos, como já ocorre de maneira expressiva nos diversos serviços, sobretudo nos da saúde. Assim, estipulou-se apenas a idade mínima de 18 anos, pois segundo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8069/90 de 13 de julho de 1990, o período da adolescência finaliza-se aos dezoito anos (salvo casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade). Desta forma, optou-se por não estipular idade máxima para participação da pesquisa. Tem-se a intenção justamente de promover a troca de experiências entre as mulheres adultas de idades distintas – desde que tenham mais de 18 anos –, entendendo que essa troca poderá enriquecer a pesquisa, uma vez que as necessidades de saúde podem ser diversas de acordo com a faixa etária.

Esses critérios de inclusão foram os mesmos tanto para a realização da oficina como para as entrevistas, e o critério de exclusão é não preencher os critérios de inclusão estabelecidos.

Segundo momento: Organização da CAP Rocinha

Através da parceria com o projeto “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento” do Laboratório Territorial de Manguinhos, e da TV Tagarela, a CAP foi formada por um grupo composto por cinco mulheres: uma pesquisadora do LTM e integrante da Tagarela; uma moradora da Rocinha, também da TV Tagarela; uma ex-moradora da Rocinha que atualmente trabalha na escola de música desse território; uma moradora antiga que atuou como agente comunitária de saúde, além da pesquisadora deste estudo.

Este grupo CAP realizou um conjunto de encontros, discutindo o tema e a dinâmica a serem utilizadas na oficina de discussão com mulheres adultas da Rocinha, e levantando os nomes e localidades das convidadas para a oficina. Os encontros serviram ainda para organizar outros detalhes para a realização da oficina, como articulação do espaço para realizá-la e os recursos humanos e materiais necessários.

As participantes foram convidadas através de contato telefônico ou presencial e de convite impresso entregue a elas em mãos ou por meio eletrônico, e toda a organização e realização da Oficina Temática de Discussão também foi realizada com a participação e contribuição de todos os membros da CAP.

Terceiro momento: Oficina temática de discussão

A Oficina Temática de Discussão foi realizada no mês de outubro de 2019, na Biblioteca Parque da Rocinha - C4, teve como tema “Saúde da mulher na Rocinha”, e foram convidadas cerca de vinte mulheres para participar da oficina, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão estipulados neste estudo. Aconteceu no turno da tarde e contou com a participação de oito das vinte mulheres que foram convidadas. Deve-se ressaltar aqui que no dia da realização da oficina o tempo estava chuvoso, o que pode ter influenciado no número de mulheres que puderam participar.

Além das mulheres convidadas para participar da pesquisa, participaram também da oficina os membros do projeto “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento”, integrantes da TV Tagarela, a pesquisadora do estudo e uma dinamizadora que teve como objetivo proporcionar uma melhor condução da oficina. A dinamizadora foi uma mulher moradora da Rocinha, que é membro da TV Tagarela e tem experiência na condução dessas atividades. O propósito da dinamizadora é facilitar a linguagem e a forma de abordagem do tema com as mulheres convidadas, uma vez que possui origem semelhante à das participantes da pesquisa – é mulher adulta e moradora da Rocinha.

Com a intenção de proporcionar um ambiente em que as convidadas se sentissem à vontade e pudessem participar mais inteiramente da oficina, foi organizado um lanche para recebê-las e foi convidada uma mulher – também moradora da Rocinha – que ficaria em um ambiente separado, sendo responsável por cuidar dos filhos ou crianças que fossem levados à oficina, caso as participantes precisassem.

À medida que as mulheres foram chegando, foi realizada uma breve identificação em papel impresso para conhecer melhor o perfil das participantes. Nesta identificação continham perguntas como: idade, raça/cor, escolaridade, ocupação, estado civil, nº de filhos, tempo de moradia na Rocinha/RJ e se frequenta os serviços públicos de saúde da Rocinha e quais – mesmas informações solicitadas na entrevista.

A oficina durou aproximadamente três horas e teve como principal intenção o uso de metodologias ativas de debates, sendo realizada por meio de dinâmicas e rodas de

discussão. A primeira foi uma dinâmica de apresentação, em que foi formada uma roda e cada integrante precisava falar o seu nome e qual o seu local de moradia, então a pessoa seguinte que fosse falar na roda deveria repetir o nome e local de moradia de todas as que já haviam falado antes para depois dizer suas informações, e assim sucessivamente.

Ressalvo que toda a oficina ocorreu em formato de roda, e logo no início houve a apresentação do projeto por parte da autora deste estudo, que se apresentou como pesquisadora da ENSP/Fiocruz, assim como a apresentação e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apresentado no **Apêndice D** –, que foi assinado pelas participantes após a leitura deste. A oficina foi filmada e gravada após autorização das mulheres que participavam, e foi reforçado que mesmo com a autorização das gravações por parte das participantes, poderiam pedir para interrompê-las a qualquer momento. Os recursos audiovisuais foram de responsabilidade da TV Tagarela e dos participantes do projeto “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento”.

Após este momento inicial, foram entregues targetas coloridas e canetas hidrocor para as mulheres participantes e solicitado que respondessem à pergunta “O que é saúde para você?”, em apenas uma palavra, a qual deveriam escrever na targeta. Em seguida, essas targetas foram penduradas no quadro e discutidas.

Depois de elencar a percepção de saúde a partir da dinâmica, foi criada e apresentada às mulheres uma personagem desenhada em papel pardo, que representava uma mulher moradora da Rocinha, e que tinha com ela algumas necessidades de saúde que possivelmente eram comuns às das participantes. Desta forma, foi solicitado às mulheres que estavam participando da oficina que destacassem as suas necessidades de saúde, para que fossem escritas na mulher desenhada no papel pardo e discutidas no grupo. Após a discussão sobre as necessidades de saúde, foi feita a pergunta disparadora “Onde e com quem busca sanar as necessidades?”, que foi respondida e discutida em formato de roda de conversa, contribuindo assim para as principais discussões desse estudo.

Com essa etapa finalizada, a última dinâmica foi operacionalizada. Agora, uma nova personagem era apresentada em outro papel pardo e representava uma mulher “saudável”, e dessa vez as mulheres precisavam elencar o que elas precisariam para estarem com as necessidades sanadas.

Para finalizar a oficina, havia sido programada uma roda de relaxamento breve, porém por questão de tempo não foi possível realizá-la. Assim, foi encerrada com um agradecimento a todas as participantes e o compromisso de retorno dos resultados da pesquisa, assim como da construção de ações para melhorias dos problemas levantados. A sistematização da oficina está descrita no **Apêndice B**.

Como produto desta oficina, pretende-se produzir um vídeo com o objetivo de divulgá-lo amplamente e utilizá-lo em outros espaços. A perspectiva é que o vídeo produzido a partir da oficina temática se torne uma ferramenta para proporcionar uma maior aproximação entre a academia e a sociedade civil, podendo, assim, ser utilizado em espaços como os da educação (cursos, escolas, programas de residência, entre outros) e dos serviços de saúde, a fim de viabilizar e disparar a discussão sobre as necessidades de saúde da mulher moradora da favela e sobre como elas têm se relacionado com os serviços de saúde oferecidos.

A proposta é, após a organização do vídeo, realizar um novo encontro para apresentá-lo às mulheres que participaram da pesquisa, a fim de que deem sugestões de melhoria, de modo que possa ser reestruturado antes de ser divulgado amplamente. Para isso, todas as participantes da oficina serão informadas e deverão autorizar a organização do vídeo através do Termo de Autorização de Imagem e Voz – **Apêndice E**. Mesmo com a autorização das participantes, não serão utilizadas imagens de vídeo, nem áudios, que possam causar qualquer tipo de constrangimento ou oferecer riscos aos sujeitos da pesquisa. A equipe do LTM, à que este estudo se integra, tem longa experiência no tratamento de vídeos e imagens em seu trabalho em favelas, prezando por sua credibilidade junto às mesmas. Por isso, mesmo com a autorização do participante, quando é avaliado que algum depoimento pode trazer risco a ele, não faz uso do referido depoimento. Quando faz uso de algum relato em áudio ou vídeo em que se está em dúvida quanto ao risco para o participante, submete o registro à nova aprovação do participante. Por isso, após a análise das gravações e vídeos que serão selecionados para originar os produtos públicos, os participantes serão contatados novamente para terem acesso ao produto final e avaliarem se existe alguma informação as quais não queiram que seja exposta. Somente apenas após essa nova avaliação que o produto será publicizado.

A primeira versão desse vídeo foi organizada, entretanto a oficina para apresentá-lo às mulheres, e a construção da segunda versão, ainda não pôde ser realizada devido à pandemia de covid-19.

Quarto momento: Entrevistas Abertas

As entrevistas abertas foram realizadas com o objetivo de alcançar de forma aprofundada as temáticas discutidas na oficina, contribuindo para ampliar a compreensão sobre as experiências e necessidades das mulheres da Rocinha. Como refere Duarte (2004), a entrevista permite coletar informações sobre o modo como cada sujeito da pesquisa compreende a sua realidade, permitindo ao pesquisador entender melhor as relações estabelecidas no grupo. Desta forma, as entrevistas foram realizadas com as mulheres convidadas para a oficina e que não puderam participar por questões pessoais e/ou outros compromissos no dia.

No caso da entrevista aberta, o pesquisador expõe uma questão ou um tema inicial e o entrevistado tem a opção de, na sua fala, abranger diferentes âmbitos, como experiências pessoais, elementos históricos, sociais ou outros, e o entrevistador precisa ter o cuidado de observar alguns aspectos não-verbais que podem ser essenciais para o entendimento e validação do que está sendo exposto. Assim, inúmeras formas de expressão como gestos, entonações, hesitações e outros aspectos da comunicação não verbal são importantes de serem captadas pelo pesquisador para o alcance do que está sendo dito (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Para a etapa de coleta de dados realizados por meio das entrevistas abertas, foi realizado contato telefônico, pela pesquisadora, com as mulheres indicadas para a participação da oficina e que não puderam ir. Foi explicado novamente sobre os objetivos da pesquisa e o convite para esta etapa do estudo. Para as mulheres que aceitaram a participação, as entrevistas foram agendadas, sendo realizadas um total de dez entrevistas no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020.

O roteiro da entrevista aberta utilizado encontra-se no **Apêndice A**, sendo a ferramenta utilizada nesta etapa para o alcance dos objetivos deste estudo, visto que proporcionaria um espaço adequado e individualizado para que os sujeitos se sentissem à vontade para expor seus conhecimentos e experiências. Como aponta Poupart (2008), a entrevista aberta proporciona o máximo de liberdade para que os sujeitos entrevistados discorram sobre o tema a ser investigado e por isso auxiliam a minimizar os riscos de uma estruturação prévia do discurso, os quais são mais fáceis de ocorrer nas entrevistas estruturadas.

Para efetivação das entrevistas, foi agendada a data e horário, a partir do contato telefônico prévio feito pela pesquisadora, em local de preferência da mulher entrevistada

(podendo ser na sua residência ou outro local da comunidade escolhido por ela), desde que fosse possível garantir um espaço sem interferências externas que pudessem comprometer o andamento do processo da entrevista. Antes do início do diálogo entre a entrevistada e a entrevistadora, foram explicados novamente, com detalhes, os objetivos e etapas da pesquisa, além da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está no **Apêndice C**, e solicitação da assinatura da entrevistada, caso concordasse com o termo e desejasse colaborar com a pesquisa.

Para auxiliar na identificação das entrevistas, no começo de cada uma foi gravada uma espécie de matrícula, constando alguns dados como número da entrevista, data e hora. Foram gravadas em gravador comum, próprio da pesquisadora, e tiveram duração variante entre cerca de vinte minutos a mais curta, e de quase duas horas a mais longa, onde foram abordados todos os itens do roteiro, em cada uma das entrevistas, conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro 2: Duração das entrevistas

| Ordem das Entrevistas | Duração (horas, minutos e segundos) |
|------------------------------|--|
| Entrevista Mulher 1 | 00:21:37 |
| Entrevista Mulher 2 | 00:33:01 |
| Entrevista Mulher 3 | 00:28:12 |
| Entrevista Mulher 4 | 00:22:47 |
| Entrevista Mulher 5 | 00:25:42 |
| Entrevista Mulher 6 | 01:38:40 |
| Entrevista Mulher 7 | 00:50:09 |
| Entrevista Mulher 8 | 00:41:19 |
| Entrevista Mulher 9 | 00:58:42 |
| Entrevista Mulher 10 | 01:01:29 |

Todos os áudios, tanto os das entrevistas como os da oficina, foram arquivados e transcritos para posterior análise dos dados e seguimento da pesquisa.

5.4 APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES:

Um ponto que precisa ser ressaltado aqui é que os nomes dados às mulheres que participaram da pesquisa são fictícios e, levando em consideração a abordagem feminista deste estudo, objetivou-se que esses nomes fictícios tivessem representação através de nomes de mulheres feministas conhecidas, que desempenharam papéis importantes em suas trajetórias de vida ou ao longo da história de luta por direitos das mulheres no Brasil e no mundo.

Neste sentido, para conhecer as protagonistas deste estudo, que através do compartilhamento de seus saberes, afetos e experiências de vida trouxeram inúmeras reflexões para que essa pesquisa fosse realizada, apresento abaixo dois quadros, que mostram de maneira bastante breve e resumida um pouco do perfil dessas mulheres, o qual irão conhecer melhor ao longo das discussões deste estudo.

Quadro 3 – Perfil das mulheres da Oficina

| MULHERES OFICINA | IDADE | RAÇA/COR | ESCOLARIDADE | OCUPAÇÃO | ESTADO CIVIL | NÚMERO DE FILHOS | TEMPO DE MORADIA NA ROCINHA | FREQUENTE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DA ROCINHA |
|------------------|-------|----------|--------------------|---------------------------|--------------|------------------|-----------------------------|---|
| Elza | 47 | Preta | Ensino Fundamental | Do lar | Casada | 2 | 47 anos | Sim |
| Nísia | 61 | Parda | Ensino Médio | Aposentada/ Costureira | Divorciada | 6 | 45 anos | Sim |
| Carlota | 67 | Branca | Ensino Médio | Costureira | Solteira | 5 | 38 anos | Sim |
| Chiquinha | 55 | Preta | Ensino Superior | Bibliotecária | Casada | 3 | 20 anos | Apenas UPA em caso de emergência |
| Zilda | 57 | Preta | Ensino Médio | Aposentada | Casada | 2 | 57 anos | Sim |
| Frida | 54 | Preta | Ensino Médio | Aposentada | Divorciada | 1 | 44 anos | Sim |
| Tarsila | 56 | Preta | Ensino Fundamental | Cuidadora e cabelereira | Solteira | 1 | 13 anos | Sim |
| Raimunda | 58 | Parda | Ensino Fundamental | Doméstica | Divorciada | 2 | 40 anos | Sim |

Quadro 4 – Perfil das mulheres entrevistadas

| MULHERES | IDADE | RAÇA/COR | ESCOLARIDADE | OCUPAÇÃO | ESTADO CIVIL | NÚMERO DE FILHOS | TEMPO DE MORADIA NA ROCINHA | FREQUENTE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DA ROCINHA |
|----------|-------|----------|--------------------|-----------------------------------|--------------|------------------|-----------------------------|---|
| Carolina | 34 | Preta | Ensino Superior | Produtora de eventos | Solteira | 1 | 34 anos | Apenas UPA em caso de emergência |
| Mietta | 67 | Branca | Ensino Fundamental | Aposentada/ costureira | Solteira | 10 | 39 anos | Clínica da Família |
| Rose | 62 | Parda | Ensino Fundamental | Serviços Gerais | Casada | 3 | 40 anos | Clínica da Família |
| Leila | 40 | Branca | Ensino Superior | Professora de Educação Física | Solteira | 0 | 40 anos | Clínica da Família |
| Ângela | 19 | Preta | Ensino Médio | Servidora comissionada do Estado | Solteira | 0 | 19 anos | Apenas UPA em caso de emergência |
| Simone | 47 | Branca | Ensino Superior | Desempregada | Solteira | 1 | 47 anos | Clínica da Família |
| Dandara | 37 | Preta | Ensino Superior | Gerente de Loja | Estável | 2 | 27 anos | Clínica da Família |
| Bertha | 43 | Branca | Ensino Superior | Recepcionista | Solteira | 1 | 43 anos | Clínica da Família |
| Patrícia | 45 | Preta | Ensino Médio | Coordenadora de gestão de impacto | Casada | 2 | 30 anos | Apenas UPA em caso de emergência |
| Celina | 58 | Branca | Ensino Superior | Auxiliar Administrativa | Viúva | 2 | 48 anos | Clínica da Família |

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A fase da análise dos dados refere-se ao tratamento do material e, segundo Teixeira (2003), a teorização sobre os dados coletados permite o confronto entre a abordagem teórica e o que a investigação no campo sugere de singular, contribuindo para a pesquisa.

A análise dos dados foi realizada no decorrer e após a pesquisa de campo, sendo sistematizados regularmente cada dado coletado durante a pesquisa. Ela teve início com a transcrição da oficina e das entrevistas na íntegra, assim como a conservação das gravações e recursos audiovisuais. Ainda que a transição do material oral para o escrito tenha sido realizada pela mesma pesquisadora que realizou as entrevistas e a oficina, as impressões que surgiram acerca dessas atividades também foram registradas, contribuindo para a produção acadêmica.

Em seguida, foi realizada uma análise mais detalhada dos dados obtidos, relendo as transcrições do material da oficina e de cada entrevista para levantamento dos dados pertinentes. Os dados foram sistematizados e sintetizados em quadros, conforme as categorias de análise que surgiram. Foi realizada uma análise interpretativa dos dados, com o objetivo de encontrar as respostas para o problema do estudo.

Os dados obtidos por meio da realização da oficina e das entrevistas foram analisados pela técnica de análise temática de conteúdo. Segundo Bardin (1979, p. 105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado”. Assim, a análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p. 105).

Para o autor mencionado acima, existem três etapas para a realização da análise: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados/interpretação. A primeira etapa diz respeito a uma leitura mais atenta e compreensiva do material. Em seguida, a realização de uma exploração do material com a distribuição dos trechos por classificação e, por último, elaboração da síntese interpretativa.

Na fase de exploração do material, que constituiu a segunda etapa da análise dos dados, o material transcrito da oficina e de cada entrevista foram sistematizados individualmente em quadros que continham as primeiras grandes categorias de análise. Dentre elas, pode-se ressaltar uma categoria temática original do estudo, ou seja, aquela que já se esperava com a pesquisa – necessidades de saúde – e categorias que dizem respeito às experiências de vida e à situação de saúde das mulheres, as quais deram origem a outros dois grandes blocos de temas para análise – território e gênero. Além dessas, uma

outra categoria temática surgiu, sendo classificada como “redes de apoio”. É verdade que algumas dessas categorias parecem estar fortemente relacionadas aos roteiros da oficina e entrevistas, entretanto não são definidas apenas a partir destes.

Em função da grande quantidade de material adquirido na pesquisa, essas grandes categorias temáticas foram subcategorizadas para melhor interpretação dos dados e resultados. Desta forma, as experiências de vida das mulheres traziam narrativas sobre suas “situação de saúde”, que foram divididas em dois blocos: “território”, que contemplou questões referentes à topografia, saneamento, violência armada e preconceito; e o bloco da categoria “gênero”, que contemplou questões relativas ao trabalho doméstico não pago; violência doméstica; casamento e maternidade; e saúde mental. As “necessidades de saúde” também foram categorizadas entre “necessidades de boas condições de vida”; “necessidades de ações pelo Estado” e “necessidades dos serviços de saúde”. E a categoria “redes de apoio”, que contemplou também algumas estratégias de resistência e lutas.

Assim, na terceira fase, que é referente ao tratamento e interpretações dos resultados, os núcleos de sentido que surgiram foram organizados de modo que as discussões temáticas pudessem ser articuladas com o referencial teórico, com as experiências trazidas pelas mulheres no campo e com as observações e interpretações da pesquisadora e autora deste estudo, e serão expostos na seção de resultados e discussões desta dissertação.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e foi conduzida conforme as normas das Resoluções 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os sujeitos participantes da pesquisa receberam instruções, através da comunicação clara e acessível, a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado por aqueles que aceitaram participar, podendo, por sua vez, retirar o seu consentimento a qualquer momento, se assim desejassem.

A participação dos sujeitos na pesquisa foi por livre e espontânea vontade dos envolvidos e em hipótese alguma ocorreu qualquer tipo de constrangimento a aqueles sujeitos que não quiserem participar. O TCLE foi explicado e entregue aos sujeitos no início de cada entrevista e na oficina realizada. O mesmo foi assinado em duas vias, com rubrica em todas as páginas, sendo uma entregue ao participante e a outra ficando com a

pesquisadora. Tanto a oficina como as entrevistas foram realizados em local de fácil acesso e de conveniência para as participantes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 EXPERIÊNCIAS DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES NA ROCINHA

Analisar a situação de saúde das mulheres na Rocinha, em um esforço de maior compreensão de suas necessidades e desafios, bem como de suas visões a respeito dos serviços de saúde, exige antes de tudo uma aproximação com sua experiência social e percurso de vida. Tradicionalmente, imaginava-se que a ciência trazia um conhecimento seguro e capaz de controlar e dar respostas ao mundo natural. O conhecimento técnico e o método científico podiam se sobrepor à natureza, logo, as experiências do senso comum e as habilidades que alguns povos usavam para viver e realizar suas atividades não eram consideradas. Hoje, entende-se que a ciência lida com incertezas, em escalas locais ou globais, e com dilemas políticos, que ela não é capaz de solucionar sozinha. Desta forma, a ciência tradicional nem sempre fornece elementos teóricos bem fundamentados para prever situações novas que possam aparecer, observando-se a necessidade de respostas vindas da “sociedade”. Para isso é preciso uma nova forma de enriquecer as pesquisas, incluindo uma prática que leve em consideração os apontamentos levantados pela sociedade (FUNTOWICZ; RAVETZ, 1997).

Thompson (1981) acredita na potencialidade da categoria experiência de vida como produtora de conhecimento, destacando que a entender significa compreender o diálogo determinado pela historicidade e pelo fenômeno social. O autor ainda refere que através da experiência os sujeitos definem e redefinem suas práticas e pensamentos, a qual não é só pensada, mas também sentida pelos indivíduos.

As experiências de grupos sociais ocorrem a partir das suas condições de vida, sendo necessário tomar cuidado para não se restringir a este conceito, que se refere à realidade de um grupo com uma situação socioeconômica determinada. Essa realidade influencia, portanto, o aparecimento ou agravamento de problemas de saúde e diz respeito à maneira como os atores envolvidos atuam e buscam formas de enfrentar esses problemas, sendo fundamental compreender como os sujeitos experimentam essas condições. Assim, o conceito de experiências de vida parece mais amplo do que condições de vida, pois leva em consideração os processos históricos, a cultura, o cotidiano e a visão de mundo, os quais são vivenciados pelos grupos sociais, possibilitando uma análise da sua realidade e alternativas para sobreviverem a ela (OLIVEIRA; VALLA, 2001).

A partir desta perspectiva, Thompson (1981) comenta que as experiências de vida devem levar em conta a “consciência afetiva e moral”, ou seja, a cultura, os valores e a religião dos envolvidos. Neste sentido, Cunha et al. (2018) reforça que a categoria experiência não deve estar reduzida às visões e vivências dos sujeitos, e sim ser entendida como produtora de saberes, que podem ser potentes tanto para as respostas dos problemas como para as iniciativas coletivas, e considerar esses saberes não significa apenas ter uma escuta qualificada do popular, mas sim compreendê-lo. Afinal, fazer esse diálogo com os moradores de determinado território significa dialogar também com sua cultura, sendo possível, assim, compreender as respostas sociais que os moradores encontram para seus problemas, os quais em grande parte das vezes os profissionais não conseguem perceber.

Para Porto et al. (2016), a ideia da experiência e do seu entendimento como sendo um dispositivo capaz de expressar os modos de vida e o contexto dos territórios mostra-se primordial para desvendar os processos de construção do espaço e da produção social, assim como a elaboração de políticas públicas que ajudem a solucionar os problemas de saúde das populações vulnerabilizadas. Essa visibilização favorece a produção do conhecimento de maneira dialógica e promotora de autonomia dos indivíduos e grupos envolvidos, tanto na investigação como na intervenção.

Por isso, ao realizar este estudo, tanto na oficina realizada como nas entrevistas, a dimensão da experiência foi colocada, sendo que nas últimas o roteiro incluiu uma questão relativa às trajetórias de vida das mulheres. Na oficina, os relatos se deram de forma espontânea em função da discussão de determinado tema, como o acesso aos serviços ou mesmo a avaliação de sua qualidade. Quanto à entrevista, uma vez que ela é realizada individualmente, sem que elas estejam em relação com as outras pessoas, e por terem mais tempo para se colocar, as mulheres puderam relatar mais amplamente seus percursos de vida, estabelecendo relações com suas situações de saúde. Em diálogo com as contribuições de Thompson (1981), pode-se compreender que a experiência traz um conjunto de elementos, como a singularidade do sujeito, o território e seus determinantes e condicionantes como classe, raça e gênero, os quais auxiliam na compreensão sobre as formas de opressão e lutas populares e, para compreender melhor esses elementos, é necessário permitir que apareçam temas sensíveis, como sofrimento, angústia, tristeza, e demais sentimentos que causam impactos na saúde.

Desta forma, as mulheres que participaram do estudo levantaram um leque de questões que, na análise dos dados, foram sistematizadas de acordo com categorias apresentadas e discutidas adiante. Neste primeiro momento, iremos nos aproximar de

duas grandes categorias que se apresentaram bem evidentes: Território e Gênero. Ambas ocuparam um lugar de destaque, uma vez que as questões de gênero e dimensão do território surgiram em 100% e 90% das narrativas das mulheres, respectivamente.

6.1.1 O território

O território da Rocinha apareceu nas narrativas das mulheres como um elemento de destaque durante a realização da oficina, quando se referiam a sua experiência social e sua situação de saúde. Foram várias as ocasiões em que as falas das participantes incluíam “aqui na Rocinha”, para contar alguma experiência ou ao analisar sua situação de saúde. De certa forma, não é um dado surpreendente uma vez que a oficina é uma situação relacional, onde todas estão unidas pelo fato comum de viverem na localidade. Além disso, o território assumiu um papel central no roteiro da entrevista, sendo recorrente nos depoimentos das mulheres, quando relataram sua experiência.

As histórias de vida das mulheres da Rocinha se assemelham muito, em diversos aspectos, dentre eles, as narrativas sobre a migração do nordeste para a Rocinha em busca de melhores condições de vida. Patrícia, por exemplo, relata que nasceu no interior da Bahia, onde casou e teve uma filha aos dezesseis anos, deixando a filha com a mãe para viver no Rio de Janeiro. “Vim em busca de emprego, de melhor condição de vida”, ela conclui. Já Celina, veio da Paraíba e destaca que a realidade na Rocinha é muito diferente e difícil de se acostumar, especialmente com a casa, “porque a gente morava numa casa grande de catorze cômodos e aqui, (...) na Rocinha, a gente veio morar em um barraco de madeira, um quarto, sala, cozinha, banheiro”, justifica.

Deixando suas terras de origem, estas mulheres saíram de condições de vida ainda mais difíceis, no interior do Brasil, e trazem aspectos positivos em relação a vida na Rocinha, como, a criação de laços afetivos importantes e os conhecimentos que adquiriram sobre a região. “Ah, eu amo a Rocinha. Amo esse lugar. Esse lugar é muito bom. Assim, como faz tempo que eu moro, eu tenho muito conhecimento, né? Então é muito bom morar aqui”, Mietta observa. O tempo de moradia, implicando em relações tecidas ao longo dos anos, é uma razão para não desejar deixar o local, como também destaca Nísia:

Eu sou mais apegada, tenho anos de Rocinha, e eu não consigo ir embora da Rocinha. Não consigo me separar daqui. Esse lugar é tudo de bom, né? As mulheres... as crianças que a gente vê crescendo.

Algumas vezes, o desejo de deixar a Rocinha vem junto com a valorização da vida no território. Simone, por exemplo, destaca que apesar de querer sair da Rocinha, não

quer deixar de manter as relações com esse território através de seus trabalhos artísticos e culturais, justificando que a Rocinha traz muitos ensinamentos.

Espero um dia poder sair (...) não porque eu odeio a Rocinha, não é isso... É porque, eu acho que tudo tem seu tempo. É sair de morar, né? Porque eu vou continuar fazendo os trabalhos normalmente, como eu sempre fiz. A Rocinha é uma lição de vida! Quando você acha que você está numa situação complicada, que você não vai se levantar, você vê uma outra pessoa pior do que você... e aí você olha para aquela pessoa e fala: “Meu Deus, como aquela pessoa consegue?” E aí você se olha e pensa: “eu acho que tô reclamando demais”. **(Simone)**

No início de sua ocupação, a Rocinha era uma região rural, que recebeu muitos migrantes, principalmente nordestinos, e isso influenciou bastante a dinâmica deste lugar. Algumas entrevistadas relataram que os conflitos armados já existiam, mas lembram com saudade da sua infância na localidade. Citam as mudanças que aconteceram no local em função da vinda das famílias nordestinas para a região, destacando que ainda há uma “solidariedade nordestina” que reforçam os laços e as redes de apoio e afeto.

Eu tive uma infância muito saudável, né? Brinquei bastante num sítio...porque aqui, onde eu moro, antes era sítio né? E aqui tem cachoeira, né? Aqui tem um campo de futebol. Tínhamos muitas árvores frutíferas, brincávamos de pé no chão, né? Não ficávamos presos a televisão, a tecnologia. Então foi uma infância muito saudável e a adolescência também. (...) Apesar dos conflitos, né? Que sempre existiu! Que é além da nossa da nossa alçada, né? Infelizmente! **(Leila)**

A Rocinha cresceu muito e virou meio que um bairro mais operário, né! As pessoas vêm pra dormir e trabalhar. Mas antes, não era assim. Antes desse “bum” imobiliário que teve dos anos 2000 pra cá, tudo era uma família. (...) Muitas vezes, em um prédio só, morava uma família toda. (...) Agora, aluga para as pessoas, entra gente, sai gente... não criou-se mais os laços. Mas ainda tem um pouco disso aqui... essa coisa da solidariedade nordestina. Eu acho muito interessante. **(Simone)**

A Rocinha poderia tá melhor, mas tá piorando cada dia mais, (...) porque vem muitas pessoas de fora, imigrantes de outros estados do Brasil para a Rocinha. Então, eles chegam aqui, eles são estrangeiros. Eles não conhecem a Rocinha, eles não sabem como lutar pelos seus direitos (...) e vão se acomodando. **(Tarsila)**

Como já abordado anteriormente, o território da Rocinha é muito heterogêneo, inclusive no que diz respeito às construções. Apesar de existirem vielas extremamente estreitas; casas com esgoto passando a céu aberto nas portas, com apenas um cômodo, sem ventilação e até mesmo de madeira; ainda há regiões aonde o verde – ou pelo menos parte dele – é preservado, existindo também casas maiores, em melhores condições estruturais. Todavia, correm risco de sofrer modificações devido as construções ao redor, sendo apontado através dos relatos das mulheres, consequências ruins em relação a esse crescimento. Dandara, durante a entrevista em seu quintal, mostrava-se angustiada, por causa quantidade de prédios e construções que estavam se erguendo ao redor de sua casa.

Não existia isso aqui... esse prédio com sete andares, é novo! Esse outro prédio aqui ó, de quatro andares (...). Isso aí, é de cinco anos pra cá! Então, você imagina a saúde dessa população, a água desse povo, como é que não tá? A contaminação da água... porque a água em si, é limpa, mas eles, mesmo fazendo a encanação, quando chega na nossa casa tá contaminada. (...) O problema aqui é a densidade demográfica! Muita gente por metro quadrado. Você imagina um negócio desse? É um caos, cara! (...) Eu acho que a gente perdeu muita qualidade de vida, por essa densidade populacional muito grande! Você não tem um espaço pra respirar. Onde eu moro aqui, é uma exceção, né! A gente tem um quintal, uma pitangueira, mas eu e meu esposo lutamos muito pra não derrubarem essa pitangueira, pra não derrubar essa goiabeira, quando foi ampliar as casas. Aí os mais velhos ficaram meio assim, mas entenderam... hoje em dia eles entendem mais, quando tá aquele verãozão e tem uma sombra... quando o pé começa a dar goiaba. começa a dar pitanga. **(Dandara)**

Uma das consequências deste padrão de construção, onde as pessoas constroem de acordo com suas possibilidades, seguindo uma lógica que obedece a necessidade de estar perto da família e amigos, é a topografia da Rocinha. Ela possui uma característica bastante singular, que afeta diretamente a vida das moradoras. Grande parte do território da Rocinha é composto por escadas, a maioria irregulares, com degraus bem altos e estreitos e esta é uma característica bem notável a qualquer pessoa que se aventure a caminhar nesse território. Para os idosos, crianças, pessoas com dificuldades de locomoção o território apresenta desafios ainda maiores em relação à mobilidade. Patrícia destaca: “eu não vejo muito idoso circular... idoso, deficiente, mas eles existem! Só que são escondidos em casa por conta dessa mobilidade”. Ela sinalizou a preocupação com a sua saúde no futuro, e o quanto sua saúde já é afetada pela topografia, explicando a razão das irregularidades na pavimentação:

Eu acho que eu subo muito escada e isso afeta as minhas articulações. (...) acabam prejudicando a saúde. (...) Eu tenho lesão patelar nos dois joelhos. E eu tenho muita dificuldade de locomoção por conta disso, e assim, a escada existe... só que ela é construída de forma irregular, porque o morador prioriza a construção da sua casa. E aí o que sobra de material, ele vai construir o acesso né? (...) Não tem lugares que você anda na Rocinha que a escada não seja irregular. Ela sempre vai ser irregular. (...) porque é próprio morador que construiu com o material que sobrou. Ele tem que priorizar a casa e aí o que sobra do concreto, ele coloca ali. (...) Acaba que o poder público também não atua na área, que a gente sabe disso, da estrutura do local. E eu acho que principalmente, a minha mobilidade é afetada pelo local, por morar na favela e ter essa falta de acesso a tudo. **(Patrícia)**

Para chegar a sua casa, Patrícia precisa subir uma escada, uma rampa e ainda uma outra escada. Por isso, mesmo tendo casa própria, ela quer se mudar e avalia: “eu só penso assim: quando eu ficar mais velha, não consigo morar aqui, né?”. Contudo, as dificuldades de locomoção afetam não só idosos e deficientes – impossibilitando-os do seu direito de ir e vir, inclusive de chegar até os serviços de saúde –, também afetam as mulheres sem problemas físicos de saúde, que no seu dia a dia carregam sacolas de mercado, bolsas,

mochila dos filhos, crianças pequenas, ou ainda quando estão grávidas e sozinhas para realizar todas essas atividades. Além disso, devido à dificuldade de acesso a alguns serviços que não chegam na casa de todos, como, a água ou coleta de lixo, essa locomoção é ainda mais prejudicada, pois precisam carregar água para casa ou sacolas de lixo até o local adequado de coleta.

Eu moro bem lá no alto. É bem alto assim, tem que subir, subir... Tipo assim, é uma coisa árdua, né! Você sobe com bolsa, filho, quando tá grávida. Tudo isso acaba te influenciando no teu físico, na tua saúde, entendeu? (...) Essa questão das dificuldades da falta de água... você tem que carregar água, tem que ser... acaba tendo que ser essa mulher forte! **(Bertha)**

Ser humano sem saúde, não pode nem morar no morro... por que como que é, que ele vai subir uma rampa? Como é que ele vai subir uma escada? Sem saúde, né? É isso! **(Dandara)**

Na verdade, nenhum morador de favela tem uma saúde 100%, porque falta muita coisa pra as pessoas que moram na favela. Você não tem saneamento básico, você vai ao shopping e você tem que passar pelo esgoto, você tem que pisar mesmo na vala, onde você passa e os ratos estão passando. Você tem que ir vivendo com todas aquelas mazelas. (...) A gente costuma brincar que a gente tem muita “vitamina S” ne! A vitamina S da “sujeira”, tá presente no morador de favela, então, às vezes a gente não vai pegar uma micose, mas quem vem de fora e não mora da favela, vai pegar se andar de pés descalço na rua e a gente cresce assim, ne? **(Carolina)**

As entrevistadas reconhecem que, ao longo do tempo, alguns problemas de saúde podem aparecer de formas discretas e imperceptíveis, pois existem influências, mesmo que indiretas, dessas condições – ou melhor, dessa falta de condições dignas de vida. Elas reconhecem que as pessoas que vivem na favela “se acostumam” a viver nessas condições precárias.

Você, vindo da escola ou do trabalho e pisando naquela água de chuva, naquele esgoto, você não tem jeito... você tem que passar... aí daqui a pouco você tá doente e aí acaba sendo um sintoma leve, não é nada grave, você acaba se automedicando muitas vezes, né? (...) Então, eu acho que é isso. A gente (...) acaba criando uma certa resistência, e eu acredito que a gente vai descobrir as consequências disso, muito mais na frente, porque quando você é jovem, você é novo, você não sente tanto, né! E aí, com o passar da idade que vai avançando, os problemas de saúde vão aparecendo. E se você for investigar, tudo tá relacionado, mas a gente acaba tipo... vai fazer o que? É aonde você tem pra morar, é aonde o aluguel dá pra você morar, entendeu? Infelizmente é assim, mas a gente vai na luta. **(Carolina)**

Contudo, as mulheres destacam que a grande precariedade do território, no que se refere à infraestrutura urbana, ainda que enfrentada por elas cotidianamente, não é algo natural. Como avalia Ângela, “as pessoas se acostumaram a viver dessa forma, mas que eu sei que isso não é saúde”. Essa questão de se acostumar a viver com o que não é normal, traz problemas de saúde principalmente quando a violência é abordada. Os relatos

indicam como a saúde mental das moradoras é influenciada por situações cotidianas, a violência armada, por exemplo.

A gente nasceu numa favela, né! Eu vivo numa favela até hoje. Então, talvez, coisas que eu tivesse me acostumado não fossem coisas normais. Eu moro com a minha avó, só que a minha mãe mora com meus dois irmãos do outro lado da favela. Aqui na nossa rua eu vejo gente armada, mas meus irmãos têm um contato muito mais direto, porque são becos, não tem outro caminho pra você fazer. Eu passo até um pouco distante, eu posso desviar e ir por outro beco que não vai ter uma boca de fumo, mas eu cresci com isso. Então o medo tava do lado, eu tava fingindo que nada tava acontecendo ou pra mim era só normal. (...) Eu era só uma criança que não tava entendendo de ver fuzil, de ver cara embalando droga e não ter noção assim... que aquilo tava afetando minha saúde, minha saúde mental, enfim emocional. **(Ângela)**

Eu acho que a gente tem uns medos, né! E eu acho que quem mora, com o lugar aonde a gente mora, eu não digo só em favela, mas numa cidade, hoje em dia tá muito violenta, mas especialmente dentro das favelas... há um grande medo! (...) Eu acho que a violência, ela me tira um pouco a minha saúde! Me desestabiliza, me deixou com pressão alta. **(Celina)**

Ao explicar sobre como a violência armada influencia no seu estado de saúde, Celina chora lembrando de uma intervenção na Rocinha, realizada pelo Estado, que ocorreu há alguns anos, quando seus filhos eram pequenos, e a que fez desenvolver síndrome do pânico – até hoje ainda sofre com isso.

O exército parou em todos os cantos das favelas e tomou a cidade (...) Aqui na Rocinha, eles fecharam tudo. Na Estrada da Gávea, o Exército entrou pra “fazer a limpeza”, que eles diziam, mas trouxeram um canhão. (...) Então, quando eu desci pra pegar meus meninos, porque o ônibus não subia, eu me apavorei muito de ver um canhão dentro da Rocinha. Nossa, aquilo pra mim foi assim... eu voltei pra casa estagnada. Eu fiquei quinze dias dentro de casa com medo terrível e isso me deixou doente. Aí eu fiquei com síndrome do pânico e tive que cuidar, eu tenho fobia até hoje. Eu tenho medo horrível, quando começa qualquer movimento de explosão, de qualquer coisa assim mais violenta. **(Celina)**

Ela relata ainda que, pela proximidade das construções, têm medo de situações que podem fazer grandes estragos no território, como a violência armada e desastres ambientais como chuvas fortes e, que apesar de não morar nas piores áreas da Rocinha, tem medo pelos familiares e amigos residentes nas áreas de risco.

Eu vejo assim, como se a Rocinha fosse muito pequena, porque é tudo muito junto... e que qualquer coisa é um desastre. Assim, como nas chuvas que caiu, né? Que as coisas aqui estão tudo muito próximas, né! O crescimento das casas, a falta do saneamento, então tudo tá tudo muito ruim, e tudo muito em excesso e aí a gente, quando tem alguma coisa, algum acidente, ou alguma tragédia, é pra ferir. Minhas amigas até brincam comigo que eu moro na Zona Sul da favela, porque eu moro na estrada da Gávea, mas não me tira a consciência de que eu tenho amigos, parentes, né? E eu tenho a família do meu marido, que mora nas áreas mais críticas, de chuva, de violência, de poder bélico na porta. Então isso tudo me traz aflição. Não dá pra ser tão leviana de “tá, eu tô bem” e deixar o outro, né? **(Celina)**

Além da violência armada, a entrevistada enfatiza os outros tipos de violência vividos por quem mora na favela: “eu digo pra você assim... que é a violência em tudo, né? Não é só a violência da arma, mas a violência da falta dos direitos, né!” (Celina). A questão da ausência de direitos da população, sobretudo dos moradores de favelas, explicitada regularmente pelas lutas das favelas e periferias no Brasil, é destacada no depoimento de algumas mulheres, como, Ângela. Apesar de achar que a Rocinha é um território “privilegiado”, pois está localizado na Zona Sul do Rio de Janeiro, permitindo o acesso facilitado a outros bairros da cidade, ela afirma que o território continua tendo uma das principais características de uma favela: a ausência de direitos, o que tem impacto direto sobre a situação de saúde.

Eu acho que, enquanto o território a gente é muito privilegiado pelo lugar que a gente está localizado, assim, tipo, São Conrado, Leblon. Assim, é um espaço pra acessar, muitos lugares. Só que eu acho que é uma favela. Falo favela mesmo que a gente não tem vários direitos, né? Que eram para serem garantidos!! (...) Pensar que talvez a gente não pudesse sair de casa um dia, porque tava tendo tiroteio. E aí eu me privei de ter lazer... Pensar que um dia eu não sai pra ir pra escola, e eu me privei da educação... Pensar que eu perdi agora no ensino médio, no meu primeiro ano, eu repeti o primeiro ano. Eu perdi (...) os dois últimos bimestres desde que a gente começou essa guerra na Rocinha, em 2017, e aí eu perdi muito tempo da escola. Então tudo isso tem ação direta assim na minha trajetória. Tem ação direta na minha saúde atualmente. Tudo que eu trato hoje obrigatoriamente, em relação a saúde, tem a ver com essa trajetória assim... de ser uma mulher favelada!! (Ângela)

Neste relato, Ângela relembra a situação de confronto ocorrida em 2017, quando uma nova facção invadiu o território e os conflitos armados eram constantes, gerando um sofrimento muito grande em toda população. Serviços de saúde e escolas da região frequentemente ficavam sem funcionar, aumentando o sofrimento dos moradores. Uma reportagem do jornal *Extra* refere que 80% dos 90 alunos moradores da Rocinha que faziam um curso de pré-vestibular comunitário, perderam a prova do vestibular da UERJ, pois, devido ao confronto, não puderam sair de casa, o que trouxe sentimento de tristeza, raiva e indignação (SOARES, 2017). Essa situação da ausência dos direitos também se apresenta no depoimento de Simone, que diz que viver na Rocinha é “viver na carne”. Porém, traz um aspecto positivo em relação ao acolhimento mútuo de solidariedade entre os moradores.

Aqui, é viver a vida na carne! É a dificuldade da água, da luz, dificuldade do silêncio, a dificuldade de lidar com as próprias pessoas as vezes, apesar da Rocinha ter essa coisa do acolhimento, né? Do vizinho sempre olha o filho do outro... dá pouquinho de açúcar, arruma um pouquinho de café... muitas vezes tem essa coisa da solidariedade! (Simone)

Uma outra questão importante referente a ausência de direitos desta população, envolve a discussão de como o Estado se posiciona em relação a isso. Afinal, ao mesmo

tempo em que é o responsável por essa ausência de direitos, culpabiliza os moradores de favelas por buscarem formas alternativas de terem acesso a serviços que o Estado mesmo não oferece, ou oferece de maneira precária e insuficiente, como, o acesso a água ou luz.

A gente anda e a gente vê que não tem saneamento básico. Você vê que o poste, ele quase cai de tanto fio agarrado, porque a Light, ela bota um fio novo, mas ela não tira o velho. Isso é um absurdo! Você entra num beco e você vê que tem um cano d'água amarrado no cano de eletricidade. Então assim, são coisas que é assim, descaso, né! Porque eles dizem que não pode construir assim, não pode construir ali, mas não tem fiscalização. Fica desordenado, porque as pessoas têm necessidades, né?! Tem a necessidade de morar, de construir! Mas se tiver um limite, um gabarito que fosse respeitado, se tivesse lei que funcionasse para todos, o pessoal ia se adequar. Mas deixa correr frouxo. E aí depois vem a cobrança, né?! Aí, eu acho que favorece eles, né?! Acho que deixa, pra depois cobrar! Por que é mais fácil né?! Porque é mais fácil você tirar o que tá em excesso. Porque já foi... a gente já perdeu nossos direitos. Já perdeu até o direito de questionar né?! Porque você já fez, já tá errado! Aí você tem que brigar muito por isso. Acho que eu acho que é isso. É um pouco dessa violência, né?! (Celina)

A situação precária da habitação e remoções realizadas pelo Estado, além da falta de serviços de recolhimento de lixo, sem oferecer condições de vida melhores para a população, também aparecem nas narrativas e Celina explica como esse processo influencia diretamente o estado de saúde dos moradores:

Eu acho engraçado que as pessoas duvidam que as pessoas são removidas... Mas são. As pessoas são removidas, são igual lixo. (...) É no Brasil inteiro. Mas a defasagem de um projeto habitacional pra população pobre maior é Rio de Janeiro e São Paulo. (...) Aqui, não tem nem condições. Eles constroem um conjunto no meio do nada, sem ter nada. Não oferece... não tem nada em torno (...). Aí, as pessoas voltam. E voltam porque lá não tem como trabalhar. Não tem escola pro filho, não tem mercado perto, não tem nem uma clínica da família. Não tem nada! (...) E aí a gente vê aqui na Lei Orgânica, que não pode ser removido as pessoas, além de tantos metros, tantos quilômetros. É tudo assim... um desrespeito total. (...) As favelas são assim... qualquer intervenção que o Estado vai fazer, ele quer remover, né?! Qualquer projeto que é da rede do Governo, não é conversado com a sociedade. A sociedade que eu digo, não é pra ser a sociedade do interesse da capital, mas sim a sociedade que vai ser atingida! (...) Você vê aqui, eles quiseram construir o teleférico na época, da mesma época que fizeram o do Alemão... tinha um projeto pra ser construído aqui e foi com os movimentos aqui da Rocinha, de outros programas, movimentos sociais, que juntou a gente fez passeata... A gente fez um monte de coisa e aí pediu explicação. Porque se têm o projeto, se tem dinheiro, porque não investe no saneamento, na saúde, que eu acho, na minha opinião, que se a gente melhorar o saneamento, a gente melhora a saúde.

Em relação a falta de serviços de recolhimento de lixo, ela diz que “não adianta dizer que a culpa é do morador. Nós temos parcela de culpa sim, mas nem todo mundo joga seu lixo dentro do rio. Mas não dá vazão! (...) A gente ainda acha que a Comlurb, ainda trabalha muito bem no lixo. Mas não é o suficiente” (Celina).

Além da culpabilização dos moradores pelo Estado, este ainda contribui para construir um estereótipo do favelado que é associado ao tráfico, trazendo uma visão negativa de quem mora na favela.

“O Estado não chegou... o governo não chegou! Apesar de que, a Rocinha, ainda tem uma condição melhor, porque... por que é Zona Sul, né?! Mas não chega. Você vai meter o dedo na minha cara me dizer, que eu sou conivente com o tráfico? Eu não sou conivente com tráfico. O tráfico veio por conta dessa ausência! Assim como a milícia, também veio por conta dessa ausência e a culpa é do morador? (...) Se o morador não fosse pacífico, eles não tomariam as comunidades. (...) A gente não quer isso aqui... e a gente fica ali porque a gente é trabalhador, porque a gente só quer o nosso cantinho. Eu só tô falando assim de um modo geral... não tô dizendo que não tenha gente que não seja conivente! Acho que vão ter moradores que vão ser próximos do tráfico, mas não é a sua maioria”. **(Simone)**

Simone conta sobre uma lição que aprendeu com os pais em relação a como se comportar nos espaços que frequenta para minimizar o sofrimento em relação aos preconceitos por ser uma mulher que vive em favela. Os pais, segundo ela, diziam: “a gente que é pobre, tem que saber entrar e sair em qualquer lugar”. Ela complementa dizendo que “ao invés, de eu entrar e sair com a cabecinha baixa, não! Eu entro e saio de cabeça erguida” justificando que “pobre tem que saber pra ter dignidade”. Neste sentido, pode-se observar um estereótipo construído aos moradores de favela, como um ser inferiorizado e que se agrava ainda mais quando este morador é uma mulher, afinal somam-se os preconceitos referentes ao gênero, raça e classe. Ângela e Dandara falaram sobre como esses preconceitos e a construção desses estereótipos podem causar sofrimentos psicológicos nas mulheres e o quanto a reprodução do preconceito ocorre também na própria localidade.

Você já tem aquele estereótipo da mulher favelada que tem aquela cobiça do cara do tráfico ou que tem aquela cobiça que tipo... que não vai saí daqui, porque tem a mente fechada., que não entende de cultura, que não entende de museu, e não entende de artes plásticas. (...) Você não pode entender de economia, porque você é favelada, por que você é mulher. Então a gente é privada de um monte de coisa sem nem perguntarem para a gente se sabe ou não. A gente só é jogada naquele estereótipo assim de “não sabe”, “não tem o que dizer”. **(Ângela)**

Então, assim a sociedade da Rocinha parece moderna, mas ainda é muito tradicional, muito preconceituosa, apesar de ser um lugar basicamente nordestino, negro. (...) As pessoas aqui são muito ignorantes, entendeu? (...) Às vezes, eu uso uma sandalhinha de couro, eles já acham que sou gringa, sabe?! Você usa um brinquinho de pena, já vão achar que você é estrangeira... já vão e tentam cobrar mais caro no mototáxi... então tipo assim, se você não se vestir no padrão, roupas de marca. Porque aqui dentro é muito assim, a roupa de marca, né?! (...) Eu acho que não combina com a favela, eu andar com uma blusinha do jacaré, convivendo com pessoas miseráveis, entendeu?! Pobres! Pra mim, na minha cabeça, eu ainda não consigo educar o meu filho assim. **(Dandara)**

Além disso, Dandara fala sobre como a auto estima da mulher da favela fica prejudicada em função desse padrão de beleza estabelecido socialmente, pois essas mulheres buscam se adequar a esses padrões. No entanto, têm dificuldade de acessar alguns serviços,

Você vê as mulheres, todas conseguindo cabelo, peito, barriga e a gente não tem nada disso. E a gente não sabe nem como ir, sabe?! Aonde chegar, aonde procurar... então assim, às vezes parece que a vaidade, que é futilidade, mas não é! Mexe com a gente, sabe?! As vezes a gente não vai procurar um emprego numa loja, porque a gente não tá satisfeito com a nossa aparência... às vezes, não é nem uma coisa estética.

Ângela complementa reforçando a dificuldade de afirmação da identidade da moradora da favela em função dos preconceitos, padrões e normas que a sociedade estabelece, destacando o sofrimento psíquico sofrido e a necessidade de profissionais como psicólogos e psiquiatras para auxiliar as moradoras trabalharem essa questão.

É uma favela muito misturada, né? A gente tem pessoas brancas, tem pessoas negras. Tem muito mais pessoas nordestinas e nortistas e as que tem hoje em dia que são negras, vieram dessas pessoas. Então acho que falta muito a autoestima. Falta muita identidade. A gente fica se comparando com a menina que mora no Leblon. Mas a gente tem que entender que ser favelada, ser preta, ser daqui da Rocinha também é um motivo de muito orgulho! Não tem a ver com ser a menina que compra roupa na grife, cara. Não é sobre isso! (...) Falta muito essa coisa identitária na Rocinha... principalmente por estar localizada nesse lugar. A gente fica buscando toda hora, algo próximo e o nosso próximo é algo muito rico. É o ápice da zona sul, né? A gente vê borbulhando a zona sul aqui... Então, eu acho que falta muito por aí... por causa dessa falta de identidade, acho que tinha que ter muito mais psicólogo e psiquiatra. E aí tem outras coisas que ligam arte e cultura também.... de entender o processo todo de criação dessa favela.

A relação do território com a zona sul, é destacado nas narrativas das entrevistadas. Enquanto Ângela comenta sobre as consequências para a população em função da proximidade da Rocinha com a zona sul do Rio de Janeiro, Dandara destaca como a zona sul depende da população da Rocinha através da sua força de trabalho para manter os serviços funcionando, contribuindo assim para o funcionamento do capitalismo.

Se você for Leblon, Ipanema, Copacabana, Centro, Barra perguntar quem mora na Rocinha, de dez, cinco pessoas vão morar aqui. Então assim, você imagina a essa população toda enferma de uma epidemia, o Rio de Janeiro para!! Para comércio, para público, para transporte... porque os moradores são daqui! Às vezes, você vai num restaurante caríssimo... geral, é gente da Rocinha. Às vezes, você vai numa loja badalada, a vendedora, é daqui, entendeu?! Então assim, se a Rocinha parar, o Rio de Janeiro, para! (**Dandara**)

O depoimento dela indica sua percepção sobre as relações sociais capitalistas e como os moradores da Rocinha têm um papel fundamental na reprodução do sistema, uma vez que é a classe trabalhadora que alimenta o alto padrão de vida das classes mais

altas. Nas fases de crise do capitalismo – produzidas pelo próprio sistema capitalista –, se acentuam estas desigualdades e a concentração de renda, onde ricos ficam cada vez mais ricos e pobres cada vez mais pobres. As mudanças e as consequências da crise atual no mercado informal e formal se refletem na Rocinha, sendo visto uma população cada vez mais empobrecida.

Você vê aqui na Rocinha, eu vim pra cá na década de oitenta e você era... a entrada da Rocinha, tinha camelô. De ponta a ponta tinha as barracas. (...) Aí ao longo do tempo, isso foi acabando. Mas foi acabando porque tiraram? Não. Foi acabando porque a população foi conseguindo se inserir no mercado de trabalho. Hoje, nós estamos voltando ao passado, porque eu tô vendo uma Rocinha que eu vi quando eu cheguei aqui. A população cada vez mais empobrecida. Você vê as pessoas vendendo bonecas usadas na rua, roupas usadas... e isso, você não via na Rocinha há três anos atrás, e hoje você tem. Então você vê a população de pedinte, né?! Eu brinco que a gente já tem os nossos pobres, o nosso mendigo... porque antes você saia da Rocinha, que você tinha essas pessoas... hoje em dia, as pessoas tão pedindo aqui dentro. Você imagina a quantidade de pessoas que não passam fome aqui, né?! (**Patrícia**)

Além dessa crise do capitalismo que tem contribuído para um aumento da desigualdade social, medidas violentas pelo Estado são contínuas. Um exemplo que pode ser dado, foi a proposta do atual prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Marcelo Crivella (2017-2020), no mês de maio de 2020, ao colocar um bem público, tomógrafo móvel, em uma área privada – no pátio da Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), instituição na qual o prefeito é bispo licenciado. Além desta irregularidade – que foi levada ao Tribunal de Justiça do Rio –, para possibilitar a passagem do tomógrafo ao pátio da Igreja e sua instalação, foram destruídas parte dos camelódromos que fazem parte do Mercado Popular da Rocinha que fica ao lado da IURD. No camelódromo, funcionam 216 boxes, onde cerca de 800 pessoas trabalham (FIGUEIREDO, 2020). Esta ação de destruição dos boxes gerou protestos pela população e mais uma vez reforça a violência do Estado contra a população que mora em territórios vulnerabilizados.

6.1.2 As questões de gênero permeando a vida das mulheres

As experiências de vida relatadas pelas mulheres, no que diz respeito às questões de gênero, trouxeram elementos fundamentais para discussões e reflexões a respeito das múltiplas formas de violência sofridas pela mulher na sociedade. Segundo Arruzza et al. (2019), as formas de violência relacionadas ao gênero podem se apresentar de diversas maneiras, sendo praticamente todas elas enredadas nas relações sociais capitalistas, existindo a estimativa de que uma a cada três mulheres no mundo vivenciou alguma forma de violência de gênero, seja ela física, emocional ou sexual.

Ao relatarem as suas trajetórias de vida e como estas influenciam no seu estado de saúde, observa-se que todas as mulheres que participaram da pesquisa apresentaram situações relacionadas ao gênero, que afetam direta ou indiretamente sua saúde, sendo representadas por situações graves e/ou naturalizadas. Neste sentido, o “gênero” foi identificado como uma grande categoria temática, que foi organizada em subcategorias relacionadas com a **infância, violência doméstica, trabalho doméstico não remunerado, casamento e maternidade, dupla jornada de trabalho, machismo e saúde mental**, todas discutidas a partir de perspectivas feministas.

Pôde-se notar que as questões de gênero aparecem desde a **infância**, trazendo consequências para si desde esta fase da vida, se estendendo a adolescência e a vida adulta. Os problemas estão quase sempre relacionados a padrões estabelecidos, de forma opressora e naturalizada, sobre o papel da mulher na sociedade. Esses padrões são reproduzidos por meio das famílias ao longo das gerações. Um exemplo simples em relação a esse tipo de criação opressora da figura feminina - que muitas vezes são reproduzidas pelas próprias mulheres, sem perceber - pode ser observado no relato de Simone, ao contar que teve uma criação muito rígida pela mãe e, por isso, quando sofria de cólicas menstruais não podia pedir para ser levada ao ginecologista, pois a mãe poderia interpretar que ela já havia perdido a virgindade e isso geraria conflitos entre ambas.

A crença de ser necessário uma forma de criação diferenciada às mulheres, seguindo as normativas sociais, costuma ficar ainda mais acentuada quando a criação de meninas é realizada por alguma figura masculina. Rose, por exemplo, atualmente com 62 anos, conta saudosa sobre sua infância, onde era a única mulher entre sete irmãos e, por isso, tinha tratamento diferenciado, onde era “muito bem cuidada, só andava de sapatinho, só andava de cordão de ouro, tinha os meus cabelos grandes, encaracoladinho” (Rose). Possibilitando notar uma identidade da mulher como um ser frágil e inferiorizado, que necessitaria de cuidados especiais. Essa crença - estabelecida socialmente - também aparece na fala de Bertha que, ao contrário de Rose, se queixa - de forma naturalizada - por não ter tido uma criação diferenciada pelo fato de ser mulher. Todavia destaca aspectos positivos nessa relação mais igualitária:

Eu fui criada pelos meus irmãos. Só homens (...). Eu era a única irmã mulher e não fui poupada não. Minha grande raiva hoje em dia, era isso. Era pra na verdade, eu ser um bibelô! Mas na realidade não. Eu fui criada como menino! Então por um lado, foi até bom assim. Me ajudou muita coisa. De você ser auto independente (**Bertha**)

Apesar dos aspectos positivos, Bertha destaca que sua adolescência e vida adulta ficaram prejudicadas, pois o irmão só permitiu que começasse a namorar aos dezoito anos. Assim, demorou a ter relacionamentos e quando se relacionou com alguém, passou muitos anos com a mesma pessoa, sendo impedida de viver as relações e descobertas sobre o corpo e sexualidade como gostaria, trazendo consequências para seu autoconhecimento pois, “você vai se anulando, não se conhecendo, seu corpo” (**Bertha**).

Outra história semelhante, de criação por homens, foi a de Mietta, Patrícia e Nísia. Todas, moravam no interior do nordeste e não puderam ter muitas escolhas na vida, em função da opressão exercida pelo patriarcado nas suas famílias, que trouxeram mudanças significativas para suas vidas e consequências até a fase adulta. Para a autora Tiburi (2019), o patriarcado se assemelha ao capitalismo, e a mulher se torna refém nesse sistema, sendo marcada para servir o privilégio patriarcal, que sempre legislou querendo dizer o que é melhor para as mulheres.

Eu sou do Ceará... lá da roça e deixei a roça porque eu fui... Eu conto sempre essa história, que eu fui raptada, porque meu pai não me perguntou se eu queria, né?! Só falou, né?! “vamo embora”. (**Nísia**)

A minha mãe, ela separou do meu pai e eu tinha 11 anos. (...) Então, inicialmente, o meu pai tentou ficar com os seis filhos e dar conta. Mas depois ele distribuiu como filhotinho de cachorro, (...) e aí eu fui trabalhar na casa que ele me deu, na minha madrinha. Mas na realidade eu fui pra ser empregada, babá da filha dela. Então, era um trabalho escravo. (**Patrícia**)

Minha mãe morreu, eu era muito nova, eu tinha 9 anos (...) e nós fomos criadas pelo meu pai. Aí um senhor apareceu lá (...) passou mais meu pai e falou assim: “menina, você quer casar comigo?”. Ele era viúvo, né?! Aí eu olhei assim pra ele e falei: “quero”. Aí o meu pai entrou lá pra dentro, conversou mais ele. (...) Com uns oito dias ele chegou lá com o meu vestido de noiva, né?! Sapato, uma caixa, uma coisa! Aí quando ele chegou, eu fui lá, peguei a caixa e joguei lá no chão. Aí o meu pai entrou, e até hoje eu sinto uma dorzinha aqui em cima, porque me deu uma aqui... então até hoje a minha cabeça ainda dói. Ele falava: “Vai levar agora. Ele é o teu noivo. Se você não quisesse casar com ele, você não tinha dito que queria. Agora você vai casar com ele”. Aí foi que eu vim perceber, aonde eu tava. Por isso hoje, tudo que eu vou fazer, eu presto bem atenção. (**Mietta**)

Além dessas situações, as opressões e violências sofridas pelas mulheres na infância podem acontecer de forma ainda mais graves, como no caso de violências físicas ou sexuais que são realizadas por pessoas próximas ou integrantes da própria família. Segundo Sanches et al. (2019), a violência sexual infantil se configura como um fenômeno sociocultural que é pautada em uma relação hierárquica de poder e desigualdades de gênero, étnico-raciais e geracionais. As autoras referem que de modo geral, enquanto fenômeno social, a violência deve ser entendida como uma forma de assimetria em uma relação hierárquica de desigualdade, que tem como objetivo a

opressão, dominação e exploração. Além disso, também pode ser entendida como violência de gênero, uma vez que tem maior prevalência em meninas e mulheres, o que é reflexo de uma organização social com papéis de gênero fundamentados na hierarquia patriarcal e desigualdade histórica de lugares sexuais. Na maioria das vezes, os agressores fazem parte do contexto familiar e afetam a saúde das agredidas em diversos aspectos, como conta Zilda e Patrícia em suas experiências pessoais:

Tenho uma neta que sofreu violência. O padrasto bateu nela. O que eu fiz?! (...) Entrei na justiça! (...) O cara agrediu minha neta com dez anos. (...) Então, a violência contra a mulher, porque minha neta tem agora 12 anos, mas é uma mulher sim, é do sexo feminino sim... a agente não é respeitada! Não é! Isso foi uma coisa que mexeu muito comigo, e eu não tive de alguma forma um retorno de suporte, entendeu?! (**Zilda**)

Eu sempre fui uma pessoa que tinha muito receio da figura masculina com a criança. Sempre. E eu não sabia explicar por quê. E aí conversando com a minha irmã mais velha, teve um dia que, sei lá, me deu o *start* assim, e eu lembrei de todo abuso que eu sofri. Devia ter uns 8 ou 9 anos, uma violência sexual. Os meus pais tinham saído, pra levar uma irmã no médico e ele deixou um amigo tomando conta de mim e da minha irmã mais velha e ele me abusou. Me abusou sexualmente, não me lembro mais nada. Só me lembro disso daqui. Daquele lençol com muito sangue, ele lavando no rio, porque a gente morava perto de um rio. E isso talvez me fez uma adulta meio complicada com essa questão sexual com criança, né?! Até hoje eu sou meio neurótica. Eu vou no ônibus vigiando as pessoas... é uma coisa meio doida, né?! (**Patrícia**)

Para Federici (2019), a violência contra as mulheres não só segue em crescimento a cada ano, mas passou a se tornar mais pública e brutal, assumindo formas que eram vistas nos tempos das guerras. Assim, “a nova violência contra as mulheres, tem sua raiz nas tendências estruturais constitutivas do desenvolvimento capitalista e do poder estatal em todas as épocas” (p. 91).

A situação de **violência doméstica** por parceiros íntimos, infelizmente, é uma realidade comum na vida de muitas mulheres no Brasil e no mundo, sendo considerada pelos órgãos governamentais uma das maiores causas de alterações do estado de saúde das mulheres. Segundo Lourenço e Costa (2020), a violência doméstica é caracterizada pela agressividade e coação através de ataques físicos, sexuais e psicológicos de um indivíduo da família, podendo englobar diferentes subtipos, como a violência contra crianças, adolescentes, homens, mulheres e idosos. Entretanto a forma mais frequente é a que ocorre contra as mulheres, sendo comumente cometida por parceiros íntimos. Os determinantes envolvidos nesse fenômeno são principalmente as questões culturais e de desigualdades de gênero, que se torna a causa e consequência mais comum das mulheres terem maior risco de sofrerem violência em suas relações familiares.

Muitas mulheres, além de já terem vivido em ambientes familiares aonde a violência doméstica estava presente na infância, veem esse ciclo violento se repetir por meio de novos relacionamentos quando chegam à vida adulta. Segundo Tiburi (2019), não se deve negligenciar que o “destino” das mulheres no patriarcado é a violência.

Minha mãe sofria violência na terra dela. Veio pra Rocinha, fugindo dos irmãos que batiam nela. Negra, trabalhava como doméstica, passadeira. Algumas imagens que eu me lembro, ela me escondendo debaixo de uma mesa pra trabalhar. **(Zilda)**

Desde pequena, (...) eu via meu pai bater na minha mãe. Meu pai era alcoólatra, (...) riscava a faca pra ela, e minha mãe nunca teve um apoio psicológico, um apoio assim, moral! E existem várias mulheres na Rocinha que passaram por isso e não existe um grupo de apoio psicológico, entendeu?! (...) A Minha mãe adoeceu por conta de violência doméstica, um casamento horroroso. Minha mãe apanhou grávida de mim, (...) e não tinha com quem conversar. **(Simone)**

Eu passei por uma situação de relacionamento tóxico. Quando eu descobri, eu tentei terminar e não consegui. (...) Quando eu me casei, morei com o pai do meu filho, tava barrigudona, né?! Grávida. Ele foi um homem maravilhoso até o meu sétimo mês de gravidez. Depois o homem virou a cabeça., começou a ser grosseiro comigo, e eu grávida. Eu falei pra ele: “Querido, não dá mais!” (...) Comecei a gritar, a xingar, porque é o único nível que ele conhecia. (...) Aí ele viu... mas se fosse um cara mais violento, já tinha dado na minha cara. **(Simone)**

Para Arruzza et al. (2019), a violência, apesar de ser encontrada em todos os períodos do desenvolvimento capitalista, torna-se ainda mais forte em períodos de crise do capital, pois nesses momentos a ansiedade em relação a própria condição, associada a precarização econômica e a incerteza política, faz com que a questão de gênero fique estremecida. Com isso, alguns homens começam a acreditar que a sociedade moderna, através da liberdade sexual e fluidez de gênero, está “fora do eixo”, e passam a sentirem que sua família, seus empregos, sua sexualidade e seus poderes estão em risco, portanto, ao perceberem sua masculinidade ameaçada, eles explodem.

Tive o primeiro filho, tive o segundo, o terceiro, o quarto... No quarto filho, eu passei a me pegar com ele (...). Aí que eu sofria mais... ele ia pra cima de mim com os pés... ele jogava o dinheiro da gente todinho e chegava em casa sem dinheiro, sem nada. Aí a gente foi morar na cidade e ficou pior. Eu sofri, sofri muito. **(Mietta)**

Quando eu me separei, o que já tava ruim, ficou pior! Quando ele recebeu a intimação da Justiça pra dá a pensão do meu filho, se tornou pior ainda. (...) Ele me ameaçava. Dizia que se ele fosse preso, ele iria voltar da cadeia e me matar. A quem eu vou recorrer? (...) Homem é assim, (...) quando você não quer mais, se ele é homem equilibrado, (...) ele vai respeitar. Mas o cara que não tem equilíbrio emocional, não é o cara que é doente mental não (...). É aquele cara, que o pai e a mãe sempre fizeram as vontades. Ele não vai aceitar e vai pra cima de você com violência, porque ele não sabe lidar. Ele não aceita um “não” e nós estamos morrendo, porque nós estamos sabendo dizer “não”! **(Simone)**

Hoje, as mulheres estão dizendo não ao casamento, porque antes não existia isso (...) a gente vivia anos e anos com aquele parceiro. Mas hoje, as mulheres estão dizendo não, eu não quero isso, e é uma situação que é o corpo dela. Ela não quer morar com a pessoa. **(Frida)**

A agressão de gênero, assume também um papel de técnica de controle, pois usa de violência para tentar controlar os corpos femininos, desde a época da escravidão. Um exemplo é o estupro que passa a ser uma forma de dominação dos corpos das mulheres, assim como o assédio, que pode assumir inclusive formas institucionalizadas, seja nos ambientes de trabalho, escolas, clínicas, aonde os agressores têm cargos superiores, como, professores, orientadores, agentes policiais ou supervisores, e a vulnerabilidade econômica, política, profissional ou racial fica em evidência. Como diz Arruzza et al. (2019, p. 59), “o que permite essa violência é um sistema hierárquico de poder que funde gênero, raça e classe”.

As mulheres que sofrem com a violência doméstica em muitas situações ficam reféns de seus parceiros, pois as leis que criminalizam não ajudam as mulheres que não têm um lugar para ir e nem aquelas que não têm meios de chegar ao local de denúncia. Desta forma, a residência familiar se torna um ambiente longe de ser um espaço de proteção e privacidade, pois com frequência existem formas de violência com humilhação, abusos e dor.

Uma amiga minha agora tá passando por esse processo... Ela foi parar na UPA com um surto de ansiedade, porque o abençoado do marido dela, ele se faz de santo para todas as pessoas de fora, e dentro, com ela, ele é opressor, ele assedia ela moralmente, assedia psicologicamente. Ele ameaça ela patrimonialmente dentro de casa. (...) Ela se viu obrigada a dormir com ele, porque se ela não dorme com ele é pior. Vai recorrer a quem?! (...) Tá na eminência de perder a casa dela (...) se pedir o divórcio, ela perde o direito da casa. Olha só a loucura, (...). Ela sugeriu vender a casa, e ele não quis. Então quer dizer, ela se vê obrigada a morar! **(Simone)**

Conforme refere Federici (2019), a violência desde muito tempo está presente na família nuclear, sendo muitas vezes naturalizada, pois os homens, graças aos seus salários, se sentiram no poder de supervisionar o **trabalho doméstico não remunerado** das mulheres, usá-las como serviçais e puni-las quando se recusam a esse trabalho. Por isso até recentemente a violência doméstica praticada por homens não era considerada crime.

A mesma autora, destaca que um dia de trabalho para o capital, não necessariamente resulta em algum tipo de pagamento, além de não iniciar e nem terminar em portões de fábricas. O trabalho que as mulheres exercem sem remuneração, como, aqueles referentes a criação dos filhos e o cotidiano das atividades domésticas, deixam os

homens livres para se engajarem no trabalho remunerado fora de casa. Se pensarmos no trabalho doméstico, ao limpar e cozinhar, embora isso não resulte em um salário para as mulheres, este é o produto que existe de mais precioso no mercado capitalista: a força de trabalho (FEDERICI, 2019).

Para Biroli (2018), esse trabalho exercido pelas mulheres constitui a base do sistema patriarcal no capitalismo, afinal o patriarcado, enquanto sistema político, consiste na exploração do trabalho das mulheres pelos homens, aonde os homens se beneficiam coletivamente da força de trabalho exercido pelas mulheres.

Assim, a gratuidade do trabalho realizado pelas mulheres é definida através de uma instituição: o **casamento**. É com o casamento que o trabalho gratuito das mulheres passa a ser caracterizado como não produtivo, no entanto tem seu valor econômico fora de casa, quando atendem às necessidades de outras pessoas e isso inclui a preparação de alimentos, lavagem de roupas, cuidado as crianças e apoio moral e de trabalho sexual e reprodutivo que tem sido parte do casamento (BIROLI, 2018). Portanto, não se trata de um trabalho que pode ser comparado com outros, pois ele se configura como uma das formas mais sutis de violência e de manipulação mais disseminada que o capitalismo já perpetuou contra a classe trabalhadora, sobretudo contra as mulheres.

Então, aí isso foi uma questão que influenciou muito na minha vida, porque ele fazia essa cobrança, que eu tinha que trabalhar e eu não conseguia trabalho, mas eu tinha que demonstrar serviço em casa. Eu tinha que demonstrar que eu era útil em casa. E ele dizia que já fazia muita coisa e me anulava. Eu não tinha tempo pra ler um livro, não tinha tempo pra cuidar de mim, entendeu?! Não tinha dinheiro pra cuidar de mim. Ele achava que isso daí não era parte dele. Era parte minha. Tinha que ser minha, né?! (...) a gente fica aí fazendo tudo dentro de casa, fazendo coisas sem reconhecimento. Eu não sou empregada, né?! Nem tenho que ficar me anulando. (**Bertha**)

Apesar de todo trabalhador ser explorado e manipulado no capitalismo, o salário dá a impressão de justiça, uma vez que o trabalhador é pago pela sua força de trabalho - mesmo que na realidade o seu salário oculte um trabalho não pago que resulta no lucro do empregador. É importante destacar que, ser esse trabalhador assalariado, significa fazer parte de um contrato social, uma vez que esta é a única condição possível de se viver. Contudo, a diferença em relação ao trabalho doméstico está relacionada ao fato de ele não só ser imposto as mulheres, como também ser transformado em um atributo natural da personalidade feminina. E, por ser reconhecido como um atributo natural da mulher, ao invés de ser reconhecido como trabalho, foi destinado a não ser remunerado (FEDERICI, 2019).

Amanhece o dia... faço o café, lavo a louça, vou pra máquina costurar... e, quando eu vou costurar, eu saio da máquina e já vou fazer um concerto. Aí, dali, eu já vou trabalhar fora... naquela correria. Mas eu não sei ficar parada. Eu tenho um saco desse tamanho de linha, de crochê e de tricô... mesmo quando eu termino meu trabalho todo e vou sentar pra ver televisão, eu pego a agulha de crochê e começo a fazer. Eu não sei porque... é automático! E eu não paro... fico o tempo todo. (**Mietta**)

Nós (..) mulheres na Rocinha, (...) a gente que cuida da casa sozinha, né?! (...) minha mãe me ajudava a cuidar do meu filho, me ajudava quando podia. Quer dizer, duas mulheres em casa! Minha ex-sogra... o filho dela, que é o meu ex-marido, trabalha, mas quem sustenta a casa é ela! (**Simone**)

As narrativas de Mietta e Simone, exemplificam bem o que Federici (2019) quer dizer quando reforça que o capital, de alguma forma, precisava convencer de que o trabalho doméstico é uma atividade natural para que as mulheres aceitassem exercê-lo sem remuneração. Segundo a autora, devemos admitir que o capital tem sido bem-sucedido, afinal conseguiu negar um salário ao trabalho doméstico e “transformá-lo em um ato de amor”, obtendo uma grande quantidade de trabalho gratuito, assegurando muitas vezes que as mulheres não lutem contra essa situação, aceitando-a como natural. Além disso, celebra essa exploração como um suposto ato heroico. Para Tiburi (2019), o romantismo existente nas relações familiares – que muitas vezes são cruéis – servem como forma de garantir a função do casamento e da maternidade. Bertha, por exemplo, acredita que é obrigação dela realizar múltiplas atividades e justifica: “Você tem que fazer, tem que ser forte, entendeu?! Você tem que cuidar da casa, você tem que cuidar do seu filho. (...) Tem que fazer as coisas (...) não só eu, várias mulheres... cada vez mais eu vejo mais mulheres assim na Rocinha”.

Nesta perspectiva, a **maternidade** assume um papel bastante desigual no que se refere a divisão do trabalho doméstico, e passou a ser criticada pelo feminismo justamente pela sobrecarga de trabalho da mulher, que traz consequências, como, a restrição de sua participação em outras esferas da vida, seja em relação a dificuldade para exercer o trabalho remunerado, ou para atuar nas dimensões da vida pública e política, enquanto o homem é liberado da responsabilidade de cuidar dos filhos (BIROLI, 2018). É importante destacar que o cuidado com os filhos também favorece ao capital, pois permite o cuidado com as crianças – que serão os trabalhadores no futuro –, garantindo que o seu desempenho esteja de acordo com o que é esperado pelo capitalismo. Para Federici (2019), isso significa que por trás das fábricas, escolas, escritórios existe um trabalho invisibilizado de milhares de mulheres para garantir a produção e força de trabalho do capital.

A sobrecarga de trabalho da mulher no cuidado com os filhos e as dificuldades de conciliar com outras esferas da vida social, está presente no relato de muitas moradoras da Rocinha. Uma das questões apontadas foram as dificuldades vividas pelas mães em relação ao cuidado com os filhos, além da sobrecarga de trabalho doméstico não pago exercido pela mulher, que mesmo tendo um trabalho remunerado fora, conforme o marido, a interrupção deste comumente ocorre após a gestação. A mulher arca com as dificuldades que surgem junto a maternidade e acaba por interromper as atividades laborais para cuidar de seus filhos.

Minha mãe teve sete [filhos] e foi uma mulher muito infeliz por conta disso. Ela vivia se lamentando porque não fazia nada na vida, por causa disso e não ficava muito feliz. Eu sempre pensava: “não vou ter muito filho. Tive duas. Pra mim, foi suficiente”. **(Patrícia)**

Eu fui levando (...) e aí quando chegou os filhos, que eu fiquei grávida, eu parei de trabalhar, né?! Fora! **(Celina)**

Quando eu engravidei, eu namorava o pai do meu filho. Nós moramos juntos. dois anos depois, separamos. Então, ele é um pai presente, mas quem me ajudou a criar meu filho, foi minha mãe. (...) que é falecida hoje, foi quem me ajudou. E aí, eu tô aí na luta, né?! Procurando trabalho! (...) Eu também eu tocava na missa da igreja... nas missas e continuei fazendo teatro. Fiz 20 anos a Via sacra da Rocinha, engravidei, parei! Aí fiz uma vez no ano seguinte, aí parei de novo, porque a responsabilidade com criança pequena é complicada! **(Simone)**

A autora Biroli (2018) refere que principalmente nas camadas sociais mais pobres, a maternidade não costuma ser uma atividade em tempo integral, porém quando necessita ser, normalmente está associada a situações de desemprego e precariedade. Para muitas mulheres, a ausência da responsabilidade paterna no cuidado com os filhos traz uma sobrecarga emocional e de trabalho, levando-as a recorrer a família ou a outras redes de apoio. Assim, as escolhas dessas mulheres necessitam ser analisadas como respostas referentes a dificuldade de conciliar o trabalho remunerado e o cuidado com as crianças, sendo importante destacar que os equipamentos públicos são insuficientes e os recursos escassos para o apoio a essas mulheres.

Crianças aí hoje na rua, que o capitalismo tem esse milagre de ter feito isso. A senhora que trabalha fora, pega 8h, imagina a hora que tem que sair de casa. Chega não sei que horas, mas a criança, só estuda meio expediente. A outra metade do expediente, ela tá a sorte no mundo, a sorte da rua, a sorte dos becos (...) Te pergunto, você tem 4 filhos, um trabalho dentro da Rocinha, os seus filhos dependem de você e o cara fala assim: “Tem que ser assim. Se você não fizer assim vou te mandar embora”. Você vai ver seus filhos passar fome?! **(Zilda)**

A mulher com 6 filhos, ela não aguenta, porque nenhum emprego vai aceitar ela. **(Frida)**

Eu tenho que chegar do trabalho e pegar meu filho. (...) Então, eu não tenho tempo justamente porque não tem essa divisão justa do tempo! Ele fica muito

mais tempo comigo. Ele fica quinze dias comigo, pra ficar um final de semana com o pai. (...) Mesmo quando a pessoa sai da tua vida, a pessoa te atrapalha nesse sentido. Hoje em dia, eu quero fazer outras coisas (...) e não posso por conta do meu filho. Na verdade, não é por causa do meu filho... é por causa do pai... a participação dele, precisaria ser mais justa, né?! (**Bertha**)

Esse histórico de dificuldades, associado à maternidade, se torna mais grave para as mulheres que estão tendo a sua primeira experiência, particularmente aquelas que vivem sozinhas sem o companheiro ou distantes de seus familiares. Algumas relataram inclusive um total desconhecimento dos primeiros sinais do parto, e sobre os cuidados pós-natais.

A minha primeira filha quando nasceu, quase que eu mato ela. Porque ela foi tentar sair e eu fui empurrando ela pra dentro, porque eu não sabia o que que era. Agora eu lhe pergunto hoje, se tem uma criança com 10 anos que não sabe isso. E eu passei isso tudo, mas sofri, já sofri muito. (**Mietta**)

Quando ela nasceu, eu estava com um resfriado tão forte, tão forte... um resfriado terrível... sozinha, sem marido, né?! Foi difícil, difícil... eu, cearense... não tinha experiência de nada. (**Rose**)

Mesmo quando os filhos vão crescendo, a responsabilização com eles não termina e a mulher continua exercendo uma tripla jornada de trabalho, que compreende os cuidados com filhos, os afazeres domésticos e o trabalho assalariado formal, que passa a ser cada vez mais naturalizado por boa parte da população, como conta Mietta, que afirma ter acostumado a acordar cedo, devido a sua rotina com várias jornadas de trabalho,

Eu trabalhei em Vila Isabel... todo dia eu levantava de manhã pra fazer a comida pra deixar pronta... pra ter o que comer e não dar comida estragada pros meus filhos, né?! Aí, eu fazia a comida, ia pro trabalho. Aí, quando eu chegava, dava comida pra eles, lavava aquela louça, porque eles eram pequenos. Eu acho que dessa época, que eu acostumei a levantar essa hora. Dormir tarde e acordar cedo.

Conseguir um segundo emprego nunca libertou as mulheres do trabalho doméstico e sim trouxe mais consequências para sua vida, afinal, elas passam a ter ainda menos forças, tempo e energia para lutar contra essas formas de opressão. As creches e berçários nunca proporcionaram mais tempo para as mulheres cuidarem de si, e sim para trabalho adicional. Fernandes et al. (2019) destaca que os setores que têm maior concentração de mão de obra feminina são aqueles de prestação de serviços para o público, podendo ser destacadas ocupações como professoras, nutricionistas, técnicas de enfermagem, recepcionistas e secretárias. Assim, o **segundo trabalho** não apenas aumenta a exploração do trabalho da mulher, como também reproduz o papel social feminino de diversas formas, uma vez que grande parte dos trabalhos executados pelas mulheres fora de casa, são semelhantes as condições de donas de casa e assim, isso dificulta a mulher

perceber aonde começa e termina o trabalho, assim como aonde começam os próprios desejos (FEDERICI, 2019).

Essas mulheres que trabalham para os ricos, fazem sua comida, limpam sua casa, cuidam dos seus filhos. Então não afeta só a mulher pobre da favela, mas toda uma sociedade. É um absurdo o que a gente vive! **(Tarsila)**

Eu acho que hoje a minha profissão e eu, o meu trabalho, me afetam muito, porque eu não consigo descansar bem, eu não consigo dormir direito. Tenho uma relação abusiva no trabalho. Então eu acho que isso, hoje em dia, afeta muito na minha saúde (...). Infelizmente a gente tá vivendo pra trabalhar, pra poder pagar conta. Então você passa a maior parte do dia trabalhando, quando você chega em casa, você tá morta de cansada e no dia seguinte, você tem que começar tudo de novo. Então eu acho que a doença do século realmente tá na mente... é a depressão, é o estresse... todas essas doenças aí. **(Carolina)**

Eu trabalho de 10h da manhã às 10h da noite... aí quando é no outro dia, eu não tô conseguindo me levantar. **(Rose)**

Eu tava trabalhando numa loja, quando eu fiquei grávida, e sofri assédio moral. (...) Meu patrão não aceitou e descontou os atestados. Eu trabalho de carteira assinada, tô de acordo ainda na justiça com ele. Ele descontou vários atestados meus. Ele só considerou uns seis atestados. Então tipo assim, eu vou pra onde com a minha filha? Na Justiça busca ajuda?! Eu vou buscar aonde? Eu vou buscar um advogado ali, outra aqui, mas ninguém me ajuda! O meu médico, ele é revoltado com isso! Ele fala que se eu precisar de testemunha, ele vai me ajudar! (...) Isso é o meu direito. E ele descontou tudo. **(Dandara)**

Segundo Fernandes et al. (2019), o assédio moral ocorre quando trabalhadores são expostos a situações humilhantes ou constrangedoras durante a jornada de trabalho, podendo causar desestabilização do trabalhador, impelindo-o algumas vezes a desistir do emprego. Apesar de poder ocorrer com todas as classes sociais, sexos e etnias, quando são analisadas as estatísticas sobre este fenômeno, as mulheres estão na frente, representando 70% dos casos de assédio, evidenciando a influência da questão de gênero e suas desigualdades no mundo do trabalho.

Dados da pesquisa “Estatísticas de gênero – indicadores sociais das mulheres no Brasil”, realizada em junho de 2018, pelo IBGE, mostram que as mulheres trabalham cerca de três horas a mais por semana do que os homens, combinando aos afazeres domésticos, trabalho assalariado e cuidado de pessoas. Além disso, o desemprego ainda é maior entre as mulheres, assim como as diferenças de rendimentos em relação aos homens, onde as mulheres chegam a receber cerca de 3/4 a menos (IBGE, 2018). Esses dados mostram um grave problema no mercado de trabalho, que se resume ao preconceito e discriminação do gênero feminino para sua contratação. Acredita-se que o direito à licença maternidade, que oferece à mulher o seu afastamento do trabalho pelo menos 120 dias com a remuneração integral, seja um dos principais motivos, fazendo com que a contratação de mulheres seja vista como um prejuízo (FERNANDES et al., 2019).

A legislação trabalhista brasileira sofreu retrocessos, através da chamada “reforma trabalhista”, e foi ainda evidenciado, na fala do próprio presidente da República, um discurso misógino referindo que mulher deveria ganhar salários menores porque engravidam (REZENDE, 2018).

Nesse contexto, até quem ainda tem seus direitos garantidos pela CLT, necessita brigar na justiça para conseguir garanti-los. Na maioria das residências brasileiras ainda existe “quartinho de empregada” e só a partir de 2015 alguns direitos trabalhistas básicos, como, férias remuneradas e licença maternidade foram estendidas as trabalhadoras domésticas. É necessário ainda incorporar a discussão de gênero, as variáveis de classe e raça, pois se fizermos esse recorte, encontraremos formas ainda mais agudas de violência e opressão. Portanto, no seu cotidiano de vida doméstica e trabalho remunerado, as mulheres sofrem com assédio moral, violência, racismo institucional, dificuldade de acesso aos serviços, entre outros, podendo ter consequências fatais.

Fernandes et al. (2019) destacam que embora o patriarcalismo afete muitas mulheres no mundo, principalmente no ambiente de trabalho, as mulheres afrodescendentes e aquelas que pertencem às classes sociais menos favorecidas tornam-se mais vulneráveis. Em função disso, além da naturalização do machismo que já ocorre no contexto social, a falta de informação contribui muitas vezes para a aceitação de situações submissas e abusivas.

Eu via mulheres tremendo em um canto da loja. (...) Mas aí, vai pra onde?! Vai pra uma Clínica aqui, mas não pode, porque não mora. Aí vai numa UPA aqui, não pode, porque está em greve. Tipo assim, a mulher se contorcendo, tomando, tomando remédio, né?! (...) Uma funcionária, que já tinha 70 anos, trabalhava nessa loja que eu estava há 17 anos, almoçava uma quantidade desse tamanhinho e come correndo, né?! A gente do comércio, de venda, a gente come correndo. A gente não tem direito de trabalhador. Não existe isso em vendas. Não existe! E ela sempre com sal de fruta, com o negócio para o estômago e eu falava: “vai se cuidar, vai se cuidar”. Até que um dia, ela estava no chão desmaiada, e aí, quando foi ver (...), descobriu que tá com câncer terminal no estômago. Mas por que, que ela não foi procurar atendimento? Porque ela sabia que ela por ser negra, por ser de comunidade, por ser já senhora, se faltasse o emprego pra ir no hospital público, o patrão poderia tirar ela da vaga. **(Dandara)**

Diante desse quadro, me pergunto sobre quantas outras mulheres que existem no Brasil não passam por situações semelhantes ao dessa mulher e morrem pela falta de acesso a serviços, por condições de trabalho precárias, por conta de preconceito, discriminação, opressão, machismo, desrespeito e assédios nesse país? Quantas mulheres vivem com dores se automedicando por dificuldade de acesso ao serviço público? Quantas mulheres vivem uma condição de vida corrida, sem tempo para o lazer,

alimentação saudável devido ao trabalho? Quantas outras mulheres não podem simplesmente abandonar essa condição de vida e trabalho para não morrerem de fome? E digo, morrerem “de fome”, porque morrem tentando não morrer e tentando lutar contra as péssimas condições de vida que o capitalismo as impõe.

Para Fernandes et al. (2019), apesar das conquistas feministas, a quebra do estereótipo clássico da mulher ainda não é compreendida totalmente pela sociedade e tampouco tem a sua simpatia. A quebra deste estereótipo rompe com as estruturas de poder machistas e misóginas tradicionais, sendo comum ver em parte da sociedade, principalmente entre os homens, reações hostis ao externalizar sua aversão aos cometimentos femininos modernos, o que se materializa nos assédios contra a mulher em diversos campos. Alguns estereótipos são ainda mais evidentes quando somados ao racismo, pois como refere Castro (2016), predominam os estereótipos da mulher negra em posições sociais menos favorecidas, como domésticas, por exemplo, colocando a mulher negra como uma classe ainda mais explorada e vulnerabilizada, que sofre opressão em um processo sistemático de violências e através da criação de mitos, que legitimam essa violência sofrida por essas mulheres.

Eu lembro, que uma vez, eu fui fazer uma transição capilar, né?! De tirar a química do meu cabelo pra florescer minha raça negra (...). Deixei o cabelo crescer, e eu lembro que quando eu raspei o cabelo, na faculdade, as pessoas ficavam especulando, se o traficante raspou a minha cabeça, se eu tava com câncer, se eu fui pra macumba e raspei a cabeça. Tipo assim, tem coisas que... e se o traficante tivesse raspado a minha cabeça?! O que eles têm a ver com isso?! E se eu tivesse doente?! E se eu fosse religiosa de macumba?! Tipo assim, eu não presto?! (**Dandara**)

As desigualdades de gênero têm suas raízes históricas no machismo, tornando notório que a cultura machista influencia a vida social das mulheres como um todo. O **machismo** foi sustentado por meio do autoritarismo, sendo um sistema de crenças, pelo qual se aceita uma superioridade dos homens em função da sua masculinidade, reservando essa característica apenas a homens e agindo contra àqueles que não são masculinos. Assim, quando a masculinidade é apresentada em uma mulher, ela é rechaçada e criticada; e caso a feminilidade seja manifestada por algum homem, é tratado como um “erro da natureza”. Neste sentido, o machismo é um modelo que privilegia os homens enquanto subestima os demais, sendo totalitário, insidioso, estando na macro e micro estrutura do cotidiano. A subjetividade é introjetada por muitas pessoas, inclusive mulheres, mesmo que seja uma ordem externa ao nosso desejo, e por isso é tão difícil modifica-la (TIBURI, 2019). Desta forma, a misoginia se apresenta fortemente na sociedade e o machismo e suas consequências são destacados pelas mulheres que participaram da pesquisa.

Na sociedade em si, a mulher sofre tratamentos diferentes, porque a gente vive em uma sociedade muito machista e excluída, né?! A mulher é muito excluída de tudo! A gente ganha o menor salário e o governo diz que a gente dá prejuízo porque a gente engravida. **(Carolina)**

Ser mulher, hoje em dia, eu acho que é difícil. (...) Eu acho, mesmo bem complicado. O Machismo aqui é muito forte! (...) Eu acho que é uma questão tradicional, né?! (...) A base da sociedade latina mesmo, americana. A sociedade machista que nós vivemos... as mulheres são machistas. (...) A gente tem que se provar o tempo todo! Aqui [Rocinha], a gente tem que provar um pouco mais! A gente tem que ser mais forte (...). Você tem que toda hora, tá mostrando, provando. **(Dandara)**

Minha relação com a minha mãe, apesar dela me apoiar, ela é muito conturbada, porque eu sendo essa mulher que vai, pega e pensa diferente, ela não aceitava os meus pensamentos. (...) Então, quando você quer ser quem você é, você paga o preço. Principalmente as mulheres, e eu nem vou entrar na questão do dos gays também não porque já é uma outra questão, mas os gays também!! Por quê? Porque são femininos. Num país machista, tudo que é relacionado ao feminino, é fraco, é frágil. É passível de bater, de matar, de oprimir. É extensivo, é automático. **(Simone)**

Eu descobri depois, que você tem o seu potencial, da mulher. Acho que o machismo, vai ali te sufocando. Não deixa você sair pra você sentir e desabrochar, entendeu?! **(Bertha)**

Em um contexto democrático, imagina-se que todos podem falar. Todavia, os caminhos da fala, assim como os da produção do discurso e os meios de comunicação, não pertencem a todos e sim as elites econômicas que vivem em contextos privilegiados de raça, gênero e classe social (TIBURI, 2019). Portanto a reprodução e perpetuação da dominação masculina pode ocorrer através da linguagem, uma vez que a palavra é um instrumento de poder e foi negada as mulheres durante muitos séculos, sendo possível ainda notar dificuldades das mulheres em expor seus discursos, principalmente na vida pública e política (BARROS; BUSANELLO, 2019). A participação feminina na política, por exemplo, é representada na Câmara de Deputados no Brasil com apenas cerca de 15% de mulheres compondo as cadeiras (FERNANDES et al., 2019). Assim, pode-se notar que o espaço da voz, até hoje, foi do homem branco, que está situado no topo do sistema social de privilégios e representa uma forma personalizada, ou seja, a materialização do poder, através de um corpo presente com um modo de ser.

Uma roda de conversa com um monte de homem branco, formados, doutor e tal e aí a pessoa cisma que o diploma diz tudo. O diploma está lá, você estudou! Caralho, incrível! Parabéns, mas a vivência é totalmente diferente. Tem homem que quer dizer o que você vive. Só que a pessoa não vive! A pessoa não tem vivência e quer te escrever suas experiências de vida. Isso é muito complicado até hoje, principalmente sendo uma mulher favelada, né? **(Ângela)**

Segundo Tiburi (2019), o lugar de fala, propõe um lugar de escuta, porém o patriarcado sempre privou as pessoas de terem suas expressões próprias. Desta maneira, a própria problematização a respeito da escuta, já perturba a hegemonia da fala, uma vez

que ela sempre foi dominada por indivíduos autoritários, gerando necessidade de mudanças nesse contexto.

Em função da sociedade brasileira ter sido construída com base em uma cultura machista e misógina, a dominação masculina imposta às mulheres pode ocorrer de diferentes maneiras, inclusive de formas simbólicas. Neste sentido, Bourdieu (2002) traz contribuições a respeito do que ele chama de “violência simbólica”, ou seja, aquele tipo de violência que pode se tornar invisível, inclusive para suas próprias vítimas, uma vez que se trata de uma maneira de dominação através de vias simbólicas de representações e imagens.

Os modos de silenciamento e desvalorização dos discursos das mulheres são exemplos de como o machismo ocorre na sociedade e se constitui uma maneira de violência simbólica. Existe uma imposição cultural do silêncio das mulheres com uma forma de “boa conduta”, associando-as a imagens de pessoas delicadas, sensíveis, submissas e sem habilidade para o uso da palavra de forma pública, em função de um suposto caráter emocional. Assim, esta forma velada de dominação, contribui para sua exclusão em espaços de âmbito discursivo, fazendo com que sejam “simbolicamente aniquiladas” na sociedade (BARROS; BUSANELLO, 2019, p. 2).

Conforme descreve Tiburi (2019), quando quem não está no poder luta por um lugar de fala, essa luta é por um lugar de todos, pois lutar por direitos não significa lutar pelos próprios direitos, de uma forma individual. A interseccionalidade das lutas nos faz refletir que ela deve ser em conjunto, afinal se luta é um conceito que implica algum tipo de oposição, implica também em um diálogo, pois a defesa dos direitos, conquista e ocupação dos lugares de fala não são possíveis se o diálogo não existir. Neste sentido, quem fala, fala para alguém e a fala e escuta quando são políticas, costumam ser tensas, justamente pelo fato de terem como intenção romper com os poderes estabelecidos.

As mulheres não são ouvidas, as mulheres são desrespeitadas. Os caras acham que vão poder falar o que quiser e a mulher tem que... sabe? Você tem que ficar calada. (...) Não importa nem qual sua opinião, não importa o que você acha. (...) É intimidador o olhar dos homens (...) Mas eu tenho que falar! Eu tenho o porquê dizer! Eu tenho pra quê dizer! Eu tenho gente pra movimentar. É sobre uma estrutura e aí quando você fala, o olhar dos caras é tipo “o que ela vai falar? pra que que ela vai falar?”. Principalmente sendo mulher negra, né?
(**Ângela**)

Eu aprendi, não sei se foi instintivamente ou se foi de observar na própria vivência, que a gente tem que se conhecer. E quando a gente se conhece, quando a gente sabe quem a gente é, ninguém mais segura a gente! A gente paga um preço! Ainda mais quando a gente é mulher! Quando a gente é mulher e se impõe, pro teu companheiro, teu irmão, teu pai, tuas amigas, teu trabalho,

isso não é questão que você vai ser arrogante, não. Você se impõe como pessoa! (...) Só fica com você quem te aceita como como você é! **(Simone)**

Eu tô nesse propósito, no sentido da gente se rebelar mesmo, se impor! Se impor como mulher, buscar o seu espaço, entendeu?! E eu acho que é isso que é libertador (...) Tem essa coisa assim de que só porque você é mulher, você não pode se impor, você não pode falar de sexo, você não pode botar uma foto sua de biquíni, porque você tá querendo dar, sabe?! (...) Ninguém paga as minhas contas, entendeu?! (...) Então eu acho que a mulher tem muito que melhorar nessa questão assim de como ela se coloca pra sociedade. **(Bertha)**

Todos os elementos citados acima contribuem para algum tipo de prejuízo no que diz respeito a saúde das mulheres que participaram desta pesquisa, principalmente no que se refere a sua **saúde mental**. Essas consequências e marcas de sofrimento aparecem trazendo sequelas psicológicas, como, somatização, perda de autoestima, estresse, depressão, fobias, quadros de ansiedade e angústia.

Ao analisar a saúde mental no Brasil, pode-se observar que existe uma maior predisposição de mulheres aos transtornos mentais comuns, como, insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Araújo, Pinho e Almeida (2019) reforçam que o público feminino residente em áreas urbanas, com baixo nível de escolaridade e com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, é o mais acometido, além de apresentar uma maior prevalência de uso de psicofármacos. Barros e Aguiar (2019), demonstram que a depressão é a síndrome psiquiátrica que apresenta uma ampla prevalência, em 2004, passou a ser considerada a terceira motivação de morbidade mundial e com capacidade de atingir a primeira colocação em 2030. Os autores ainda referem que as mulheres apresentam até duas vezes mais riscos de desenvolvê-la no período em que são responsáveis pelo cuidado de seus filhos.

Eu tive meu filho com 37 anos de idade. Antes dele, eu tive três gravidez psicológicas... porque queria engravidar e não conseguia... era tudo psicológico. Quando eu engravidei mesmo, quis fazer parte da família convencional brasileira: mamãe, papai, filhinho. Meu Deus do céu... Não é a minha essência! (...) Eu tive depressão pós-parto e (...) e me separei também. (...) Então, foi punk! (...) Eu olhava pro meu filho, e eu não tinha identificação com ele. Olhava pra aquela criança e não tinha afeto pela criança. Eu quis tanto, e quando eu ia dar de mama pra ele, eu tinha ânsia de vômito, ou sentir o cheiro do leite materno eu queria vomitar. **(Simone)**

A depressão, eu acho que vem com os problemas que a gente tem, né?! Às vezes, a gente deixa se abater um pouquinho e aí ela entra (...) Mas eu tive muito problema na vida, muito mesmo. (...) Eu já passei tanta coisa na vida. Pra você vê, eu me casei com 20 anos, com um rapaz de tinha 66 anos. E eu nunca tinha visto ele na vida. (...) E isso acabou comigo. **(Mietta)**

Com toda a exploração e sem recursos para ter uma vida diferente, o autocuidado da mulher fica prejudicado. Simone reforça o quanto o homem muitas vezes tem suas

válvulas de escape, entretanto, a mulher continua sobrecarregada com atribuições destinadas a elas.

A saúde da mulher tá bem sofrida, porque é mental. Nós somos seres complexos. Homem, quando ele tá insatisfeito, ele vai pra bebida, vai pra farrá. (...) sai com mulheres, entendeu?! Sai com os amigos, futebol. E a gente, vai pra onde?! Vai pra cozinha, vai pra cuidar de filho, vai resolver problema de família. Onde a gente tem paz?! Onde é que eu vou jogar futebol? Aí tá... vou beber, mas amanhã eu tenho que tá cedo, porque se eu não botar comida dentro de casa, quem é que vai botar?! Chega no final, tu não sai... Tá, vou sair, mas tem hora pra voltar porque tem uma casa pra arrumar, porque tá a semana inteira, porque tem que fazer marmitta, tem que lavar uniforme, tem que lavar... tá entendendo?! **(Simone)**

É preciso lembrar e reconhecer o quanto o capital ganha quando as mulheres cozinham, lavam, passam, cuidam dos filhos, sorriem e transam. Elas fazem essas atividades, não porque são atividades mais fáceis para as mulheres, mas sim, porque não havia outras opções. Com isso, os rostos de nossas mulheres se tornam distorcidos de tanto sorrirem, os sentimentos se predem de tanto amar e a hipersexualização as deixa desassexuadas (FEDERICI, 2019).

Segundo Tavares (2019) mulheres sofrem mais com sintomas de estresse que os homens, se tornando uma zona de perigo para elas, uma vez que o corpo começa a apresentar falhas, como, insônia, dificuldades para conciliar o sono e as atividades do dia seguinte, tristeza e irritabilidade. Essa carga mental se materializa também através das crises conjugais e desigualdades nas ocupações domésticas. Conforme dados do IBGE, 60% das mulheres no Brasil possuem dupla jornada de trabalho, sendo que a metade delas vive uma tripla jornada, dividindo-se entre casa, trabalho e estudos. Portanto, essa sobrecarga emocional fica relacionada principalmente com as múltiplas jornadas de trabalho exercidas pelas mulheres. As consequências disso, debilitam as mulheres no que se refere a sua saúde, que além de prejudicada, não encontra amparo, e ainda tem que enfrentar o preconceito da sociedade dizendo que é “frescura”.

Eu acho que ser mulher não é ser um cristal frágil... pelo contrário. Nós mulheres somos guerreiras, somos matriarcas, somos cuidadores, né?! Cuidamos da gente e cuidamos de tudo que tá ao nosso redor (...). Mas quando você está frágil e você busca um cuidado... aí sim, essa falta de cuidado te fragiliza, te debilita. E aí aquela mulher que é pai e mãe... que tem que sair pra trabalhar, pra sustentar os filhos, colocar o alimento dentro de casa, como é que ela fica e quem vai amparar ela? **(Leila)**

A autoestima da gente é uma merda. A maioria das mulheres aqui são empregadas domésticas, faxineiras... Mulheres que trabalham restaurante... essas mulheres, elas não têm tempo para elas... Chegam em casa, têm que sustentar filho, marido, neto. Não têm um apoio familiar, aí quando chega insatisfeita e chora, falam que tá de frescura! **(Simone)**

Às vezes (...) a mulher está cansada mentalmente, que ela não vai abranger essa questão do sexo. (...) Ela não consegue fazer o cabelo, ela não consegue fazer uma unha, ela não consegue cuidar da casa, ela vai pensar no sexo?! (**Frida**)

Como discutido, as questões de gênero têm suas bases patriarcais desde muito tempo e afetam negativamente a vidas das mulheres no Brasil e no mundo, desde a infância até a vida adulta principalmente em função do papel estabelecido socialmente, o que traz sobrecarga de trabalho com prejuízos físicos e psicológicos a saúde. Para Araújo, Pinho e Almeida (2019), o sofrimento associado ao trabalho doméstico é decorrente das tensões geradas em função de características deste tipo de trabalho como monotonia, repetitividade, desvalorização e pelas demandas dos papéis sociais que as mulheres precisam atender. Assim, as formas que essas tensões aparecem na vida das mulheres, podem se acumular e se cristalizar repercutindo no aparecimento do adoecimento psíquico.

Dantas, Solano e Oliveira (2019) ainda reforçam que a vida conjugal conturbada, a maternidade e/ou falta da presença de um parceiro, os vínculos empregatícios fragilizados, o baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade são fatores que aumentam o risco das mulheres apresentarem diagnósticos de transtornos mentais. Portanto, e para que haja um impacto significativo no quadro psicossocial desse público, uma assistência à saúde diferenciada é fundamental. Para finalizar, concluo essa etapa das discussões com o questionamento apresentado por Zilda, na oficina realizada, pois pretendo adiante, não trazer respostas específicas a este questionamento – que por acaso (ou não), é o meu também –, mas busco trazer elementos que possam contribuir para a reflexão destacada e que reformulo com minhas palavras: “Quem cuida dessas mulheres?”.

6.2 NECESSIDADES DE SAÚDE E (DES) ALCANCE DOS SERVIÇOS

As necessidades de saúde das mulheres da Rocinha foi um tema fundamental de investigação deste estudo, que se apresentou tanto no roteiro da oficina como no das entrevistas. Para Hino et al. (2009), entender as necessidades de saúde pode funcionar como uma forma de analisar as práticas em saúde e se elas estão vinculadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o que implica, em parte, em um esforço na tradução e atendimento as necessidades trazidas pela população.

Durante as dinâmicas realizadas na oficina, as mulheres elencaram como necessidades de saúde, alguns desejos transformados em sentimentos, como, respeito, paz

e alegria. De um modo geral, as necessidades de saúde destacadas pelas entrevistadas foram semelhantes às que surgiram na oficina e quase todas participantes do estudo, destacaram necessidades de serviços e ações que deveriam ser promovidas pelo Estado como transporte, moradia, condições dignas de trabalho, serviços de saúde, além da necessidade e tempo para cuidar de si e terem boa saúde mental. Assim, foram organizadas categorias que englobaram **necessidade de terem boas condições de vida, necessidades de ações realizadas pelo Estado** e principalmente **necessidades relacionadas aos serviços de saúde**. A maioria das participantes associou às necessidades de saúde a questões referentes aos serviços, sendo possível notar que algumas narrativas, indicam ao mesmo tempo as potencialidades dos serviços públicos de saúde e suas fragilidades. Importante destacar que quando as mulheres se esbarravam com dificuldades nos serviços públicos de saúde, elas buscam os serviços privados, como uma tentativa de sanar suas necessidades.

A criação do SUS e os avanços proporcionados, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, em seu papel estratégico de ser a porta de entrada para os serviços de saúde, foram reconhecidos e destacados nas narrativas das participantes do estudo:

Olha... quando a gente recebeu esse serviço público, né?! Do SUS... chamado Clínica da Família, foi um avanço, né?! Pra sociedade da Rocinha... porque com o tempo, a coisa funcionou. A gente vê que os idosos são assistidos... muito bem assistidos em casa, né?! Existe uma vacinação... Existe a prevenção e os cuidados da mulher grávida, né? **(Leila)**

Uma coisa que eu gostei muito, além de ter aumentado os postos de saúde, foi a questão dos agentes de saúde... porque assim, a gente sabe que eles não são Deus... a gente sabe que não! Mas se não fossem eles, eu acredito que as doenças, seriam muito maiores aqui dentro. **(Simone)**

Eu fui muito bem atendida pelo SUS. Eu fui muito bem atendida por esse programa Cegonha Carioca. Realmente funciona. Gostei muito, muito, muito! (...) Eu fiz um pré-natal na clínica, os profissionais maravilhosos! Fui muito bem atendida, inclusive, eu tive apoio de psicólogo. (...) Quando eu contei que eu tive o psicólogo no meu pré-natal, o pessoal ficou admirado, no SUS. **(Dandara)**

As principais atribuições da equipe da ESF estão voltadas para o planejamento de ações individuais ou coletivas, entendendo a saúde como um processo de responsabilidade compartilhada, com a continuidade de um cuidado que abrange promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção a saúde, sendo realizados por meio de ações pautadas na lógica da família como um espaço social (FERNANDES; SOUSA, 2019). A partir dessa compreensão da saúde de maneira integral é que a ESF tenta minimizar a lógica biologicista e medicalizadora comumente encontrada nos serviços. A esse respeito um dos elogios que

Rose faz em relação ao profissional que a atende é que ele rompe com a lógica da medicalização, referindo que “tem um médico aqui, que ele é muito bom... ele não gosta de passar remédio”.

Como refere Hino et al. (2009), as necessidades de saúde podem estar relacionadas com as carências e vulnerabilidades dos modos de vida e podem ser expressas como sendo as condições necessárias para o bem estar. Assim, boa parte das participantes do estudo citaram de alguma forma sobre as “**necessidades de terem boas condições de vida**”, que englobam elementos como a necessidade de lazer, de terem redes de apoio e acesso à informação. Assim, o acesso à informação aparece como uma necessidade de saúde e a falta dele traz consequências, como, a medicalização por conta própria, o que é destacado pelas mulheres, reforçando a importância das atividades educativas.

A saúde é uma coisa mais de comunicação que de medicamento, sabia?! A falta de informação, faz a gente se medicar! Se a gente for melhor informado, eu acho que vai reduzir muito o número de medicamentos. Muito! (**Dandara**)

Eu acho que saúde, principalmente aqui na Rocinha, pra mim enquanto mulher, também tá muito ligado a informação... a negação da informação, ou a informação passada de forma errada. E aí a gente tem tantos fatores, porque isso tem a ver com tantos atores sociais. (...) Como é que eles querem que esse conhecimento chegue até as pessoas? (...) Se eu não fosse buscar a informação, a informação também não viria até mim. E eu sei disso. (**Ângela**)

Não é com opressão... mas sim com a parte educativa. Porque eu acho que tudo muda, a partir do momento que você tem conhecimento, que você pode transformar aquilo ou fazer melhor daquilo que você tá fazendo! (**Celina**)

Além da necessidade da informação como um elemento importante para promover uma boa condição de vida, o direito ao lazer também foi apontado. Ele está garantido dentre os direitos sociais na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, entretanto, não é usufruído por todos os cidadãos. Nos relatos das mulheres, é possível observar a afirmação do direito ao descanso e o lazer, existindo uma dificuldade para as moradoras da Rocinha poderem usufruir deles. Essa dificuldade está relacionada ao cotidiano de vida da mulher, cujo tempo para se dedicar as atividades de descanso e lazer fica escasso e prejudicado devido ao trabalho doméstico não pago, o cuidado com os filhos e dificuldades financeiras. Desta forma, quando questionadas sobre o que precisariam para ter saúde, prontamente respondem sobre a necessidade desses elementos.

Olha, eu acho que um bom descanso... ficar sem trabalhar um pouco... catar uma boa rede em uma varanda, pra ficar me balançando. Sair pra andar... andar na beira da praia... até cansar e sentar. Tomar uma água bem gelada. (**Mietta**)

A saúde não depende só da saúde física... dependem também da saúde mental. Você tem que ter direito ao lazer, você tem que ter direito a muitas coisas, então tem gente que não tem acesso. Tem gente que mora na favela, na Rocinha e que nunca pode ir ao cinema, ou pelo menos ao teatro, com certeza não foi,

sabe?! (...) Então eu acho que isso tudo tá relacionado a saúde da gente e os diretos que nos são negados também. **(Carolina)**

Eu precisaria que eu tivesse tempo!! (...) Hoje em dia, eu acho que o que falta pra mim muito, é tempo e essa facilidade de ser uma coisa mais acessível, né? Porque pra mim fazer musculação, é caro, entendeu?! E como todo custo fica comigo então as vezes a gente acaba abrindo mão da gente enquanto mulher, por causa do filho. (...) a gente acaba sempre se anulando, ou como mulher, ou como mãe, entendeu?! (...) Tenho que cuidar da minha saúde. Tenho que ter um espaço pra mim. É muito importante. **(Bertha)**

Bertha conta que demorou para entender a necessidade de ter tempo para o lazer e atividades de autocuidado, mas atualmente consegue realizar algumas dessas atividades e que isso contribuiu para o seu bem estar. Assim como Rose, que também se sentiu melhor quando passou a ter tempo para se dedicar exercícios físicos, entretanto, destaca que só começou a realiza-la no período em que estava de férias no trabalho, dado importante para refletir o quanto a carga de trabalho prejudica o bem estar das mulheres.

E é uma coisa que eu, depois que fui descobrir, que a gente vai descobrindo que é essa coisa de você ter um tempo pra você! (...) Você passa a gostar da sua companhia! (...) Acho que isso é fundamental pra você, pra sua saúde psicológica. Entendeu?! Esse bem estar. **(Bertha)**

Eu comecei a fazer um exercício aqui na praia... eu tava com dor debaixo do peito do meu pé... horrível. Aí, eu entrei de férias e comecei a fazer (...). Depois de um mês que eu fiz, (...) acabou a minha dor. Eu tenho certeza que foi bom. (...) Você fica outra pessoa. Eu gostei muito de fazer ginástica... uma maravilha. **(Rose)**

Em função de todas as questões que afetam a saúde da mulher, a necessidade de possuir redes de apoio para serem acolhidas e ouvidas também é destacada pelas participantes da pesquisa como uma necessidade de saúde, reforçando o quanto isso é importante, sobretudo, para sua saúde mental. No entanto referem que, em muitas situações, o Estado não oferece serviços que proporcionem as redes de apoio que as mulheres precisam, sendo necessário buscá-las em outros espaços e por conta própria.

Além da saúde física, eu falo da saúde mental, né?! A saúde mental de você ter, um grupo de apoio, você ter grupos de amizades, que você possa se apoiar... e eu falo apoiar mentalmente, por que eu falo que quando a gente não está bem mentalmente, a saúde física também vai junto. **(Patrícia)**

Às vezes, a pessoa precisa ser escutada, não quer participar de nada. Ela só quer ser ouvida. Ela não quer expor a situação dela. (...) Antes de ontem eu soube que uma colega aqui da Rocinha esfaqueou o marido. Eles tinham brigas horróricas... (...), a gente já é pobre, tem uma vida difícil, uma mulher dessa e um homem desse precisam de um apoio. **(Simone)**

A minha sorte (...) é que eu tinha uma rede de mulheres que me ajudavam. Era a minha mãe, as minhas tias, duas amigas (...) E quem não tem esse apoio?! O Estado, eu vou te falar assim... eu falo Estado, porque eu necessito da saúde pública, né?! Então vou culpar, vou jogar em cima do Estado, do município. Fala-se de prevenção, mas cadê a prevenção?! **(Simone)**

Neste sentido, inúmeras **necessidades de ações realizadas pelo Estado**, são apontadas pelas participantes do estado, que se queixaram da falta de políticas públicas efetivas e do funcionamento de serviços oferecidos, como, saneamento, habitação e saúde.

Acho que se eu pensar muito na favela e no lugar aonde eu moro, eu acho que as necessidades são todas. Tanto as físicas, espiritual, mental, né?! seja lá o que for. **(Carolina)**

Eu posso falar das necessidades do meu território também junto com as minhas? Que aí eu trago como causas minhas, né?! O saneamento básico na Rocinha é péssimo! E aí eu estou falando assim de um lugar de privilégio até dentro da Rocinha... porque a Rocinha é muito contrastada... eu moro numa rua que é uma das vias principais de acesso dessa favela. (...) depois que abriu a rua, por exemplo, aqui cai água dia sim, dia não! Aqui, passa o caminhão do lixo (...). Aqui o carteiro entrega carta na porta! **(Ângela)**

Interessante notar que mesmo destacando a questão do saneamento como uma necessidade de saúde, Ângela ainda se sente em um lugar de privilégio, quando se compara a outros moradores da Rocinha, pois apesar da falta de acesso adequado a alguns serviços – como acesso a água diariamente - ainda se sente com “sorte”, pois sabe que a realidade de outros moradores é ainda mais precária, sendo reforçado na narrativa de Simone, o quanto o Estado se ausenta nas ações que deveriam ser promovidas.

Tem lugar aqui, que você olha e você pensa: “gente, existe esse lugar aqui dentro?” Existe! Porão, que moram duas, três famílias... não bate sol, não bate ar, não bate nada. Lugar insalubre... vala aberta e aí quando alguém vem falar pra mim... “ah, porque favelado... só tem bandido da favela... que morador é conivente”, dá vontade de matar! Porque o Estado não chega! **(Simone)**

Leila, comenta ainda sobre a necessidade de realizar “políticas públicas que cuidassem pra que a população não adoça e, se adoecer, que tenha os cuidados necessários”, pois justifica que “o que a gente vê é essa falta de cuidar da necessidade. (...) A política pública, ela não pode mascarar o problema, porque ele só se agrava”, e traz reflexões sobre a importância do investimento na reformulação das políticas públicas de forma que foquem em serviços de promoção e prevenção da saúde. Afinal, quando não se investe nesses setores, a situação de saúde da população se agrava, necessitando mais tarde da utilização de outros recursos – que são mais caros e escassos – para tratamento e reabilitação.

Nesta perspectiva, as **necessidades relacionadas aos serviços de saúde** foram sinalizadas por todas as mulheres que participaram do estudo e dizem respeito, principalmente, a necessidade dos serviços proporcionarem a integralidade e humanização no cuidado, assim como uma melhor assistência à saúde no que diz respeito

aos direitos sexuais, reprodutivos e a saúde mental. Hino et al. (2009) acredita que quando os serviços de saúde conseguem se organizar com foco nas necessidades dos sujeitos, tendem a ser mais eficientes, no que se refere a maior capacidade de escutar e atender as necessidades trazidas.

Nesta categoria, será observado que em função dos serviços públicos de saúde não contemplarem suas necessidades, as mulheres buscam saná-las nos serviços privados, influenciando, portanto, a dinâmica público-privado no qual as moradoras da Rocinha acessam os serviços de saúde. Todavia, nota-se, e é destacado também por algumas, o quanto as fragilidades dos serviços públicos de saúde muito tem a ver com a situação de desmonte do SUS e incentivos a privatização de diversos setores no país, através da lógica neoliberal.

Enquanto necessidades de saúde, grande parte das participantes reforçam a importância de um olhar mais cuidadoso para outras esferas de cuidado (psicológicas, sociais, políticas, econômicas, afetivas, entre outras) que atravessam suas vidas e consequentemente interferem na sua saúde. As narrativas revelam bem a necessidade de uma atenção integral a saúde das mulheres pelos serviços.

A questão da saúde da mulher, que é pra mim o primordial, não é sua saúde física (...) E aí a gente não tem só câncer de útero não. A gente não tem só câncer de mama, não! Eu sei que são importantíssimos... não tô dizendo que não são, mas a gente não é só isso. **(Simone)**

Ah, eu acho que assim, por exemplo, nós mulheres aqui, a gente também queria cuidar, além da nossa parte íntima, né?! **(Dandara)**

Precisa muito na Rocinha, esse atendimento da mulher melhorar. Da questão da saúde da mulher, enquanto mulher... ter um cuidado maior, porque acaba que ela acaba suprindo todas as necessidades assim da família, entendeu?! Ela faz é tudo. Aquela situação familiar complicada, acaba tendo que suprir tudo e ainda tem que carregar cruz do filho, entendeu?! Ser agredida, o alcoolismo... (...) Tem que carregar toda situação. A gente não sabe o ambiente que ela tem na vida. Então, eu acho que tem que ter um cuidar mais da mulher. Importante pra ter esse atendimento melhor. **(Bertha)**

Para garantir a integralidade da saúde, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento e escuta ativa das demandas trazidas. Afinal, como descreve Coelho et al. (2009), “a integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano” (p. 155). Desta forma, é importante que os serviços ofereçam terapias complementares que proporcionem melhoria da qualidade de vida e que os profissionais estejam atentos as influências das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de adoecimento das mulheres, além de proporcionarem um atendimento qualificado e com uma escuta sensível. Entretanto,

justamente esse atendimento adequado, e a falta de alguns serviços, foi apontado pelas participantes da pesquisa como um dos principais obstáculos para a garantia da integralidade do seu cuidado em saúde.

Você não tem uma qualidade de vida, quando você fica debilitada! Você simplesmente tem que abdicar de tudo e esperar passar. Ou ficar tomando remédio pra dor! Essa é a realidade! (...) Precisaria de recursos públicos, né?! Com terapias, né?! Não só o remédio! Não só a medicina ocidental! Um olhar pro paciente com olhar holístico, né?! Como um todo e não, como partes!!
(Leila)

É olhar pro jovem da favela (...) com um cuidado maior, muito mais redobrado. E no sistema de saúde as pessoas ouvirem o que as pessoas que tão aqui dentro tem a dizer, sabe? Não é falar “Ah, olhei pra você e diagnostiquei”. A pessoa tem um raio x nos olhos?! Parece. É absurdo!! A gente quer ser tocado, quer saber o que que a gente tá sentindo de fato. Eu não quero um diagnóstico imediato que eu vou sair dali. “Ah tem o atestado pra faltar o trabalho” não é sobre isso! É cuidado total, sabe?!
(Ângela)

As pessoas... eu costumo dizer que estão perdendo a sua humanidade. Elas estão se formando em medicina, na saúde..., mas elas te tratam pelo celular... elas não te olham, elas não te tocam.”
(Carolina)

Eles não têm a sensibilidade pra atender a pessoa. Fala ainda: “ela não tá com tanta dor assim”. Mas a dor é dela, não é sua. Como é que você vai julgar a dor que ela tá sentindo?! Aí, as vezes, você manda pra casa, e ela vai cortar os pulsos, né?! Porque a dor é dela, não é nossa! Então, eu acho que tá faltando talvez, a delicadeza de quem trabalha nessa área.
(Patrícia)

Nota-se que a dificuldade de compreender o sujeito na sua totalidade, levando em consideração todos os aspectos que afetam sua saúde, pode estar relacionado a lógica biomédica das ações em saúde. Segundo Fernandes e Sousa (2019), esse tipo de situação acontece porque o SUS ainda sofre a influência de modelo curativista-biomédico, que reduz o processo saúde-doença a uma perspectiva fisiológica, excluindo os aspectos históricos e sociais. Assim, as principais ações, ainda são voltadas ao corpo doente e a higienização dos espaços humanos.

Alguns relatos ilustram experiências, onde parecem faltar também a noção da “humanização” na saúde. Este conceito, surge como um princípio vinculado aos direitos humanos e se funda a partir da noção de dignidade, respeito e igualdade entre os seres humanos, enfatizando uma relação ética entre pacientes e profissionais de saúde (ALMEIDA et al., 2019). Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH), (BRASIL, 2003), reafirma a necessidade de investimentos em relação a qualidade do cuidado em saúde, e não apenas na expansão da rede e do acesso.

Então, eu senti muita dificuldade no posto de saúde. Antes de eu ter o meu meu filho, eu engravidei, mas tive um aborto retido. Não tinha batimento. Aí quando eu fui ter meu filho eu fui no posto. Ela (a médica) tava fazendo o sonar e (...) me perguntou com quanto tempo eu tinha perdido o outro bebê! No meio do sonar! Aí eu fiquei desesperada. (...). Essas pessoas da saúde, tem que saber lidar, né?! Você tem que saber passar a informação.
(Bertha)

Aí eu me lembro no hospital, quando eu fui dar de mama pra ela... (...), aí, a enfermeira falou assim: “Você não tá querendo dar de mama pra sua filha”. Aí eu falei: não... ela que não pega mesmo... ela não quer. **(Rose)**

Outro dia fui levar minha filha, na época ela tinha uns 16 anos... a médica queria falar de anticoncepcional, de camisinha, não sei o que. Eu falei pra ela que eu não tava entendendo aonde ela tava querendo chegar. Eu tô levando minha filha por causa da dor. Aí ela disse que eu tinha que planejar pra minha filha e tal. Eu levei minha filha porque ela tava sentindo dor... não é pra falar pra ela se ela tava transando ou não. Não tinha nada a ver o papo, a vertente que ela tava levando do papo. Então as pessoas estão pensando que a gente mora na Rocinha, mas que todo mundo não sabe nada de nada. **(Chiquinha)**

Interessante notar que em todas as situações acima refletiram atendimentos realizados a mulheres que estavam acessando ao serviço de saúde em ciclos de vida diferentes, embora todas exercendo a maternidade de alguma forma (Bertha na gestação; Rose no puerpério e Chiquinha com a filha adolescente) e, em todos os contextos, sofreram com a falta de atendimento adequado, sem um olhar ampliado das suas necessidades de saúde por parte dos profissionais que as atendiam e tiveram condutas impositivas, sem diálogo ou escuta ativa das necessidades das delas. Isso comumente ocorre, pois como justifica Coelho et al. (2009), a formação dos profissionais da saúde, se dá através da ideologia de referências de saber e poder, que desenvolvem assim as ações de caráter biológico, como as relativas a saúde sexual e reprodutiva, “mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados”, que podem provocar inclusive desigualdades sociais diante da implementação de políticas públicas.

Uma questão que ficou muito evidente, principalmente na oficina, foi em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres – ou melhor, a ausência desses direitos –, que também se apresentou com uma necessidade de saúde.

Os direitos sexuais e reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos fundamentais, garantidos por leis e documentos oficiais de maneira internacional, e se resumem aos direitos de homens e mulheres terem acesso à informação e aos meios para expressar e desfrutar a sexualidade com proteção da saúde; ter liberdade e autonomia para o controle sobre o próprio corpo; exercer a orientação sexual sem sofrer discriminação, coerção ou violência; contar com respeito mútuo nas relações afetivas e sexuais e decidir de forma livre o número, espaçamento e o momento de ter filhos (BRASIL, 2013).

A Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e outras providências, garante que sejam oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a sua liberdade de escolha (BRASIL, 1996). Dentre esses métodos, a esterilização voluntária é um deles e a lei determina que ela pode ser realizada

em homens e mulheres maiores de vinte e cinco anos de idade, ou com pelo menos dois filhos vivos, desde que estejam com sua capacidade civil plena.

Algumas mulheres entrevistadas, principalmente na discussão da oficina, dividiram indignações sobre a dificuldade de terem seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos e respeitados nos serviços de saúde. Ao buscarem os serviços para realização de métodos contraceptivos de sua escolha – principalmente os métodos irreversíveis, como a esterilização – encontraram dificuldades.

Esta dificuldade está relacionada não apenas ao acesso e utilização da rede de serviços de saúde – como falta de insumos, por exemplo, anticoncepcionais injetáveis ou DIU nas Unidades, em caso de escolha de métodos contraceptivos reversíveis –, mas também se apresenta na própria legislação, no caso dos métodos irreversíveis, pois conforme parágrafo segundo da Lei nº 9.263/96, “é vedado esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores” (BRASIL,1996). Ou seja, além da mulher precisar estar dentro dos critérios estabelecidos para poder fazer a esterilização, não pode realizá-la durante o parto ou aborto, a não ser que seja comprovado cesáreas sucessivas anteriores.

Outra questão apresentada na lei, é que para realizar a esterilização, necessita ser observado um prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sendo necessário propiciar à pessoa interessada o aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Esse aconselhamento normalmente é oferecido nas Unidades Básicas de Saúde através da realização de grupos, que ocorrem com certa periodicidade e são denominados de “grupo de planejamento familiar”. Em função de todas as exigências envolvidas nesse processo, muitas mulheres após o parto não retornam para se submeter a um novo procedimento cirúrgico para a esterilização – como é apontado por Frida e Nísia – ou mesmo quem opta por métodos reversíveis não consegue realiza-lo por falta de recurso material – como no caso de Dandara.

Eu não consigo entender ainda por que a mulher do século XXI não consegue chegar e dizer assim: “eu não quero mais ter filho” e isso ser respeitado! (...) Eu tenho isso na minha família. A minha irmã tem dois filhos e um teve púrpura, ela teve que parar com a vida, aí ela teve depois outro filho, com leucemia e falou: “pô, eu não quero mais ter filho”, entendeu?! Fez o planejamento, não conseguiu porque ela teve que ter o bebê primeiro pra depois poder voltar. Não vai voltar! Não vai voltar, entendeu? (**Frida**)

Olha, eu acho que, apesar da gente tá em 2019, a prevenção pra gente não ter filho, ainda muito difícil! Pra você colocar um DIU, eu tô na fila, vai fazer seis meses! Até hoje, eu não botei o DIU, entendeu?! **(Dandara)**

Ficou desesperada por saber que engravidou novamente e continua no posto de saúde tentando resolver o problema dela [laqueadura], que ainda não resolveu. **(Nísia)**

Segundo Ávila (2003), os direitos sexuais e reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade e na esfera da vida reprodutiva e isso deveria significar tratar a sexualidade e a reprodução como dimensões da cidadania e, portanto, da vida democrática. Desta forma, é importante a compreensão de que a construção dos direitos sexuais e reprodutivos, estão integrados a um processo mais ampliado de construção da democracia. Não obstante, a persistente desigualdade entre homens e mulheres se mostra como um impedimento para a liberdade sexual e reprodutiva, pois as normas reprimem as vivências corporais na sexualidade e na reprodução das mulheres, uma vez que foram determinadas historicamente por homens.

Essa desigualdade é expressa mais uma vez na forma da Lei nº 9.263/96, que em seu Art. 10º, parágrafo quinto, determina que no caso de “sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges” (BRASIL, 1996). Desta forma, a escolha da mulher em realizar a esterilização, caso seja casada, depende também da vontade e consenso de seu parceiro, limitando assim o seu direito ao próprio corpo. Esse fato pode trazer algumas repercussões e consequências sobretudo para as mulheres, pois nem sempre haverá consenso de seus parceiros, ou mesmo quando houver, em função das barreiras para a mulher realizar a esterilização, a solução dada costuma ser a realização desse procedimento pelo parceiro, através da vasectomia.

Essa falsa “solução” só reforça ainda mais a violência de gênero sofrida pela mulher, que tem o seu desejo de não engravidar restringido a um relacionamento monogâmico e duradouro, perdendo o seu direito de exercer uma escolha pessoal. As narrativas das entrevistadas mostraram experiências pessoais, de familiares ou conhecidas, que tiveram dificuldades de garantia do seu direito sexual e reprodutivo e sofrem consequências pessoais na vida, como sofrimento psicológico, e ainda a culpabilização pela situação que se encontram.

Aí meu cunhado fez vasectomia. (...) E se ela resolver se separar?! Porque é um direito que ela tem de não querer morar com meu cunhado. O cara vai continuar lá com a vasectomia que ele fez, mas ela vai continuar com o mesmo problema. E ela não teve esse direito de escolha de não ter não filho, entendeu?! Foi o marido que teve! Então quer dizer, é complicado essas coisas, a gente fica sempre nessa roda... é uma roda que não tem fim! **(Frida)**

Eu conheço pessoas que tem menos de 30 anos com 6 filhos, gente! Isso é um absurdo! Quer dizer que é um atrás do outro e a gente não faz nada pra melhorar essa situação. Rocinha, zona sul... século XXI. A mulher está ainda lutando pelo direito do corpo dela!! Imagina sustentar 6, 7, 8... não tem como! Então é mais do que isso. Eu acho que é roubar o direito da mulher dizer “não”! A Saúde, não tá pensando nisso! É um governo que não ajuda a ter uma resposta da questão social, né?! De dar suporte social a família. Então, se não dá suporte a família, pelo menos tem que respeitar o direito da mãe dizer “não”, “eu não quero mais ter filho”. **(Frida)**

O que me assusta nessa história toda, é que quando a mulher... e não é só dentro da Rocinha não... quando a mulher tem mais de seis filhos é usado em campanha eleitoral que a culpa é dela! **(Zilda)**

A violência na vida da mulher tem se apresentado como um forte mecanismo de dominação sobre a vida sexual delas. Na esfera política, pode-se notar uma forte reação de setores conservadores contra algumas propostas de transformação social e cultural, onde um exemplo a ser citado é a reação contrária a legalização do aborto, assim como a culpabilização da mulher, que através de alianças com igrejas, partidos políticos e outros setores, se tornam ainda maiores e contribuem para conter avanços legais e no campo das políticas sociais (ÁVILA, 2003).

As políticas públicas voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos, deveriam estar dirigidas a justiça social e, para isso, é necessário que sejam formuladas e executadas, levando em consideração as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual. Se essas políticas estiverem comprometidas com a promoção integral dos direitos representará uma conquista política para democracia, fortalecendo a democratização no Brasil e contribuindo para superar as heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas. Além de contribuir para alterar os limites impostos pelo Estado à vida privada e assim promover uma cidadania que se estende à vida cotidiana (ÁVILA, 2003). No entanto, parece que ainda existem alguns desafios, pois as mulheres ainda estão sem o suporte necessário para uma vida digna.

Você vê criança que hoje poderia ter uma outra vida, entendeu?! E não tem! Porque se ela dá tudo pra um, ela vai deixar de suprir a necessidade do outro. E a minha voz, é a voz de outras mulheres! Eu acho isso uma covardia! Uma covardia, tá?! Entra ano e sai ano... entra governo e sai governo e a gente não muda uma realidade social! Se não tem como mudar, pelo menos dá o direito da mulher ter condição de escolha! Tem que trabalhar com a saúde da família. **(Frida)**

Um filho tem síndrome de down... essa mulher já tem chorado pro direito de não ter outro filho e ela acabou engravidando novamente. Terceiro filho. Outro dia ela passou na rua abortando. Ela teve um aborto espontâneo, essa mulher foi para o hospital... ela teve que deixar as crianças... um foi pro abrigo, o outro ficou com o pai e ela desesperada com o terceiro filho. E ela chega pra mim chorando, falando: “o que eu faço?!” **(Nísia)**

Um parto, é todo um processo que mexe com o psicológico. Então, você faz essa mulher sofrer. Duas, três vezes... aí, ela vai pro terceiro. **(Frida)**

O sofrimento psicológico da mulher, como já foi discutido anteriormente, está relacionado a inúmeros fatores que podem ter ligação com o território, trabalho e principalmente as questões de gênero. Neste sentido, as mulheres elencam a necessidade de os serviços oferecerem mais atendimento voltados para a saúde mental, inclusive com profissionais especializados, como, psicólogos e psiquiatras.

Eu queria muito mais profissionais de saúde. Psicólogos psiquiatras aqui dentro da Rocinha. Eu acho primordial a questão da saúde mental (...) Hoje em dia eu tenho que pagar o psicólogo e o psiquiatra, se eu não tivesse que pagar, seria uma coisa assim, grandiosa! (**Ângela**)

Eu tive que pagar as sessões, que não eram baratas. Mas pagava. Eu fiquei 5 anos com esse profissional, mas tive que sair porque eu não tinha mais condição de pagar. Mas (...) foi isso que me levantou. E quem não tem, pra se levantar?! Então o posto ele não entende todas as necessidades. Eu sei que é só um posto. Mas vocês não estão aqui pra poder identificar os nossos problemas?! (**Simone**)

Na Atenção Básica, existe o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), que compreende uma equipe multidisciplinar, conforme as necessidades de saúde de cada território. O NASF surgiu em 2008, com a finalidade de ampliar o escopo de ofertas de cuidados aos usuários e promover maior resolutividade na Atenção Primária a Saúde, trabalhando na lógica do apoio matricial, que se apresenta como uma estratégia, buscando promover a integração de profissionais com núcleos de conhecimento distintos, para atuar nos problemas de saúde em um dado território. Desta forma, a equipe do NASF pode ter profissionais como psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros (conforme a necessidade local) e fazem apoio matricial com a Equipe de Estratégias de Saúde da Família (EqSF), a partir das necessidades e limites encontrados na prática, buscando contribuir para o aumento da capacidade do cuidado dos sujeitos. Porém com a revisão da PNAB, em 2017, o NASF sofreu algumas alterações, passando a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), o qual parece trazer uma outra concepção do trabalho, pois podem perder sua função de matriciadores em função da possibilidade de cobrirem também nos Centros Municipais de Saúde, tendo uma interferência negativa no seu formato de funcionamento pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de Unidade (MELO et al., 2018).

Em algumas ocasiões na ESF, o usuário necessita ser encaminhado para a atenção secundária para acompanhamento mais intensivo com especialista. Entretanto observa-se uma escassez de profissionais tanto para atuarem na atenção secundária, como

no próprio NASF precarizando os serviços, e influenciando negativamente na assistência a saúde da população.

Psicólogo é um desespero pra você ter! Um desespero!! As pessoas aqui precisam de saúde mental. (...) Eu tenho uma aluna que eu dou aula pra ela, que ela tá indo em um psicólogo... a mãe dela conseguiu aqui no posto, mas aí era só uma vez ao mês. (...) Tá faltando é gente pra trabalhar! É pouca gente pra trabalhar! Até onde o Estado cuida, né? **(Simone)**

As atividades voltadas para o cuidado de saúde mental nos serviços de saúde, sobretudo na atenção básica, podem ocorrer de diversas formas, e não somente através de consultas individuais com os profissionais. Podem ser realizadas atividades em grupos como grupos de artesanato, música, dança ou a terapia comunitária, porém nota-se que mesmo essas atividades não estão sendo realizadas de maneira suficiente e mesmo quando são, nem todas se sentem à vontade para participar.

Eu acho que a gente tem que ter mais um acompanhamento com psicólogos, sabe?! Reuniões pra gente poder falar do que a gente tá precisando, o motivo pra falar do que a gente tá precisando, sabe?! Uma medicina mais discreta. Uma coisa que a gente possa conversar com mais descrição. **(Dandara)**

Tem uma terapia em grupo... mas não, eu não quero falar da minha vida pra várias pessoas e é uma opção minha. Eu não quero! (...) Tem um psicólogo só pra mim?! Não. (...) Aí se tem um problema grave, chega lá na frente, a pessoa se mata! Não existe profissional. **(Simone)**

É notório que as necessidades de alguns serviços de saúde apresentados pelas mulheres do estudo, não dependem unicamente de um determinado serviço, e sim do bom funcionamento da rede de atenção à saúde do SUS. Segundo Lapão et al. (2017), as redes de Atenção à Saúde (RAS), visam superar a fragmentação da atenção à saúde, assim como a gestão dos serviços, aperfeiçoando desta forma o funcionamento político e institucional dos sistemas de cobertura universal em saúde e para isso, a estrutura operacional das RAS tem o objetivo de alinhar as atividades da APS com outros pontos de atenção à saúde, proporcionando apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde, fazendo também a coordenação dos fluxos e contra fluxos do sistema. No entanto, a rede se apresenta fragilizada e com limites, sendo apontado e reconhecido nas narrativas das mulheres, as consequências que isso traz para a sua saúde.

É claro que não dá pra contemplar todas as necessidades que a gente tem, né?! Dentro de uma clínica, que depende de um sistema, né?! (...) Eu tô com problema articular, esperando a consulta pra minha médica ver pra onde ela vai me encaminhar, pra investigar o que que é isso. Enquanto isso, eu sinto dor! Enquanto isso, eu estou sem poder ir e vir, né?! (...) Eu não tenho o tipo de tratamento que eu gostaria de ter! Não tenho uma fisioterapia, uma massoterapia da rede pública, que pudesse me aliviar né?! (...) Como eu não tenho como pagar... você aguenta!! (...) E eu acho que toda essa espera e toda essa falta de logística dentro do sistema de saúde do Brasil prejudica, né?!

Porque se você tem um problema grave, ele vai se agravando cada vez mais!
(Leila)

Um dos principais problemas encontrados devido essa fragilidade da rede de saúde foi em relação ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG), ferramenta online do Ministério da Saúde, que tem como objetivo garantir a integralidade do acesso aos serviços desde a atenção básica até os serviços secundários e terciários de saúde. Existe uma espécie de fila online, na qual quando um paciente é inserido no SISREG, é classificado o grau de prioridade através de cores. Desta forma, assim que vão surgindo as vagas, o paciente vai sendo encaminhado, de acordo com a classificação de prioridade (CORDEIRO, 2015).

Contudo, algumas limitações desse serviço foram destacadas pelas moradoras da Rocinha, como a questão do tempo de espera na fila do SISREG, que por sua vez, causam consequências como diagnósticos tardios, piora do quadro clínico, ou até mesmo, dificuldades em relação a liberação no trabalho para ir as consultas. Além disso, uma outra limitação importante, se refere ao que Pinto et al. (2017), chama de “parametrização territorial” entre o local de moradia do usuário e as unidades de saúde que oferecem a vaga que o paciente necessita, o que dificulta a acessibilidade geográfica da população, prejudicando também o acesso a esses serviços e gerando um aumento de absenteísmo nas consultas.

Não dá pra gente pedir um exame pra um paciente que tá com suspeita de uma doença grave e ficar dois, três meses esperando o resultado disso. É desumano! É desumano! E eu não tô falando só da clínica da família. Eu tô falando da saúde como um todo. (...) Eu sinto falta disso. Eu acho que teria que ser um pouco mais ágil, né?! (Celina)

Eu vou lá na clínica pra tratar um problema de pele. Não tem dermatologista ali (...) O que eles vão fazer?! Te botar na fila do SISREG. Aí, você já perdeu o dia para estar ali, aí depois eles marcam pra daqui há seis meses ou um ano. Aí, você vai perder outro dia pra ir naquela consulta. Aí, o teu patrão não vai aceitar. Ele vai descontar, sabe?! (Dandara)

Colocaram ela no SISREG e eu tô esperando até hoje o SISREG ligar para marcar a cirurgia dela. Minha mãe faleceu tem 8 meses. (...) Isso não é justo! Isso não é correto! (Simone)

Tem que fazer meu exame de fundo de olho. Aí, fui encaminhada pra um lugar... duas vezes pelo SISREG e aí, quando eu chego lá a médica tinha faltado. Aí, você sai daqui pra ir pro Maracanã, pra ir pra Vila Isabel... aí chega lá... saí de casa de madrugada, pra no final dizer que a médica não foi. (Patrícia)

Os entraves relacionados a todas as esferas de atenção à saúde, seja ela primária, secundária ou terciária, apresentam a universalidade e integralidade deficitários, trazendo consequências como longas filas de espera para alguns procedimentos, sobretudo aqueles de média ou alta complexidade. Isto faz com que ocorra uma descrença por parte da

população em relação ao SUS, deturpando sua imagem e reforçando a busca pelos serviços privados (FERNANDES; SOUSA, 2019).

Essa **busca pelos serviços privados**, ocorre principalmente em função das fragilidades e limites encontrados nos serviços públicos de saúde, que aparecem de forma notória nos relatos das mulheres participantes da pesquisa, contradizendo, algumas narrativas de outras mulheres que destacaram as potencialidades dos serviços. Em algumas situações, mesmo tendo acesso ao serviço necessário, algumas mulheres encontram dificuldades em relação a utilização deles, muitas vezes em função da demora. Assim, parece ser mais fácil buscar os serviços que necessitam através das clínicas particulares, o que aparenta trazer certa satisfação.

O público me deu uma outra ultrassonografia grátis, mas eu não pude fazer porque só fazia a tarde, duas e meia da tarde. Agora tu vê... Eu vou sair lá de Madureira pra fazer a ultra?! Aí eu falei: “Pô, eu posso... eu ganho mil e quinhentos reais, eu vou pagar uma outra de cem reais! Aí você acaba não indo, pra ser rápido... pra ser um pouco mais rápido, pra poder não perder o seu dia. (...) Então a mulher não se cuida. (...) A mulher que trabalha, que eu tô te falando, ela não procura o hospital público por causa do dia que ela vai perder... por causa da demora. **(Dandara)**

Na Rocinha, eu não tive uma experiência boa, porque toda vez que eu precisei usar o serviço ali, eu não consegui. Então, eu não uso. Eu uso a clínica particular pra fazer o meu acompanhamento. (...) Quando minha mãe precisa de alguma coisa, eu falo com ela pra pagar uma consulta pra não ter que ficar esperando. **(Carolina)**

Eu tava indo muito no posto de saúde, né?! Procurando ginecologista. Mas tem essa coisa que é muito difícil... Aí, você tem que marcar, não tem vaga, aí você acaba tendo que pagar. Aí, eu vou aqui nessas clínicas particulares, entendeu?! Porque eu acho que o atendimento é muito mais rápido, é muito mais fácil. A gente paga a saúde pública, né?! Mas tipo assim, se você tá ali pagando na hora, aquele atendimento é diferenciado, é diferente! **(Bertha)**

Segundo Fernandes e Sousa (2019), a maneira como ocorreu o desenvolvimento do setor privado de saúde no Brasil, fez com que esse setor se transformasse em um competidor para o SUS, seja por recursos financeiros ou humanos. Rizzotto (2018), refere que um dos motivos dos problemas do SUS persistirem, é porque os atores internacionais como o Banco Mundial, nunca aceitaram o caráter universal e integral do sistema de saúde brasileiro. Então, de tempos em tempos divulgam documentos desqualificando o SUS, reafirmando a eficácia e eficiência do setor privado, através da contribuição da grande mídia que também costuma jogar contra o SUS e a favor do setor privado, contribuindo para formar uma imagem negativa do sistema. De acordo com o autor, na verdade eles “são agentes do capital que buscam ampliar os mercados consumidores, transformando a saúde em mercadoria” (p. 1717).

Existe assim, uma falsa impressão de que o serviço privado tenha uma melhor resolutividade em comparação ao sistema público de saúde, fazendo com que quem tem condição financeira de recorrer ao sistema privado se sinta privilegiado. “Eu tenho o privilégio de poder pagar, mas eu sei que essa não é a realidade da maioria da população”, comenta Patrícia. Todavia, os recursos financeiros ou os próprios serviços privados costumam ser limitados, fazendo com que o usuário retorne para o SUS, como refere uma das entrevistadas:

A gente fica com medo de ficar doente ou admitir que está doente. Se você admite que tá doente como que você vai tratar, se você não tem onde você recorrer?! Ou dinheiro pra pagar um plano de saúde e não tem?! A gente paga a consulta, e pensa pra que tomara que isso resolva, porque se não resolver e tiver que fazer exame mais caro, eu não tenho condições de fazer, entendeu?!
(**Celina**)

Uma outra questão que envolve a relação público-privado é a da realização de exames, muitas vezes de forma desnecessária, sem levar em consideração as recomendações do Ministério da Saúde. Algumas campanhas para realização de exames de rastreio, como, por exemplo, o “Outubro Rosa” – movimento anual de conscientização para o controle do câncer de mama – podem produzir informações equivocadas em relação a periodicidade ou faixa etária adequada para rastreio.

O Ministério da Saúde recomenda para as mulheres sem sinais e sintomas, que o rastreio para o câncer de mama ocorra na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos (BRASIL, 2016). Entretanto, quando as mulheres que não entram nesses critérios estabelecidos, procuram o sistema público para realizar esse rastreio e a informação correta não é passada de maneira clara, e isso ainda se soma a facilidade de realizar esse rastreio de forma indiscriminada nos serviços privados, pode ocorrer uma desvalorização do serviço público pelas mulheres.

Você faz aquela campanha da mamografia, o cara vai dizer na minha cara que eu não posso fazer mamografia?! Aí você bota “outubro rosa”, aí fala que toda mulher tem que ir no outubro rosa fazer mamografia. Aí chega lá, eu não consigo fazer mamografia. (...) Então pra que faz campanha? (**Chiquinha**)

Pô cara, eu fiz quarenta anos e fui fazer a mamografia... “Ah, você não precisa fazer”. Mas tá dizendo que eu tenho que fazer! E foi uma dificuldade pra conseguir fazer, e eu tinha acabado de perder a minha amiga, muito íntima com câncer de mama (...). eu fiquei preocupada (...). Então eu não consegui fazer pelo SUS... Eu fui conseguir fazer no particular. (**Bertha**)

A confiabilidade em relação a realização de exames no sistema público de saúde também é apresentada como um fator que leva as mulheres a procurarem o serviço privado de saúde, assim como a questão da exposição que sentem, quando são atendidas nos serviços públicos.

A medicina pública ela é muito exposta. Eu lembro uma vez, eu, num exame de prático para coleta, uma outra pessoa abriu uma porta de onde eu estava, tipo assim... isso tudo impede que a gente use o serviço público. (...) A maioria das mulheres da Rocinha não fazem preventivo no posto, entendeu?! Com medo da qualidade, da discriminação,, dessas coisas! Então, geralmente, pra preventivo, pelo menos eu e minhas amigas. a gente procura as clínicas particulares... e aqui em torno tem muitas clínicas particulares, porque eles sabem disso. **(Dandara)**

Dandara, em seu relato acima, apresenta uma informação que chama atenção, quando sinaliza que “eles sabem disso”. Nesse contexto, ela destaca o quanto os serviços privados sabem a respeito da descrença da população em relação aos serviços públicos e aproveitam esse fator para atuarem através da lógica perversa do mercado e do capital, vendendo serviços de saúde como forma de mercadoria. Assim, a omissão do Estado em garantir os serviços públicos de saúde da maneira adequada aos cidadãos levanta uma ideia cada vez mais comum de privatização da saúde. Logo, com o sucateamento do SUS a população tende acreditar que o serviço privado apresenta a solução. Segundo Fernandes e Sousa (2019), o financiamento do SUS é afirmado como insuficiente para garantir uma política de saúde universal e integral, e esse subfinanciamento se torna o principal problema estrutural do sistema de saúde, que acaba não conseguindo contemplar o que é proposto.

O’Dwyer et al. (2019), refere que para os analistas de políticas de saúde, existe um consenso de que os maiores desafios do SUS são políticos, afinal enquanto as despesas com o SUS aumentaram apenas 0,5% nos anos de 2012 a 2016, a receita bruta dos planos e seguros de saúde, cresceram 27% no mesmo período. Assim, a garantia do financiamento do sistema público, a redefinição da articulação público-privada que favorece o mercado com incentivos e subsídios fiscais, e a redução das desigualdades de renda no país, são questões que precisam ser superadas. Como refere a entrevistada Leila, “os cuidados da saúde de uma sociedade, de uma população... no nosso país, ela está na mão do Estado, das prefeituras. Então a nossa saúde também depende desse sistema político!”. E Celina ainda reforça:

A fica só pedindo pra a saúde, né?! Tenho certeza, que a saúde pública, é um direito... é um direito básico... e não tinha nem que pedir. Mas a gente sabe que a estrutura, né?! Os gestores nossos que estão aí no poder e sempre tiveram... Nunca vão olhar, porque não deixa de ser uma despesa... e a gente vive num país capitalista e que agora, assim, mais do que nunca, a gente vê que os nossos direitos foram pro ralo. (...) Me assusta. Mas, eu acho que a saúde pra gente hoje, é um dos pontos fundamentais. A gente tá num desmonte muito grande, dos nossos direitos de saúde, educação, direitos do trabalho, né?!

No município do Rio de Janeiro, pode ser observado um cenário de crise, que gera efeitos negativos e graves na gestão, organização e acesso aos serviços públicos de saúde.

Essas consequências negativas se apresentam em todos os níveis de atenção, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS), que apesar de ter ampliado a cobertura de saúde da família alcançando 70%, ao final de 2016, começou a participar de um projeto no ano de 2009, por meio de parcerias com Organizações Sociais na gestão e provisão dos serviços (O'DWYER et al., 2019).

As Organizações Sociais (OSs) foram criadas pela Medida Provisória nº. 1.591/97. No caso da saúde, as entidades públicas foram transformadas em pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e, portanto, OSs podem contratar recursos humanos através de regimes celetistas, sem que sejam realizados concurso público – trazendo consequências, como, a inexistência servidores públicos na saúde. Além disso, elas podem adotar normas próprias para compras e contratos e recebem recursos orçamentários do governo através dos contratos de gestão capital. Assim, a privatização da saúde através da criação das OSs, é apresentada como a solução dos problemas, porém, reforça a lógica da saúde voltada para o consumo de serviços, gerando o acúmulo de capital, atacando o SUS e o responsabilizando pelos problemas de saúde dos brasileiros. Esse contexto traz uma tendência de desmonte do sistema público de saúde, que deixa de operar em forma de rede para trabalhar visando lucro e o capital (CASTRO; CAMPOS; ARAÚJO, 2017).

No município do Rio de Janeiro, esse modelo de contratação por OSs, por exemplo, essa privatização, tem trazido consequências negativas, precarizando os serviços assistências, especialmente para quem mais precisa: a população. O quadro ficou mais acentuado nos últimos anos, após a entrada do novo governo municipal (2017-2020), que tinha forte base social em setores de igrejas evangélicas. Em 2017, o município contava com 1251 Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas e o plano municipal de saúde de 2018-2022 previa ampliação do número de EqSF em territórios que tivessem maior vulnerabilidade social. Porém entre 2017 e 2018, os gestores anunciaram um déficit no orçamento do município e com isso, começaram a ocorrer os atrasos no pagamento de salários dos profissionais de serviços gerenciados por algumas OSs, demissões de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), reduções do horário de funcionamento de unidades e redução do número de EqSF inteiras, que caiu para 1177 no final de 2018 e em março de 2019, para 1090 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). As narrativas mostram o reconhecimento pelas entrevistadas do quanto os profissionais da saúde também sofrem com o desmonte do sistema público de saúde, reforçando a responsabilização da gestão pública pelo caos na saúde.

A população está muito fragilizada na questão da saúde e, principalmente nos governantes que a gente tem hoje, né?! Não tá bom pra quem trabalha na saúde e não tá bom pra população! Eu sei as dificuldades de quem trabalha na área da saúde tá passando né?! A gente vê falando da população que tá sofrendo. Eu imagino quem tá ali dentro trabalhando, porque deve ser horrível você ver uma pessoa sofrendo não ter o remédio pra dar. **(Patrícia)**

Eu acho que o que falta pra melhorar nas clínicas, não são os funcionários, não são os médicos... Eu acho que a única coisa que tinha que melhorar, era o governo, os presidentes... alguém de cima, alguém forte, por que quantas vezes eu cheguei ali e encontrei o doutor com o cracházinho dizendo: “estamos trabalhando sem salário”, alegre, satisfeito, feliz da vida.. eu acho que pra melhorar, não depende dos funcionários. **(Mietta)**

O tempo todo que eu tava grávida (...) os funcionários [da clínica] com pagamento atrasado, tipo... o tempo todo isso! (...) Os profissionais aqui da clínica, são muito bons... questão profissional, elas são muito bons, entendeu?! Às vezes, a estrutura falta. Falta o equipamento pra bater uma ultra. (...) É muito difícil. Eu tô com falta de esperança no momento, por conta do governo que tá! **(Dandara)**

Melo, Mendonça e Teixeira (2019), comentam sobre formas de resistência que surgiram pelos trabalhadores da saúde do município do Rio de Janeiro, através de manifestações, atuação conjunta com órgãos sindicais, legislativos e judiciários, tendo forte presença dos profissionais da APS e saúde mental. Nesse período, as gerências da APS, colocaram algumas barreiras nas organizações políticas e sindicais organizadas, gerando demissões e relatos de perseguição aos trabalhadores. Neste sentido, com os ataques e retrocessos que o sistema de saúde vem sofrendo, observa-se mais fortemente nesse momento uma necessidade do despertar da comunidade para maior participação e luta para a garantia de direitos, sendo uma opinião expressa e discutida pelas mulheres neste estudo.

Claro que a saúde tá falida, a gente sabe disso. Não tem novalgina, não tem dipirona, não tem isso, não tem aquilo... mas isso aí, a pessoa tem que ter consciência que na hora de votar, a pessoa tem que saber escolher. O seu voto é importante, o seu conhecimento esclarece, agora, não adianta ficar reclamando da saúde, por que eles estão fazendo a parte delas... elas estão estudando, estão fazendo pesquisa, estão ali desenvolvendo vacina, estão correndo atrás... mas chega lá atrás, vai empacar lá na frente. Às vezes um ministro da saúde, não vai deixar, as vezes um não sei quem da saúde, vai barrar... aí você não tem direito. **(Chiquinha)**

O governo taxa tudo em cima do povo (...) Você pode até votar em alguém que vai ser bom, mas (...) tem uma barreira, um muro lá, tá entendendo?! É um sistema! Pra mim, isso é um sistema terrível! E cada dia mais a sociedade está presa nesse sistema. **(Tarsila)**

A gente tem que aprender a se organizar e a cobrar a quem deve. O que adianta eu tá cobrando a um agente comunitário?! Sabe o que vão fazer?! Mandar pra rua. Porque vem uma regra da secretaria de saúde dizendo “tem que ser assim” e se não fizer assim como eu quero, manda embora! (...) Para calarem a boca, mandam embora (...). Então tem uma coisa que é o sistema. Mas, a gente não tem que aceitar!! **(Zilda)**

Para Castro, Campos e Araújo (2017) o maior desafio a ser incorporado é a hegemonia entre os usuários e trabalhadores do SUS, pois o fato da mercantilização ter se tornado dominante é um sinal de que há algo errado com os valores da nossa sociedade, sendo urgente reafirmar e obedecer aos princípios que estão sendo burlados, como a universalidade de acesso, a integralidade de assistência à saúde, a equidade, a descentralização político-administrativo, a regionalização, hierarquização e sobretudo a participação da comunidade.

Assim, defender a democracia e as políticas sociais universais implica na defesa de um projeto de sociedade igualitária, tanto do ponto de vista material, como cultural e ambientalmente sustentável, os quais estão longe dos pressupostos autoritários entranhados pelo neoliberalismo, que revelam uma direção autoritária do capitalismo hoje (RIZZOTTO, 2018). Por isso, é preciso lutar contra o retrocesso dos direitos sociais, trabalhistas, educacionais e da saúde. Estamos vivendo um contexto em que a luta não é mais por novos ou mais direitos, e sim para não perdermos os que já tínhamos conquistado e para isso é fundamental que a sociedade civil esteja unida e organizada, de forma que o controle e participação social sejam ativas e respeitadas.

6.3 REDES DE APOIO E ESTRATÉGIAS DE LUTA

As redes de apoio e as estratégias de luta foram destacadas pelas participantes da pesquisa de diferentes formas, possibilitando a identificação de quatro grandes categorias de análise a serem destacadas neste estudo. Estas categorias emergiram das falas das moradoras da Rocinha quando eram questionadas sobre aonde e com quem buscavam apoio para sanar suas necessidades de saúde. Podemos citar portanto, a **religiosidade**, que se mostrou uma importante ferramenta de apoio às suas necessidades e ao mesmo tempo foi destacada por algumas das mulheres como uma possível forma de opressão; as **redes sociais afetivas**, sejam elas de formas individuais ou por meio de grupos sociais; **a arte e a cultura**, que apareceram como uma ferramenta potente de rede de apoio e de estratégia de enfrentamento, e por último a **construção compartilhada do conhecimento**, que apareceu como uma estratégia fundamental de contribuição para a transformação social.

A **religiosidade** aparece em diferentes contextos, podendo ser tanto uma rede de apoio, como contribuir em algumas ocasiões para a reprodução do patriarcado e da inferioridade feminina. A entrevistada Rose referiu inúmeros aspectos da sua vida, que são influenciados direta e indiretamente pela religiosidade. Ela acredita que tem sua

espiritualidade acentuada desde a infância, dividindo um episódio ocorrido quando era criança, envolvendo a visão de um tio que morava distante, se encontrava doente e faleceu dias depois. Desta forma, conta que desde então tem visões, porém tem receio de falar sobre elas por medo de sofrer preconceitos e ser julgada.

Eu acredito muito na espiritualidade e pra mim, ela é muito forte. (...) eu vejo várias coisas assim, (...) sem eu esperar, eu vejo. (...) Eu não conto às vezes, nem pra todo mundo não, porque eu sei que é muito complicado. De repente, alguém pode pensar assim: “iih... ela é santa”, ou então pensar assim: “iih, ela tá ficando maluca”. Por isso, às vezes eu resolvo não contar pra muita gente. (...) É uma coisa assim forte, que eu tenho na minha vida. Meus filhos tudo sabe, meu marido às vezes sabe. Eu digo que vi alguém que morreu também, e eu vejo. Eu não sei por que eu vejo. Eu fico assim pensando... será que é coisa da minha cabeça, ou se não é, ou se realmente é real mesmo... ou se realmente eu tenho algo muito forte assim, dentro de mim. **(Rose)**

Historicamente, mesmo que em circunstâncias distintas, o ser humano sempre manteve certa relação com o “sagrado” e os aspectos místicos-religiosos tradicionalmente fizeram parte da sociedade. Com o Iluminismo e o avanço da ciência, a racionalidade passou a ser cada vez mais valorizada e o saber passou a se tornar algo mais objetivo, fazendo com que a religião passasse a não ocupar mais um lugar central, sendo entendida como um saber que encobria e obscurecia o verdadeiro conhecimento (GUIMARÃES, 2005).

No século XVII, Decartes teve grande influência reforçando a racionalidade, com a sua frase “penso, logo existo”, que tem certa correlação com valores masculinos. Naquele momento, existia uma caracterização da sociedade sobre o feminino, que estava relacionado a aspectos como a sensibilidade, as emoções e afetividade, características estas que “atrapalhavam” a obtenção da razão e assim, a produção do conhecimento. Deste modo, havia a forte crença de que a ciência traria todas as explicações sobre os fenômenos, porém ainda sim era preservado por alguns seguimentos da sociedade, a crença que a ciência não poderia explicar tudo. Portanto, a racionalização da vida, era questionada e desde essa época, a maneira de se lidar com a saúde separava muitas vezes o corpo da alma (GUIMARÃES, 2005).

Essa separação perdura até os dias atuais e trazem questionamentos para a vida dos indivíduos, como o caso de Rose que foi diagnosticada com bipolaridade, um transtorno psiquiátrico de causa ainda desconhecida, porém sabe-se que tem influência de fatores genéticos e que tem como sintomas principais as variações de humor, como alternância entre episódios de depressão e euforias. Ela busca compreender a causa dessa doença e o motivo de tê-la, porém mostra dificuldade em entendê-la sob o aspecto científico, buscando respostas sob a ótica religiosa.

A medicina ocidental reforça a ideia de que o corpo é uma espécie de máquina, que precisa e deve ser consertada quando há algum problema e essa lógica é muito evidente, principalmente nos serviços de saúde. Essa tendência faz com que muitos indivíduos – como Rose - não dividam com os profissionais que atuam nos serviços de saúde, questões que afetam o seu processo saúde-doença, por medo da medicalização.

O meu problema de saúde (...) eu levo para os dois lados, né? Eu levo para o lado religioso e levo também pro lado de sinais. Então eu me pergunto dos dois lados. Eu faço assim, tipo uma pesquisa de mim. Pra mim ver o que que tá acontecendo comigo, né? Porque eu não tenho muita certeza de muita coisa. (...) O médico, (...) às vezes eu converso um pouco sobre o assunto, mas eu não converso muito sobre esse negócio de eu ver as coisas... porque eu sei que eles já vão empurrar remédio. Eu lembro que uma vez, aconteceu isso. Eu contei uma vez só, aí ele pensou assim: ‘vou mudar o remédio dela, passar outro remédio pra ela. **(Rose)**

A medicina biologicista e medicalizadora dificulta a compreensão da saúde-doença como um processo complexo, que envolve também a cultura e crenças do indivíduo, que devem ser consideradas e caminharem juntas com o conhecimento científico, proporcionando o cuidado integral do sujeito.

Segundo Guimarães (2005), a medida em que o desenvolvimento industrial e tecnológico foi crescendo e o “mundo capitalista passou a girar em torno dos interesses do mercado e o consumo tomou lugar” (p. 178), a crise econômica e social causou o aumento da desigualdade social dos brasileiros, levando ao enriquecimento de poucos e o empobrecimento de muitos. As classes populares foram as mais prejudicadas, pois ao mesmo tempo em que tinham dificuldades para satisfazer suas necessidades básicas, os mecanismos do capital faziam com que essas pessoas procurassem saída para a crise. A saída então passa a ser por meio do consumo de bens simbólicos, sejam eles relacionados ao álcool, drogas, jogo ou práticas religiosas.

Neste sentido, um número crescente de pessoas passou a procurar as religiões, afinal, de uma maneira geral, elas buscam fortalecer a autoestima dos indivíduos através da valorização de dons espirituais. Estas, por incorporarem aspectos culturais e espirituais no processo saúde-doença, possibilitam uma visão ampla sobre a saúde do sujeito considerando as suas subjetividades de vida, o que a diferencia muitas vezes da medicina ocidental dominante hegemônica e biologicista.

Quando eu descobri [câncer], já estava num nível bem grave. Se eu tô resistindo e sobrevivi até aqui, foi muito um milagre! Foi muitas, muitas coisas, divinas mesmo que se eu te contar tudo... muita, muita coisa! **(Leila)**

Então, é Deus que toca o meu coração. É um toque muito grande de Deus no meu coração. Eu acredito, né?! E isso ajuda muito. Tudo isso ajuda, porque se for só médico, só médico, talvez eu não tivesse como eu tô hoje, né?! **(Rose)**

Importante destacar que os relatos demonstram que as mulheres inicialmente procuraram o apoio nos serviços de saúde para sanar suas necessidades, entretanto, buscaram a religião ao perceberem as práticas insuficientes nos serviços. Assim, a religião sugere que a prevenção, tratamento e recuperação de doenças estejam relacionadas a questões que envolvam o “corpo-alma”. Valla (2002) propõe esta teoria como apoio social e refere ser provável que o motivo da grande procura pelas Igrejas nas camadas populares seja para buscar sanar essas questões. Essa teoria, além de relacionar a doença com as emoções dos sujeitos, também sugere que o apoio do grupo tenha como efeito a melhoria do estado de saúde. Ao procurarem as instituições religiosas, os sujeitos mantêm relacionamentos pessoais, diminuindo assim o isolamento social. Para Guimarães (2005), a participação em cultos religiosos

tem um efeito terapêutico para os adeptos, primeiro porque dá um apoio psicológico aos fiéis, com palavras de conforto e estímulo, e ao proporcionar um ambiente acolhedor, onde os indivíduos são ouvidos em suas queixas e problemas. Eles são tratados como seres humanos e não apenas como doentes como é comum acontecer no atendimento público de saúde. Nas Igrejas, as pessoas encontram respostas para os seus problemas e se sentem satisfeitas com isso. Entretanto, isso não quer dizer que os problemas sejam realmente resolvidos. (p 184)

Em um contexto aonde existe uma extrema vulnerabilidade social, a ausência de ações do Estado e a insuficiência do acesso a direitos básicos como saúde, educação, saneamento, principalmente em territórios como da favela, é natural que as instituições religiosas ocupem espaço, pois chegam com o papel de atribuir algum significado aos sofrimentos dos indivíduos. Wermuth e Nielsson (2018) reforçam que dentro da religião os excluídos encontram o sentimento de pertencimento, que foi negado pelo Estado, encontrando, portanto, sentimentos como a esperança, respondendo assim, a algumas de suas necessidades.

Aqui tem muitas igrejas evangélicas, né?! Eu acho que isso também ajuda um pouco porque (...) tanto a Igreja católica como Igreja Evangélica aqui dentro, elas têm um trabalho muito de acolhimento. Então, isso reforça, né?! Lógico, os evangélicos, modo deles, né?! (...) Mas a pessoa não fica, vamos dizer assim... sozinha, a não ser que ela queira. **(Simone)**

A entrevistada, ao dar destaque para a existência do grande número de igrejas evangélica na Rocinha e a forma diferenciada que a mesma acolhe seus fiéis, traz à tona duas situações importantes, como o crescimento das igrejas evangélicas no Brasil ao longo das últimas décadas, e o modo como propõem difundir seus valores. Segundo Guimarães (2015), o aumento do número de igrejas evangélicas no Brasil é, inclusive, um fenômeno constatado pelos Censos e destaca que existem várias denominações para

as instituições religiosas evangélicas, referindo que “evangélico é um terno genérico que cobre o conjunto das igrejas protestantes” (p 181).

Essas igrejas promovem vários tipos de trabalhos sociais para a comunidade, como distribuição de cestas básicas, atendimentos médicos, cursos, festas, passeios e até auxiliam no encaminhamento de pessoas para conseguir empregos, ocupando um lugar que é de responsabilidade do Estado. As ações que deveriam ser promovidas pelas áreas de saúde, educação, lazer do município não são universais e abrangentes passando a ser assumidas pelas igrejas. Por sua vez, estas acabam cumprindo esse papel de forma mais satisfatória, atraindo a população, principalmente as que vivem em território vulnerabilizados, onde o acesso a esses serviços é mais precário. Em um contexto de vida conturbada das camadas populares, os cultos religiosos atraem as pessoas, pois proporcionam um ambiente de relaxamento, com músicas e dança, que por si só já são atividades terapêuticas.

Para Guimarães (2005), a fé se apresenta também como uma forma estratégica de resistir a pobreza, pois permite um sentimento que dá esperança e força para lutarem por melhores condições de vida. Outra estratégia da igreja para fortalecer a autoestima da população é a construção de uma identidade do “cidadão de bem”, pois com a situação da pobreza, a dignidade pessoal e a auto estima do sujeito é muito abalada e isso se apresenta até na forma de se vestir, sendo necessário estarem com roupas “decentes” e “sérias” para não serem tratados como “ladrões” ou “vadios”.

O autor refere que uma das principais causas do crescimento de evangélicos no país é o aumento da participação feminina, pois as mulheres se sentem motivadas a participarem dessas Igrejas pela rede de apoio ofertada que reforça sua autoestima e traz os homens mais próximo da vida doméstica. Assim, essas instituições propõem difundir a generosidade, a passividade e a humildade entre homens e mulheres e os pastores incentivam as mulheres trabalharem e ganharem seu próprio dinheiro, entretanto, continuam afirmando a inferioridade feminina em relação aos homens.

A indignação com o papel de inferioridade da mulher atribuído pelas instituições evangélicas também foi expressa pelas entrevistadas. Além disso, ressalta-se uma crescente tendência de aproximação da política com a religião. Essa tendência aumentou nos últimos anos e pôde ser observada durante a última eleição presidencial no Brasil, em 2018, bem como no município do Rio de Janeiro desde a eleição para prefeito do ex-bispo Crivela (2017 - 2020), que ao longo de seu mandato tem beneficiado muitos fiéis da Igreja Universal com recursos da prefeitura, o que pode ser exemplificado através da reportagem

do G1, dizendo que o prefeito prometeu “agilidade na cirurgia de catarata a 250 pastores e líderes evangélicos presentes em uma reunião secreta” (G1, 2018).

Segundo Wermuth e Nielsson (2018), existe um “evangelicalismo político”, que é considerado um movimento que contribui para sustentar o patriarcado, uma vez que viabiliza uma aliança ao fundamentalismo religioso e movimento de avanço ultraliberal. Afinal, observa-se que existe uma insegurança por parte do “evangelicalismo”, em função do avanço de frentes progressistas e à concessão de alguns direitos a grupos historicamente excluídos, “utilizando-se uma retórica codificada de gênero a fim de sustentar a retirada de direitos e a retomada de políticas extremamente austeras no que se refere à dimensão do bem-estar social” (p. 473). Simone exemplifica bem como algumas práticas religiosas podem contribuir para as opressões de gênero

No governo atual, se a gente falar que (...) uma das demandas que estão sendo pedidas, é um grupo de apoio a mulheres que sofrem violência doméstica, o que vai aparecer de mulher crente aí que apanha dentro de casa... eles não querem deixar! Imagina se querem que digam que aquele pastor é um filho da puta, que aquele obreiro, é um ordinário! Porque eu conheço, eu tenho umas amigas que são esposas de obreiros e que os maridos são uns filhos da puta. Ela chega na Igreja e o pastor fala: “não, minha filha, aceita! É provação de Jesus.” E não, não é, não é! É violência! É errado!

Logo, as instituições religiosas pregam que comportamentos negativos como traição, agressão física, alcoolismo e outros vícios são desvios e uma crise espiritual, que só a religião irá salvá-los e isso faz com que as mulheres não culpem o seu companheiro pelas condutas negativas. Isso faz com que diversas formas de violência sejam naturalizadas e aceitas contribuindo para que cada vez mais mulheres sofram com ela, afinal “ao converter-se a mulher não se rebela contra o marido, mas ao contrário, é incentivada a aceitá-lo com maior abnegação e conformismo, tornando-se mais dócil e compreensiva” (GUIMARÃES, 2005, p. 185).

Wermuth e Nielsson (2018), ainda destacam que o uso estratégico das narrativas sobre “valores familiares”, também se apresenta como uma forma de sustentar o patriarcado, pois reforça a ideologia da “defesa da família, da moral e dos bons costumes”, que ficou inclusive evidente no governo brasileiro. Um exemplo recente foi os discursos de muitos deputados federais, no momento de “justificar” seus votos a favor do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, nos quais citavam Deus e valores pertinentes a um conservadorismo. Portanto, pode-se observar uma “aliança entre ultraliberalismo econômico, fundamentalistas religiosos e conservadores de um modo geral” (p. 477) que é por sua vez, representada na configuração do governo brasileiro onde “o poder é exercido por e para, homens, brancos, heterossexuais e economicamente

ativos (ricos), enquanto as mulheres e outros grupos subalternos exercem seus papéis ‘naturais’ e não remunerados de cuidado” (p. 477). Inclusive é visível campanhas massivas que atribuem a integrantes de movimentos progressistas, como defensores dos direitos humanos e feministas, o valor de inimigas das famílias, pelo fato de defenderem a legalização do aborto, a liberdade sexual, o casamento homoafetivo, entre outros.

Segundo Guimarães (2005) “as igrejas evangélicas não estimulam a ação coletiva, mas promovem estratégias individuais de mobilidade ascendente por meio de uma nova conduta moral bem afinada com o espírito capitalista de competição individual e acumulação privada” (p. 187). Todavia, é importante destacar que não só as instituições evangélicas pregam crenças que refletem comportamentos que corroboram para a reprodução do machismo, do patriarcado e do sexismo na sociedade. Por isso, esse tema precisa ser discutido de forma que as opressões naturalizadas por todas os tipos de Instituições Religiosas sejam percebidas e combatidas, pois trazem consequências graves para a sociedade, apenas em favor do capital.

As **redes sociais afetivas**, apareceram como sendo uma rede de apoio forte e imprescindível para sanar as necessidades de saúde das mulheres da Rocinha, inclusive como uma estratégia de resistência. Dentre essas redes sociais afetivas, as entrevistadas destacam pessoas ou grupos de pessoas que foram (e são) fundamentais em suas vidas, seja amigos ou familiares que as auxiliam em seu cuidado de saúde, autoestima e questões relacionadas a sobrecarga de trabalho da mulher, como os cuidados com os filhos.

Eu tava desempregada e o pai dele não tá dando a pensão e aí eu comecei a falar com as pessoas boca a boca que eu tava precisando. Aí conversando com a menina na natação (...) disse que eu tava desempregada e ela disse que conhecia um lugar que tinha uma menina que tava pra sair, e aí ela me indicou. **(Bertha)**

Sempre foi tudo muito difícil, porém eu sempre tive um grande companheiro que era meu marido. Eu acho que eu tive anjos da minha vida, né? Além do meu marido, eu fiz muita amizade também aqui na Rocinha. (...) Fiz amizade com a professora das minhas filhas... então ajudava a cuidar. Quando por causa do trabalho, eu chegava mais tarde, ela tomava conta. e depois que ela teve um filho, eu também ajudava. Aí, ela ia estudar a noite e eu tomava conta do filho dela e eu fazia uma troca. Apareceram vários anjos na minha vida, ao longo da vida. Por que fácil não é, né? **(Patrícia)**

Uma questão que chama atenção é, que apesar de atribuir um valor ao marido como “um grande companheiro”, Bertha destaca as dificuldades enfrentadas para conseguir conciliar o trabalho fora e o cuidado com as filhas e destaca como o apoio fundamental – se não, o principal - a amizade que fez com a professora das filhas para que fosse possível conciliar suas atividades diárias, reforçando o apoio entre ambas, para conseguirem conciliar o cuidado com os filhos – responsabilidade em comum das duas

mulheres – com o trabalho fora e o estudo. Para Biroli (2018), a entrada das mulheres no mundo do trabalho remunerado, não foi acompanhada pela oferta de equipamentos públicos e comunitários de amparo as mães, sendo comum que parentes ou outras mulheres da comunidade assumam o papel de cuidar das crianças, desta forma, “a família pobre, pode não se constituir como um núcleo, mas como uma rede” (p. 110). Assim, no dia a dia dessas mulheres, existe um grande desafio na criação dos filhos que requer superação e solidariedade, além de em muitos casos, custos altos de sofrimento e desgaste prejudicando inclusive sua autoestima, como exemplifica Bertha:

Ás vezes a gente tá com a autoestima lá embaixo, né? A gente não tá vendo nosso potencial, nossa potência. Eu acho isso muito importante da mulher... que ajude uma a outra, entendeu? De se colocar mesmo, no lugar da outra, essa questão da sororidade. De ajudar, entendeu? Acho que é isso é muito importante. A pessoa tá com a autoestima lá embaixo e só de você tá conversando com a pessoa, você já tá ajudando pra cacete cara, o psicológico.

As entrevistadas demonstram a necessidade de buscar a união entre as mulheres baseado em valores como empatia e companheirismo. Segundo Hooks (2018) a solidariedade política que ocorre entre mulheres, “vai além do reconhecimento positivo das experiências e da compaixão compartilhada em casos de sofrimento comum” (p. 36). A autora reforça que a sororidade “está fundamentada no comprometimento compartilhado de lutar contra a injustiça patriarcal” (p. 36) independente da forma dessa injustiça. Desta forma, ela é capaz de enfraquecer o sexismo e auxilia no combate ao patriarcado, porém destaca que ela não é possível se não forem consideradas as questões de raça e classe, pois enquanto as mulheres utilizarem poder de classe e raça para exercerem dominação umas sob as outras, essa sororidade não pode existir por completo.

As mulheres também trouxeram reflexões sobre a potência que grupos de mulheres e projetos sociais podem ter, sendo importantes fatores de proteção para sua saúde e contribuindo para mudar suas vidas e de outras mulheres.

Nós somos um grupo de mulheres, somos quatro meninas, uma solteira e as que foram casadas (...). Eu tenho uma amiga que ela tem síndrome do pânico (...) e a gente se ajuda mutuamente. Por isso eu falo, as redes de relacionamento são muito importantes. São as que seguram, né? (...) A mulher tem essa facilidade. Se não fosse isso, a gente tava fudida. As redes são muito importantes e se não tem psicólogo, começa a fazer campanha. Falem ‘mulheres se unam, conversem!’ Encontra uma pessoa a qual você pode falar, que vai te entender, ou apenas só te ouvir. Se unam, sejam mais solidárias, sejam amigas de verdade! Não seja competitiva. **(Simone)**

Eu acho que todos os meus meios de proteção, estão nos projetos sociais que eu faço. Todos, todos. O projeto social foi minha salvação desde o início. Comecei o meu primeiro projeto de 13 para 14 anos. (...) Então o projeto social tem uma coisa assim de comunidade, de cuidado, de um ajudando o outro. A gente não tem nada, mas a gente vai começar do nada e vai construir tudo! É

muito idealizador, sonhador, e aumenta sua autoestima e te empodera!
(**Ângela**)

Eu já era presidente da Cooperativa (...), que ainda hoje existe, e aí foi numa época muito boa, que tivemos quase cem mulheres e a gente teve uma parceria muito boa, mulheres que são nomes renomados aí na moda, (...) e os estilistas. Eles fizeram trabalho com as mulheres e aí a gente fez o desfile da França, a gente fez desfile na Alemanha. Eu tive a oportunidade de ir pra França, pra Espanha, pra Alemanha, levando mulheres da Rocinha. (**Celina**)

As participantes da pesquisa, também trouxeram contribuições positivas do trabalho junto a **arte e cultura**, identificadas como importantes ferramentas para a manifestação de sentimentos e sensações e que possibilitam discussões fundamentais para a sociedade. Assim, contaram experiências exitosas vivenciadas em atividades de grupo que envolviam arte e cultura como dança, teatro, música, entre outros. Além de serem identificadas como formas de rede de apoio, constituem-se como armas poderosas de resistência e luta.

Simone, que participa de alguns projetos realizados na Rocinha, compartilhou algumas experiências, com o grupo de teatro desenvolvido há mais de duas décadas pela Companhia de Teatro Roça Caça, que tem o objetivo de abordar temas relevantes e mostrar a resistência de quem mora na favela. Ela se considera “uma mulher comum, no sentido de que trabalho, estudo, faço as minhas coisas, mas em outro ponto, sou uma agente ali de cultura, voltada para a cultura da Rocinha” e conta que o teatro auxilia muito, pois traz reflexões sobre a vivência e cotidiano de forma que seja possível pensar no que pode melhorar, dizendo que “não é pensar no negativo, não! (...) É trazer essa luz. (...) Vai ter um jeito. Tá no buraco, mas (...) vai melhorar! Porque se eu não colocar esperança no outro, como é que o outro vai ter força?”

Neste sentido, ela diz que só depois de algum tempo realizando esses trabalhos, descobriu o importante papel social e antropológico que ele tem, sendo potente para auxiliar nos problemas enfrentados pela população, sobretudo, pelas mulheres. Nestes espaços a entrevistada encontra a oportunidade de realizar discussões sobre gênero, raça e violência, conseguindo dar um acolhimento para as mais diversas formas de sofrimento que atingem as mulheres e são trazidas por elas, auxiliando a transformá-las em fortalecimento.

Eu tento trazer o delicado da vida. Porque o bruto já tá aí... e cadê o delicado? Cadê a poesia? Cadê a música? Cadê essa coisa de você ter coisas boas dentro de si, que você não consegue colocar pra fora? Aí, muito embora eu fale dessas questões de luta, eu tento trazer o delicado da vida. Qual é o delicado da vida?!
(**Simone**)

Lembro que quando estava entrevistando Simone, passou uma borboleta e ela interrompeu para contemplá-la e reforçar sobre como muitas pessoas não se atentam para observar os pequenos encantos da natureza e da vida, como uma borboleta voando. Como diz a frase de Gilles Deleuze: “O poder requer corpos tristes. O poder necessita de tristeza porque consegue dominá-la. A alegria, portanto, é resistência, porque ela não se rende. Alegria como potência de vida, nos leva a lugares onde a tristeza nunca nos levaria”. E desta forma, a dança, foi uma outra atividade que apareceu no estudo como um espaço de rede e fortalecimento, despertando as potências das mulheres.

Eu faço dança do ventre aqui, né?! (...) O que você vê de mulheres sabe?! (...) que começam a se valorizar e começa a ver que podem. (...) A aula você aprende a dançar, mas é mais um encontro de mulheres (...). Então a dança é pra nós mais uma rede, né?! (...) Trabalha a autovalorização e autoconhecimento pra poder despertar a sua potência. **(Simone)**

Eu comecei a dançar e foi uma coisa assim, libertadora, sabe?! Libertador... te libertando assim do teu corpo, conhecer pessoas, você fica mais... sensualizada, entendeu?! Porque eu não me permitia isso! Não me via nisso. (...) Não me via assim, sensualizando, isso não era permitido. **(Bertha)**

Como refere Arruzza et al. (2019), “O capitalismo é a bárbarie. Transforma tudo em mercadoria: corpos, talentos, fê, trabalho, amor, desejos, mulheres.” (p.17). E lutar contra esse sistema opressor capitalista através da alegria proporcionada pela arte, cultura e afetos, talvez seja uma das melhores formas de lutar contra o sistema.

Segundo Tiburi (2019, p. 53), “o termo ‘luta’ nos diz de um bom afeto, de algo nos anima, inspira e instiga”, sendo uma ação que surge a partir de um desejo e nos politiza. Portanto é uma “ação poética” no sentido da criação de uma obra que se revela em ação política. Desta maneira, entender a política em sua amplitude, é algo necessário para a promoção de mudanças na sociedade.

Todos nós fazemos política, até calado, a gente faz política. (...) Então assim, se a gente não aprender que política faz parte, e que não é a política desse vereador, nada disso! É a política de discutir e vê o que que é melhor pra gente!! Se empoderar, né? É dizer assim, a gente tem esse direito! Seria muito melhor **(Celina)**

Eu digo sempre, eu penso muito que ser morador de favela, principalmente negra, e continuar vivendo/sobrevivendo é um ato político! A gente faz política todo dia vivendo!! (...) A gente faz política em cada espaço que a gente tá! A gente tá na escola, a gente já está fazendo política (...). Então, os meus meios de cuidar disso tudo é exatamente levar para um outro lugar que eu sei que vai ser muito mais abrangente. (...) É aquela coisa de ‘sozinho eu não consigo, mas aí, a gente vai fazer um trabalho de formiguinha ou vai levar pra uma grande instituição. (...) Todo lugar que eu tenho oportunidade de falar (...), eu vou falar das pendências... porque se ainda tem aqui, porque se não melhorou, tem que continuar falando, né?! **(Ângela)**

A última questão a ser destacada nesta categoria de análise é a necessidade da **construção compartilhada de conhecimento**. Segundo Oliveira e Valla (2001), levar em consideração as respostas vindas da sociedade, nos remete a pensar em uma forma de construir um conhecimento baseado na troca de saberes de diversos sujeitos. Sujeitos estes, possuidores de saberes e conhecimentos baseados em suas experiências e sua cultura, sendo o diálogo entre esses agentes fundamental para o alcance da resolução de alguns problemas de saúde. Portanto, deve-se entender o processo de produção de conhecimentos como uma forma dinâmica, pois para além do processamento de informações, a produção de conhecimento também acontece com base na maneira como o sujeito se apropria desta informação, interpretando-a e produzindo assim, novos conhecimentos.

Paulo Freire (2018), traz uma crítica importante sobre um modo de educação que ele chama de “educação bancária”, no qual tem uma proposta de transmissão de conhecimento, como se o saber fosse uma espécie de doação dos sujeitos que se julgam sábios para aqueles que se julgam sem saber, como se o conhecimento fosse algo que precisasse ser depositado, negando a educação e o conhecimento como processos de busca, troca e dialogicidade e portanto, sem proporcionar uma educação libertadora, participativa e emancipatória aos sujeitos. Todavia, Ângela e Dandara destacam que para que isso seja possível, é necessário, primeiramente estar próximo dos sujeitos.

Eu acho que a informação ela tem que tá circulando de dentro do território. A informação, tem que ser viva e circular ali dentro. Não é só uma coisa de mídia, não é só uma coisa de TV e compartilhar no Facebook e grupo de Whatsapp. Não!! É estar aqui dentro mesmo. “Vamos fazer uma roda de conversa?” e vamos debater com várias mulheres de várias idades sobre como é que elas se sentem em relação à saúde, quais as informações que elas precisam? Porque não adianta chegar também com algo pronto aqui “ahhh... essa aqui é a cartilha e vocês seguem isso aqui”. Porque também não é uma ditadura, ainda. A gente não tá catequizando. É pra perguntar, né? Então acho que é isso, é essa informação viva que circula dentro do território. (Ângela)

Buscar as pessoas em casa, o jovem nas escolas daqui... aqui tem muita escola, sabe?! (...) A gente poderia investir um pouco mais nisso aí! (...) informação pra população fora do posto; tirar aquela informação do posto, e levar pra um poste! Pra um supermercado... conversar com o gerente ali, tá entendendo?! Por que se eu não vou no posto me tratar porque eu vou lá ver uma campanha?! (Dandara)

Sem a participação popular, as dificuldades no alcance das suas reais necessidades de saúde da população, não serão sanadas. É preciso ouvi-las, acolhê-las e pensar estratégias conjuntas. Valla (1996) destaca que existe uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde em compreender o que os sujeitos das chamadas classes subalternas dizem, principalmente pelo fato de terem dificuldade em aceitar que essas

peças podem produzir conhecimentos e assim estruturar reflexões sobre a sociedade e contribuir com seus pensamentos. Essa postura acaba por desvalorizar o saber popular, dificultando inclusive transformações importantes na sociedade, pois conforme afirma Acioli et al. (2002), o reconhecimento do saber popular é um elemento importante para a transformação social.

Neste sentido, as mulheres trazem reflexões importantíssimas sobre a necessidade de mudar a forma de produzir saúde, buscando aproximação com o público nos locais aonde a população frequenta, sendo preciso atraí-las de alguma forma, pelo menos em um primeiro momento, seja por meio de brindes, lanches, ou outros atrativos e compartilhando experiências exitosas graças a parcerias.

Não adianta você fazer uma palestra e botar um cartaz na clínica, se as pessoas não vão na clínica! Tem que colocar numa rádio, tem que colocar na porta de um baile funk, sabe?! Tem que dar algum brinde, alguma camiseta pra que as pessoas vão atrás da informação, (...) depois elas vão sozinha! Falta isso! Esse início, agitar os líderes comunitários pra isso. Porque líder comunitário, não tem que ver só chuva, só barraco, só isso, sabe?! Ele tem que ver a saúde. (...) Falta os jovens tá mais dentro do posto, mas ali com vocês, fazendo campanha, fazendo o programa uma tarde de sábado, sabe?! Talvez, não sei, autônomo mesmo... fazer uma festa junina. Pega os líderes comunitário e faz evento. (...) Então tipo assim, apoiar... buscar onde tá tendo o evento. (...) Fala com o organizador, pede pra divulgar pro seu público. (...) Acho que falta isso. Falta isso! **(Dandara)**

Nem todo mundo consegue (...) uma alimentação saudável por questão financeira. Mas aí por que que o posto de saúde não faz uma parceria? Nós temos aqui um rapaz que faz hortas comunitárias... faz parcerias com esse cara! Vai e insiste. Vai nos mercadinhos e diz assim: olha, a gente queria saber se vocês podem fazer uma parceria, sei lá. Sobra folha, cara., pra poder dar para as pessoas. (...) Isso aqui é uma comunidade. **(Simone)**

Como exemplo, o relato de uma experiência exitosa vivenciada em projetos na Rocinha, que possibilitou parcerias que viabilizaram a ida de algumas adolescentes para fora do país, além de auxiliá-las das mais diversas formas, seja com emprego, moradia, e acesso aos serviços de saúde

A gente tinha um grupo de meninas, tinha 50 meninas, adolescentes e eu tenho muito orgulho disso porque é umas meninas que era de baile funk aqui na Rocinha. (...) Então, elas eram muito soltas. E aí a gente conseguiu dar (...) cursos de corte e costura, tinha as aulas de português, matemática, né! Tinha uma sexóloga, que ajudou muito (...). Pra não só dar para as meninas português, matemática e corte e costura, bordado, só coisas manuais, a gente achava interessante que elas tivessem uma orientação sexual, né? Porque até pra elas se cuidarem. (...) E para as meninas, foi tudo muito interessante, porque (...) a gente conseguiu uma parceria com o Posto na época (...) e conseguiu passar todas elas no ginecologista. E aí descobrimos algumas coisas, né? A gente não, as médicas. De doença e aí elas já trataram. Uma tava grávida e não sabia, e a família também não sabia e depois essa menina teve uma expulsão de casa e a gente tentou ajudar, e depois a gente conseguiu também com uma parceria com o Centro de Nazaré, que eles pagassem pra ela, durante um ano, um quarto, uma quitinete pra ela morar. E hoje ela tem dois filhos, é casada. **(Celina)**

Desta forma, as estratégias podem ocorrer de diferentes formas e em espaços distintos, afinal, o objetivo maior é lutar contra um sistema que funciona oprimindo nossas mulheres e outros grupos populacionais vulneráveis em favor do capital. Como destaca Arruzza et al. (2019), não se pode ignorar que o Brasil é um país com uma enorme desigualdade social, sendo necessário união com a luta “anticapitalista”; com altos índices de assassinato e que a maioria deles, atinge negros, sendo necessário se unir as lutas antirracistas; onde cada dia mais, nossos alimentos estão sendo envenenados através do agronegócio, sendo necessário nos unir a uma luta “ecossocialista”; aonde a população LGBT sofre com preconceito, sendo inclusive fatais todos os dias, sendo necessário de unir a luta “antiLGBTfobia”.

Neste sentido, a construção compartilhada de conhecimento, se apresenta como uma forma potente para promover a união entre os grupos populacionais historicamente vulnerabilizados, sendo necessário que a luta das mulheres seja conjunta com as demais em prol do direito à vida, da liberdade e responsabilidade com a natureza.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação, buscou se basear em perspectivas feministas, apresentando inicialmente um histórico a respeito das opressões, lutas e conquistas das mulheres ao longo dos séculos até os dias atuais, com o objetivo de melhorar a compreensão sobre o processo saúde-doença das mulheres moradoras da Rocinha/RJ e a análise a respeito das suas necessidades de saúde.

Nota-se que ao longo da história, as mulheres sempre tiveram grandes potências e por isso, sofreram opressões por aqueles que temiam seu poder. Elas já foram vistas como Deusas em uma sociedade matriarcal, entretanto o patriarcado começou a bani-las quando se viram ameaçados. Essas histórias de opressões seguiram durante a Idade Média, ficando bem acentuado com a “caça às bruxas”, e na transição para o mundo capitalista, sendo ainda mais graves com as mulheres negras, principalmente na época na escravidão. E apesar de todas as conquistas ao longo do tempo, incluindo as fortes contribuições dos movimentos feministas, observa-se que muitas opressões perduram ainda atualmente.

À medida em que as mulheres foram lutando contra as diversas formas de violências sofridas, o conceito de gênero passou a existir contribuindo para reflexões sobre como as relações sociais são produtoras dessas violências e opressão, que por sua vez trazem graves consequências para a saúde das mulheres.

No Brasil, o setor da saúde também teve avanços ao longo do tempo, principalmente após a criação do SUS, que proporcionou uma melhoria da assistência à saúde da população através de serviços e políticas públicas. No que diz respeito às Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil, observa-se avanços, entretanto ainda há limitações, principalmente no que diz respeito a integralidade da assistência. Neste sentido, para que as necessidades de saúde das mulheres, sejam contempladas pelos serviços para além da saúde reprodutiva, é necessário que discussões de gênero e suas intersecções, como raça e classe sejam compreendidas pela sociedade civil e pelos profissionais de saúde.

A favela se apresenta como um território vulnerabilizado, sendo um espaço de luta pela cidade. Nesse território existem grandes relações de solidariedade pelos moradores que se ajudam mutuamente na tentativa de sanar as ausências do Estado e lutar por seus direitos. Entretanto, o sistema capitalista é tão perverso, favorecendo cada vez mais as desigualdades sociais, que é notório o quanto a falta de saneamento, habitações, acesso aos serviços de saúde, entre outros recursos é prejudicial à saúde dos moradores,

sobretudo das mulheres que ainda sofrem com as violências de gênero que permeiam a sociedade há séculos.

Em suas histórias, as moradoras da Rocinha que participaram deste estudo, elencaram inúmeros aspectos positivos de viver nesse território, como a criação de importantes laços afetivos, redes sociais solidárias e conhecimentos adquiridos. Entretanto não deixaram de destacar sobre as dificuldades relacionadas a infraestrutura urbana deste local, como o saneamento básico, habitação, topografia, dificuldades de acesso a serviços como água, luz e coleta de lixo e a violência armada. Essas situações foram apresentadas como fatores que influenciam fortemente suas situações de saúde, podendo ser observado o quanto o modelo teórico da determinação social da saúde se aplica.

As suas experiências de vida também mostram o quanto as violências de gênero afetam a saúde desde a infância até a vida adulta. Elas trouxeram principalmente experiências relacionadas a violência doméstica, ao casamento, maternidade e a sobrecarga de trabalho, em função da dupla jornada e do trabalho doméstico não remunerado. Todas essas experiências, assim como aquelas que envolvem discriminações em função do machismo, influenciam sua saúde física e principalmente a mental.

Fica claro que as diversas formas de violência de gênero influenciam a vida das mulheres de maneiras distintas e não devem ser analisadas isoladamente. É fundamental compreender que elas são produzidas principalmente em função das relações de poder de dois sistemas: o patriarcado e o capitalismo.

As necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres estão relacionadas as boas condições de vida, como direito ao descanso e ao lazer, assim como a importância de ter laços afetivos e redes de apoio. Muitas delas, referiram que essas necessidades têm a ver com a sobrecarga de trabalho exercidos por elas, por isso esses elementos que favorecem o bem estar, ficam prejudicados. Resgatando a pergunta “quem cuida das mulheres?” após realizar este estudo, reflito e acredito que a resposta seja: elas mesmas. Através das mais distintas maneiras, cuidam de si e umas das outras, formando suas redes de apoio próprias para se sentirem amparadas e tornar possível o enfrentamento das dificuldades.

Dificuldades trazidas elencando as necessidades de ações pelo Estado como a realização de políticas públicas efetivas e serviços como habitação, saúde e saneamento. As necessidades relacionadas aos serviços de saúde, ganharam destaque pois foram apresentadas necessidades de cuidado integral e humanizado que contemplem os seus direitos sexuais e reprodutivos em sua totalidade. Além disso, a necessidade da oferta de

serviços de saúde mental também foi evidenciada, considerando que uma vez que os aspectos psicossociais foram importantes influenciadores dos estados de saúde das mulheres.

Nesta perspectiva, pode-se observar o quanto os serviços não conseguem alcançar as necessidades de saúde das mulheres e essa dificuldade também tem íntima relação com os inúmeros retrocessos vividos no país nos últimos anos, que favoreceram o desmonte do SUS com medidas que afetam diretamente seu funcionamento. Destaca-se aqui a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que fala sobre um teto de gastos para saúde nos próximos vinte anos, a reformulação da PNAB em 2017, as alterações na Reforma Trabalhista e Previdência Social, o incentivo a privatização e terceirização dos serviços, além um conservadorismo político crescente e influenciado por setores religiosos.

Esse contexto foi inclusive desafiador para a realização deste estudo, pois grande parte dos retrocessos destacados, ocorreram nos dois anos de realização desta pesquisa (e ainda seguem ocorrendo), que é finalizada em um contexto de pandemia por covid-19, com milhares de mortes, colapso do sistema público de saúde, aumento do desemprego, da fome, da violência do Estado e da violência doméstica devido ao isolamento social, entre outras situações que geram medo e desafios enormes para o SUS e para as políticas públicas sociais e de saúde.

A forma atual, neoliberal do capitalismo, tem contribuído para propor ideais as mulheres de liberdade, porém reforçam a exploração e opressão de maneira silenciosa (ARRUZZA et al., 2019). As mulheres que participaram deste estudo mostraram o quanto as redes de apoio são fundamentais para resistir as diversas formas de violências sofridas, apesar de sinalizarem que algumas, como a religião, também pode reproduzir opressões. Todavia, destacaram estratégias potentes de lutas que envolvem a construção compartilhada do conhecimento e que podem se tornar ainda mais potencializadoras através da arte e da cultura. Dentre as estratégias, elencaram também a importância de mudar a forma de produzir saúde, sendo preciso uma maior aproximação entre os serviços e a população.

Assim, o setor saúde precisa compreender sobre as questões de gênero e suas intersecções (raça, classe, orientação sexual etc.), para conseguir alcançar uma escuta sensível e empática e proporcionar uma assistência integral à saúde.

A luta contra as opressões sofridas pelas mulheres deve ocorrer em conjunto com outras lutas sociais, que envolvem o racismo, machismo, homofobia e ao próprio capitalismo que permite uma desigualdade social cada vez mais extrema, sendo

necessário a luta de classe e o fortalecimento da democracia, pois como refere Arruzza et al., “o capitalismo é fundamentalmente antidemocrático” (2019, p. 88).

O fortalecimento da democracia pode (e deve) ocorrer em diversos espaços, seja nos serviços de saúde, ou fora dele. Seja através da arte, da cultura, das redes sociais, das relações afetivas, ou através da pesquisa, como essa dissertação, que traz reflexões e subsídios importantes para revisão e formulação de políticas públicas e a reorganização do cuidado em saúde, principalmente na atenção básica, a fim de proporcionar a integralidade no cuidado.

Refletindo sobre todas as contribuições proporcionadas pelas mulheres que participaram deste estudo, assim como as autoras as quais tive a oportunidade de me aproximar por meio das leituras realizadas, acima de tudo, entendendo o meu lugar de mulher em uma sociedade patriarcal e capitalista que sofre também as opressões desses sistemas – mesmo que de forma menos graves do que muitas outras – finalizo essa dissertação destacando o quanto acredito que a luta das mulheres deve ser com base na sororidade e conjunta ao combate de todas as outras formas de opressão presentes na sociedade, reforçando o valor da democracia. Assim, como diz a feminista e ativista Audre Lorde, também tenho fortes convicções que “Não serei livre enquanto alguma mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas” (LORDE, [19–] apud RAMOS, ORSOMARZO, 2017, online).

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia et al. Reflexões sobre a Construção Compartilhada do Conhecimento em Saúde na localidade do Alto Simão / Vila Isabel - RJ. **Interagir**: pensando a extensão, Rio de Janeiro, v. 2, p. 17-22, dez. 2002.
- ALMEIDA, Gabriela Perissinotto de. **Estereótipos de gênero sobre mulheres vítimas de estupro**: uma abordagem a partir do viés de gênero e dos estudos de teóricas feministas do direito. 2017. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.
- ALMEIDA, S. L. de et al. Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, p. e786, ago. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/786>>. Acesso em: 10 maio 2020.
- ALVES, B. M.; PITANGUY, Jacqueline. **O que é feminismo?** São Paulo: Brasiliense, 1991. (Coleção Primeiros Passos)
- ANDRADE, Rebecca Soares de et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 505-521, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462016000200505&lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2019.
- ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Pernambuco, v. 5, n. 3, p. 337-348, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292005000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 maio 2020.
- ARRUZZA, Cinzia et al. **Feminismo para os 99%**: um manifesto. São Paulo: Boitempo, 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 465-469, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800027&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 maio 2020.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2009.
- BARBOSA, Isabelle Ribeiro et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 253-262, jan. 2016.

_____. et al. Relações étnico-raciais, políticas de gênero e interseccionalidades. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 31, n. 1, p. 30-39, jan. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/39003>>. Acesso em: 14 maio 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, Antonio Teixeira de; BUSANELLO, Elisabete. Machismo discursivo: modos de interdição da voz das mulheres no parlamento brasileiro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-15, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ref/v27n2/1806-9584-ref-27-02-e53771.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2020.

BARROS, Marcos Vinícius Vieira; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres com depressão pós-parto: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, p. 122-139, jan./mar. 2019. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5817/pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

BECKER, H. S. Problemas de inferência e prova na observação participante de Howard Becker. In: _____. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**, Editora Hucitec: São Paulo, 1994. cap. 2, p. 47-64.

BEZERRA, Mariana Lemos de Moraes. **Think Olga**: interseccionalidade, comunicação midiática no facebook e a apropriação da identificação de gênero no sujeito do feminismo. 2018. 213 f. Dissertação (Mestrado em Estudos da Mídia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018.

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

BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda Vecchi. A importância do ensino sobre gênero na graduação em Saúde Coletiva: uma interseção necessária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 67-79, jun. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2019.v28n2/67-79/>>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Lex**: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 06 maio 2020.

BRASIL. Lei nº. 8080/90, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 05 set. 2018.

BRASIL. Lei nº. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 05 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 jan. 1996.

BRASIL. Lei nº 13.287, de 11 de maio de 2016. Acrescenta dispositivo à Consolidação da Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para proibir o trabalho da gestante ou lactante em atividades, operações ou locais insalubres. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 maio 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13287.htm>. Acesso em: 04 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, nº 8.036, de 11 de maio de 1990, e nº 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 jul. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm>. Acesso em: 04 maio 2020.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/1997/medidaprovisoria-1591-9-outubro-1997-376705-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 05 maio 2020.

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**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2020.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres**. Brasília. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BORIS, G. D. J. B. B.; CESÍDIO, Mirella de Holanda. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 451-478, set. 2007.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, 13 ago. 2018.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. Sobre o poder simbólico. In: _____. **O Poder Simbólico**. Lisboa: Difel, 1989. p. 17-58.

_____. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. Tradução de Denice Barbara Catani. São Paulo: Ed. Unesp, 2003.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013.

BRITO, Jussara Cruz de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p. 195-204, mar. 2000.

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

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: abr. 2018.

BRUM, Mário Sergio Ignácio. **Cidade Alta: história, memórias e estigma da favela num conjunto habitacional no Rio de Janeiro**. 2011. 362 f. Tese (Doutorado em História Social) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

CAMPOS, Andrea Almeida. As Bruxas retornam... Cacem as Bruxas! (Um argumento para o controle histórico da sexualidade feminina). **Revista Espaço Acadêmico**, Paraná, v. 9, n. 104, p. 64-72, jan. 2010.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 605-618, dez. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832007000300014>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 21, p. 1260-1268, ago. 2005.

CANELLA, Daniela Silva; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; JAIME, Patrícia Constante. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 297-308, 2013.

CARDOSO, Cristiane. O espaço e o lugar na favela: as diferentes representações e identificações sobre a Favela da Maré, Rio de Janeiro. **Geosul**, Florianópolis, v. 3, n. 59, p. 145-166, jun. 2015.

CÁRCAMO, Maria Inês Corrêa. **Configuração territorial e problemas de saúde e ambiente em uma periferia metropolitana: o caso do bairro Jardim Gramacho – Duque de Caxias**. 2013. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, mar. 2018.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões de rede de adução popular em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

CASTRO, Maria Gabriella Mayworm de. **Uma análise feminista da construção de gênero em livros didáticos de inglês aprovados pelo pnld 2014**. 2016. 135 f. Dissertação (Mestrado em Estudos de Linguagem) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2016.

CASTRO, Vanessa Carvalho Barros de; CAMPOS, Daniela Cristina; ARAÚJO, Flávia Simões de. Saúde não é mercadoria, é direito. **Ab Origine – Cesut em Revista**, Goiás, v. 2, n. 25, p. 70-80, dez. 2017. Disponível em: <<https://sfo2.digitaloceanspaces.com/indexiscdn/cesut/2019/02/03-Saude-nao-e-mercadoria-e-direito.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2020.

CECILO, L. C. Cuidar é, sempre, um ato político. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**, Petrópolis, v. 1, n. 1, p. 76-79, maio/out. 2016.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, C. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC, 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 496-498, 2011.

CHAGAS, Letícia; CHAGAS, Arnaldo Toni. A posição da mulher em diferentes épocas e a herança social do machismo no Brasil. **Portal dos Psicólogos**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 1-8, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1095.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2020.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 154-160, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 maio 2020.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração. **Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Lisboa: OMS, 2010.

CORDEIRO, Michelle Ferreira. **SISREG**: Uma ferramenta de desafios e avanços para a garantia do direito à saúde. 2015. 56 f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12631/1/2015_MichelleFerreiraCordeiro.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CUNHA, Marize Bastos da. **Nos desencontros e fronteiras**: os trabalhadores sociais das favelas do município do Rio de Janeiro. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

_____. et al. O desastre cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 33, p. 39-5, 2015.

_____. et al. Vigilância Popular em Saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: Bruno Oliveira de et al (Orgs.). **Educação popular no sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2018. cap. 6, p. 79-101.

DAFLON, Verônica Toste. Dilemas e perspectivas dos feminismos no Brasil contemporâneo. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 315-320, abr. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sant/v9n1/2238-3875-sant-09-01-0315.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2020.

DANTAS, Luana Adrielle Leal; SOLANO, Lorrainy da Cruz; OLIVEIRA, Lucídio Clebeson de. Assistência à saúde mental voltada para mulheres na atenção primária à saúde. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 73-80, ago. 2019. Disponível em: <<http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/202/123>>. Acesso em: 14 maio 2020.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DORES, A. dos A. et al. O conceito de interseccionalidade: contribuições para a formação no ensino superior. **EDUCERE** - Revista da Educação, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 251-262, jul./dez. 2017.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, v. 20, n. 24, p. 213-225, 2004.

EGRY, Emiko Yoshikawa et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1181-1186, nov. 2009.

FAVRET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. Tradução de Paula Siqueira. **Cadernos de campo**, São Paulo, n. 13, p. 155-161, mar. 2005. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/download/50263/54376/>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

FAZOLI, Kelly Leal Silveira. **Ser mulher enfermeira no cuidado com o seu corpo: uma hermenêutica heideggeriana**. 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

FEDERICI, Silvia. **Mulheres e a caça às bruxas: da idade média aos dias atuais**. São Paulo: Boitempo, 2019. p. 158.

FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes de. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal Management Primare Health Care**, São Paulo, p. 1-17, out. 2019. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/579/871>>. Acesso em: 20 maio 2020.

FERNANDES, Maria Neyrian de Fátima et al. Assédio, sexismo e desigualdade de gênero no ambiente de trabalho. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 237-253, jun. 2019. Disponível em: <<https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/615/pdf>>. Acesso em: 27 maio 2020.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p. 483-490, set. 2006.

FIGUEIREDO, Carlos Vinícius da Silva. Estudos subalternos: uma introdução. **Raído**, Dourados, v. 4, n. 7, p. 83-92, jun. 2010.

FIGUEIREDO, Pedro. Comerciantes da Rocinha protestam contra remoção de boxes para acesso a tomógrafo em templo da Universal. **G1**. Rio de Janeiro, 18 maio 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/18/comerciantes-da-rocinha-fazem-protesto-nesta-segunda.ghml>>. Acesso em: 29 maio 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 66. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2018.

- FREITAS, C. G. de; SILVA, R. B. A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. **Revista Mosaico**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 79-87, jan./jun. 2019.
- FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Post-normal science and extended peer communities in the face of environmental challenges. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 219-230, jul./out. 1997.
- GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017.
- GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002.
- GOMES, Ana Vannise de Melo et al. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, Piauí, v. 4, n. 1, p. 26-35, 2017.
- GUEDES, Maria Eunice Figueiredo. Gênero, o que é isso? **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 15, n. 1-3, 1995.
- GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. Feminização da pobreza e religiosidade. In: VALLA, Victor Vicente (Org.). **Para compreender a Pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005. cap. 3, p. 169-188.
- HINO, Paula et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1156-1167, dez. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a03v43s2.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. p. 169.
- IBGE. **Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**. n. 3. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf>. Acesso em: 13 maio 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. **Coordenação de Prevenção e Vigilância**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastramentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.
- LAPÃO, Luís Velez et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-724, mar. 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/713-724/pt/>>. Acesso em: 05 maio 2020.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LEOPARDI, M. T. Necessidades de Saúde e Cidadania. **Contexto Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 54-73, 1992. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=464941&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

LIMA, Rita de Lourdes de. O Imaginário Judaico-Cristão e a Submissão das Mulheres. In: FAZENDO GÊNERO 9, 2010, Santa Catarina. **Comunicação oral...** Santa Catarina: UFSC, 2010. p. 1-9.

LINS, Jhayana Couto Ribeiro Amorim. **Atenção integral à saúde da mulher: uma análise de gênero sobre as diretrizes de cuidado para a experiência da menopausa**. 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

LOURENÇO, Lélío Moura; COSTA, Dayane Pereira. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 1-18, jan. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000100010>. Acesso em: 08 abr. 2020.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MADUREIRA, Alexandra Bittencourt et al. Social representations of aggressive men denounced for violence against women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 73, n. 2, p. 1-7, 2020.

MARTINS, José de Souza. As classes subalternas na Idade da Razão. In: _____ In: **A Chegada do Estranho**. Ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 27-59.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS R. A, (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 43-69.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, abr. 2009.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>>. Acesso em: 04 maio 2020.

MELLO, Marco Antonio da Silva et al. **Favelas Cariocas: ontem e hoje**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

MORI, M. E.; SILVA, F. H.; BECK, F. L. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, p. 719-727, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115446023>>. Acesso em: 22 set. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.11-24, jan. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MOURA, Nayara Aparecida. Família: Análises e questionamentos sobre o movimento feminista de Primeira Onda no Brasil. **Equatorial**, Natal, v. 7, n. 12, p. 1-28, jan. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/18525/12764>>. Acesso em: 14 maio 2020.

MP-RJ investiga irregularidades no Sisreg e pede dados completos da Prefeitura do Rio. **G1**, 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/mprj-investiga-irregularidades-no-sisreg-e-pede-dados-brutos-da-prefeitura-do-rio.ghtml>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias Feministas e Estudos de Gênero: Articulando Pesquisa, Clínica e Política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006a.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, abr. 2006b. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822006000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2020.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, dez. 2004.

NOGUEIRA, Roberto P. Determinantes, determinação e determinismos sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patrícia Emilia; SCHOU, Denise. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, p. 1023-1035, 2006.

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade. **Mulher de favela: a feminização do poder através do testemunho de quinze lideranças comunitárias do Rio de Janeiro**. 2015. 230 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 3, p. 401, maio/jun. 2012.

OLIVEIRA, Paulo de Salles (Org.). Caminhos de Construção da Pesquisa em Ciências Humanas. In: **Metodologia da pesquisa em ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Unesp, 2001. p. 17-26.

OLIVEIRA, Queiti Batista Moreira. **Violência de gênero no namoro entre adolescentes sob a ótica dos adolescentes, educadores e profissionais da saúde**. 2014. 167 f. Tese (Doutorado em ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 299-306, abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3455.2555>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; VALLA, Victor Vincent. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-88, 2001.

ORMONDE JUNIOR, Juarez Coimbra; OLIVEIRA, Larrisa Danieli de; SÁ, Rosiély Maria de. Fatores de adesão e não adesão das mulheres ao exame colpocitológico. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Mato Grosso, v. 6, n. 1, p. 184-200, 2015.

O'DWYER, Gisele et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do rio de janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, dez. 2019.

PAIM, Jairnilson S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.

PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica De Investigación Y Docencia**, 2011. Disponível em: <<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1143>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

PINHEIRO, Roseni et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Construção social da**

demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

PINTO, Luiz Felipe et al. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 771-781, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33132016>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

PINTO, Luiz Felipe et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 22, p. 1237-1267, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1257.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, Leila (Org.). **Textos didáticos 48: A prática feminista e o conceito de gênero**. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2002.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. et al. Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1747- 1756, 2016.

POUPART, J. et al. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: _____. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 215-317.

PUÃ, Bell. Era uma vez um Brasil conservador. In: DUARTE, Mel (Org.). **Querem nos calar: poemas para serem lidos em voz alta**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2019. p. 30-32.

RAMOS, Ana Carolina Bartolamei; ORSOMARZO, Fernanda. Mesmo que as correntes sejam diferentes, somos todas prisioneiras. **Justificando**, Paraná, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.justificando.com/2017/08/09/mesmo-que-as-correntes-sejam-diferentes-somos-todas-prisioneiras/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

REZENDE, Leandro. No Datena, Bolsonaro volta a falar sobre salário de mulheres e homens. **UOL**, Rio de Janeiro, 23 abr. 2018. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2018/04/23/bolsonaro-datena/>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1717-1718, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1717.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SABROZA, P. C. **Concepções de Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

SANCHES, Leide da Conceição et al. Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. **Revista Iberoamericana de Bioética**, [S.I.], n. 9, p. 1-13, fev. 2019.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135-141, dez. 2019.

SANTOS, Milton. **O espaço cidadão**. São Paulo: Nobel, 1996.

_____. O retorno do território. IN: SANTOS, Milton et al (Orgs). **Território: globalização e fragmentação**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 15-20.

SCOTT, Joan. El Género: una categoría útil para el análisis histórico. In: Lamas Marta (Org.) **Él género: la construcción cultural de la diferencia sexual**. PUEG: México, p. 265-302, 1996.

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 30, p. 556-571, set. 2010.

SOARES, Rafael. Moradores da Rocinha não conseguem sair de casa por causa de tiroteio e perdem prova da Uerj. **Extra**. 17 set. 2017. Disponível em: <<https://extra.globo.com/casos-de-policia/moradores-da-rocinha-nao-conseguem-sair-de-casa-por-causa-de-tiroteio-perdem-prova-da-uerj-21834153.html>>. Acesso em: 12 maio 2019.

SOUZA, Ana Paula Hilgert de. O “gênero” para além de uma proposição filosófica. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 1, abr. 2018.

SPADACIO, Cristiane; ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da covid-19 e o papel da atenção primária à saúde. **Aps em Revista**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 61-65, abr. 2020. Disponível em: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/67/50>>. Acesso em: 20 maio 2020.

STOTZ, Eduardo Navarro. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 8, p. 132-4, fev. 2001.

_____. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. 2004.p. 99-284.

_____. Necessidades de saúde: conceito, valor e política. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**. Petrópolis, v. 1, n. 1, p. 66-75, maio/out. 2016.

STREIT, Mariana Brandão. **Atenção Primária em Saúde e mobilidade populacional na favela da Rocinha, Rio de Janeiro**. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

TAVARES, Jaqueline Duarte. **O Trabalho da mulher e a sobrecarga emocional**. 2019. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Três Passos, 2019.

TEIXEIRA, Enise Barth. A Análise de Dados na Pesquisa Científica: importância e desafios em estudos organizacionais. **Desenvolvimento em Questão**, Rio Grande do Norte, v. 1, n. 3, p. 177-201, dez. 2003.

TIBURI, Marcia. **Feminismo em comum: para todas, todes e todos**. 11. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2019.

THOMPSON, E. P. **A Miséria da Teoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.

VALLA, Victor. Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social em uma conjuntura de globalização. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 17-14, 1999.

_____. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 66-75, 2002.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992. p. 157-173.

VILHENA, J. Tá tudo Dominado? Cidade, Segregação e Subjetividade. In: _____ (Org.). **A Clínica na Universidade: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Puc-Rio, Loyola, 2004. p. 95-111.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; NIELSSON, Joice Graciele. Ultraliberalismo, evangelicalismo político e misoginia: a força triunfante do patriarcalismo na sociedade brasileira pós-impeachment. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 2, p. 455, ago. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/27291/pdf>>. Acesso em: 10 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Genebra: WHO, 2012. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2020.

MILLS, Charles Wright. **A imaginação sociológica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista aberta

| | |
|------------------|--|
| 1ª parte: | <p>Identificação Idade: Raça/cor: Escolaridade: Ocupação: Estado civil: N° de filhos: Tempo de moradia na Rocinha/RJ: Frequenta os serviços públicos de saúde da Rocinha? Qual?</p> |
| 2ª parte: | <p>Conte sobre sua trajetória de vida e como ela influencia na sua situação de saúde atual</p> |
| 3ª parte: | <ul style="list-style-type: none"> - O que é saúde para você? - Quais são suas principais necessidades de saúde? - Onde e com quem busca apoio para resolver suas necessidades de saúde? |

Pesquisa: “A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ”

Pesquisadora responsável: Laís Peixoto Schimidt

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fiocruz

APÊNDICE B – Roteiro da oficina temática

| TEMA | PROCEDIMENTO | SUJEITOS ENVOLVIDOS |
|---|--|--|
| <p align="center">Saúde da mulher na Rocinha</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica de apresentação; - Apresentação da equipe, TCLE e objetivos do estudo; - Dinâmica da Targeta: responder a pergunta “o que é saúde para você?” e discussão; - Apresentação da personagem mulher em papel pardo com necessidades de saúde, elencando-as e discutindo; - Roda de discussão sobre com quem e aonde sanar as necessidades apresentadas; - Construção de mulher com as necessidades de saúde sanadas; <p>Agradecimentos, pactuações e finalização.</p> | <p>Dentro dos critérios de inclusão:</p> <p>Moradoras que tenham algum tipo de atuação coletiva ou comunitária no território;</p> <p>Mulheres que frequentam os serviços públicos de saúde;</p> <p>Mulheres que não frequentam os serviços públicos de saúde da Rocinha;</p> <p>Pesquisadora responsável;</p> <p>Dinamizadora;</p> <p>Membros do Projeto “<i>Método CAP</i>”;</p> <p>Membro da TV tagarela .</p> |

Projeto de Pesquisa: “A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ”

Pesquisadora responsável: Laís Peixoto Schimidt

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fiocruz

APENDICÊ C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisadora: Laís Peixoto Schmidt

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Prezada,

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa sobre os serviços de saúde para as mulheres moradoras da Rocinha/RJ. O nome da pesquisa é: **“A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ”** e está sendo desenvolvida por mim, Laís Peixoto Schmidt, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Dra. Denise Barros e Dra. Marize Bastos da Cunha.

O objetivo desta pesquisa será construir conhecimento a partir da discussão sobre as necessidades de saúde das mulheres moradoras da Rocinha/RJ, assim como sua relação com os serviços de saúde existentes nesse território, ampliando, assim, o conhecimento sobre a situação de saúde e a participação social na Rocinha/RJ.

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, porque você é moradora desse território e atua nele de forma significativa. A sua participação na pesquisa consiste em responder uma entrevista com duração de no máximo duas horas. Porém essa participação não é obrigatória e caso mude de ideia, você terá a opção de desistir a qualquer momento. Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável ao expor determinada situação, você poderá solicitar uma pausa na entrevista, tendo a opção de não falar sobre o ocorrido. E a entrevista será retomada, caso deseje.

Você não receberá nenhum tipo de remuneração para participação nesta pesquisa e nem será prejudicada se desistir ou não quiser participar.

Asseguramos que todas as informações são trabalhadas de forma a não causar danos físicos e morais a você e as demais participantes. Em caso de publicações, você não será identificado, e não serão divulgados dados que tornem possível a sua identificação e a coloquem risco. Por isso, as entrevistas são transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e orientadoras. Todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções

510/2016 do CNS e orientações do CEP/ENSP, e descartado no fim deste prazo. Por questões de segurança, nenhum destes arquivos é veiculado por e-mail, redes sociais ou é armazenado na nuvem.

Com resultado da pesquisa, espera-se contribuir para que moradores e profissionais da saúde tenham mais conhecimento sobre a temática para poderem ampliar a participação em decisões políticas que dizem respeito a sua saúde.

Este documento é feito em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Como ele possui mais de uma folha, é importante que todas elas sejam rubricadas tanto por você, como pelo pesquisador. Uma dessas vias ficará com você, onde existe o telefone e o endereço do responsável principal e do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, para que possa entrar em contato a qualquer momento, caso necessário ou em caso de dúvida. O Comitê de Ética tem o objetivo de defender os interesses dos participantes das pesquisas garantindo os preceitos éticos. Assim, avalia e monitora o andamento do projeto para proteção dos direitos humanos, dignidade, autonomia, não maleficência, confidencialidade e privacidade.

Lais Peixoto Schmidt (coordenadora da pesquisa)

Tel: (22) 99874-0018 E-mail: laispschmidt@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo em participar

Data: ___/___/___

Assinatura do sujeito da pesquisa

CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo

Tel: 2598-2863, Email: cep@ensp.fiocruz.br

APENDICÊ D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisadora: Laís Peixoto Schmidt

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Prezada,

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa sobre os serviços de saúde para as mulheres moradoras da Rocinha/RJ. O nome da pesquisa chama-se: **“A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ”** e está sendo desenvolvida por mim, Laís Peixoto Schmidt, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Dr. Denise Barros e Marize da Cunha.

Esta pesquisa está sendo realizada também como parte do projeto “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento é do Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM) da FIOCRUZ, que busca testar uma metodologia de produção de conhecimento e informação em saúde, de forma compartilhada, com a participação de vários atores sociais

O objetivo desta pesquisa será construir conhecimento a partir da discussão sobre as necessidades de saúde das mulheres moradoras da Rocinha/RJ, assim como sua relação com os serviços de saúde existentes nesse território, ampliando assim, o conhecimento sobre a situação de saúde e a participação social na Rocinha/RJ

Você está sendo convidada a participar da pesquisa porque você é moradora desse território e atua nele de forma significativa. Porém essa participação não é obrigatória, e caso mude de ideia, você também pode desistir a qualquer momento. Não receberá nenhum tipo de remuneração para participação nesta pesquisa e nem será prejudicada se desistir ou não quiser participar. Esta pesquisa está baseada na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e orientadas pelo CEP/ENSP.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma oficina temática de discussão que terá duração de aproximadamente três horas, que será registrada através de vídeos e fotografias, podendo estes registros serem utilizados outras atividades ou

produtos a serem publicizados. A autorização para cessão de imagens, virá junto a este documento, que você também deverá assinar, caso concorde com ela.

Por conta do pequeno número de participantes da oficina, não é possível garantir o sigilo em relação a sua participação, pois os próprios membros do grupo podem divulgar informações. Assim, a fim de minimizar esse risco, sugere-se que os participantes não divulguem as informações discutidas na oficina e caso algum participante não se sinta confortável para a participação, poderá sair a qualquer momento. Será assegurado que todas as informações que circularem na oficina serão trabalhadas com cuidado pela pesquisadora, de forma a não causar danos físicos e morais da você, e as demais participantes.

Caso você autorize a gravação em áudio, vídeo e registro fotográfico através deste TCLE, a perspectiva é de que parte do material coletado receba um tratamento metodológico e dê origem a produtos que possam circular publicamente. Em hipótese alguma serão divulgadas imagens que possam colocar você em risco ou em uma situação de constrangimento. Por isso, caso usemos algum vídeo com seu relato, e estivermos em dúvida quanto ao risco de sua publicização, você será consultada novamente, mesmo já tendo assinado a cessão de imagem. Apenas após essa nova avaliação, o produto será publicizado.

Todos os dados coletados serão armazenados no computador da pesquisadora, protegidos por senha, e sistematizados de forma agregada. Eles não são veiculados através de e-mail ou rede social, ou armazenado na nuvem.

Com resultado da pesquisa, espera-se contribuir para que moradores e profissionais da saúde tenham mais conhecimento sobre a temática para poderem ampliar a participação em decisões políticas que dizem respeito à sua saúde.

Este documento é feito em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Como ele possui mais de uma folha, é importante que todas elas sejam rubricadas tanto por você, como pelo pesquisador. Uma dessas vias ficará com você, onde existe o telefone e o endereço do responsável principal e do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, para que possa entrar em contato a qualquer momento, caso necessário ou em caso de dúvida. O Comitê de Ética tem o objetivo de defender os interesses dos participantes das pesquisas garantindo os preceitos éticos. Assim, avalia e monitora o

andamento do projeto para proteção dos direitos humanos, dignidade, autonomia, não maleficência, confidencialidade e privacidade.

Laís Peixoto Schmidt (coordenadora da pesquisa)
Tel: (22) 99874-0018 E-mail: laispschmidt@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo em participar Data: ___/___/___

Assinatura do sujeito da pesquisa

Em relação a cessão de imagem, assinale a sua concordância:

| IMAGEM | SIM | NÃO |
|------------|-----|-----|
| Gravação | | |
| Filmagem | | |
| Fotografia | | |

CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo

Tel: 2598-2863, Email: cep@ensp.fiocruz.br

APÊNDICE E – Termo de Autorização de Imagem e Voz

Por meio deste instrumento particular, autorizo, de forma irrevogável e irretratável, a pesquisadora Laís Peixoto Schmidt, estudante do mestrado acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, esta, entidade pública criada e mantida pela União Federal, na forma da Lei nº 5.019, de 07 de Junho de 1966, modificada pelo decreto nº 4.725/03, integrante da Administração Federal Indireta, sediada na Avenida Brasil, nº 4.365, Maguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, inscrita no CNPJ sob o nº 33.781.055/0001-35, doravante denominada simplesmente “FIOCRUZ”, a utilizar minha imagem e som de voz, fixados nesta data, na íntegra ou em partes, para os específicos fins educativos, técnicos, culturais e de divulgação científica, nas atividades de difusão, exibição, veiculação e campanhas institucionais da Fiocruz, em todo território nacional e no exterior, através de qualquer meio, inclusive, mas não limitado a, cópias de vídeo e DVD, internet, televisão em canal aberto, canais por assinatura e via satélite, emissoras de rádio, inclusive a inserção em banco de imagens da instituição.

Caso você autorize a gravação em áudio, vídeo e registro fotográfico através deste termo, a perspectiva é de que parte do material coletado receba um tratamento metodológico e dê origem a produtos que possam circular publicamente. E mesmo com a sua autorização, não serão utilizadas imagens em fotografia ou vídeo, nem áudios, que possam causar qualquer tipo de constrangimento ou oferecer riscos a você ou demais participantes. Para isso, após a análise das imagens e vídeos que serão selecionados para originar os produtos finais, caso haja algum relato que envolva alguma informação que possa gerar risco ou constrangimento a você, iremos contatá-la novamente, para que tenha acesso ao mesmo e avalie se existe alguma informação a qual não queira que seja exposta. Apenas após essa nova avaliação, o produto será publicizado. Todos os dados coletados serão armazenados no computador da pesquisadora, protegidos por senha, e sistematizados de forma agregada.

A referida pesquisadora é responsável pelo projeto: **“A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha/RJ”**, integrado ao projeto “Método CAP: dispositivo de produção compartilhada e difusão de conhecimento”, aprovado pelo Inova da Fiocruz, sob a coordenação da pesquisadora Marize Bastos da Cunha, do Laboratório Territorial

de Manguinhos da Fiocruz. Acrescento que participei como sujeito de pesquisa do projeto sob coordenação de Laís Peixoto Schmidt, tendo ainda assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A presente autorização é concedida gratuitamente, sem quaisquer ônus para a FIOCRUZ, conforme definido acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Nome Completo _____

Nacionalidade _____

Endereço _____

Identidade _____

CPF _____

Nome Completo: Laís Peixoto Schmidt

E-mail: laispschmidt@gmail.com

Nacionalidade: Brasileira

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, Escola Nacional de Saúde Pública, Manguinhos

Identidade: 28.068.062-9

CPF: 146.232.247-67