

GRUPO DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA: sistematização de uma experiência de cuidado

Autora: Juliana Russo Antunes

**Coautoras: Fátima Corrêa Oliver, Luciana Bueno
Lopes Zorzetto e Joyce Mazzotti Marini Souza**

Ilustradora: Daxane Alencar



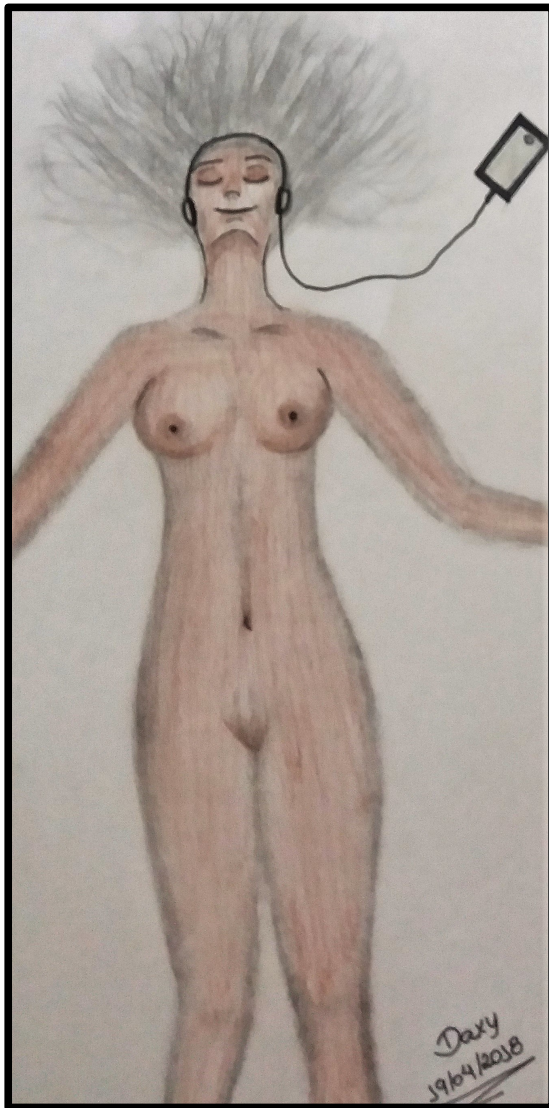
“Grupo de Mulheres na Atenção Básica: sistematização de uma experiência de cuidado”

Resumo: Este caderno informativo e didático é produto da pesquisa, “O cuidado de mulheres na Atenção Básica: problematização de uma experiência de trabalho interprofissional”*, e faz parte da Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades de Formação Interdisciplinar em Saúde para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Nesta pesquisa foram realizadas entrevistas com trabalhadoras e usuárias de uma Unidade Básica de Saúde em São Paulo – SP (todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Elas foram convidadas a explicar sobre o cuidado de mulheres neste serviço e opinar sobre o Grupo de Mulheres. Esse Grupo propõe formas de cuidar que ampliem a lógica biologicista das profissões de saúde, contemplando as mais variadas necessidades de saúde das mulheres, envolvendo suas histórias, condições de vida e questões de gênero e assim, fortalecer as redes de apoio entre profissionais e mulheres desse território.

Justificativa: A partir desta pesquisa, constatou-se sobre o pouco ou nenhum preparo que as profissionais da Atenção Básica recebem para cuidar de necessidades ampliadas em saúde e questões de gênero. Este caderno foi produzido como material de apoio para a formação desses profissionais e para a criação/fortalecimento de Grupos de Mulheres/para Mulheres na Atenção Básica, a fim de contemplar as variadas necessidades de saúde das mulheres, negando o funcionamento biologicista dos serviços de saúde, que priorizam apenas as ações de saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Mulheres, Gênero e Saúde, Dispositivo grupal, Material didático.

*Link para o documento completo da pesquisa disponível em:
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-12092018-153842/pt-br.php>



**Às mulheres de antes, de
agora e de depois**

**Às mulheres que parem
e que trabalham**

Às preguiçosas

**Às mulheres que riem e
que choram**

Às mulheres que lutam

Às mulheres que gozam

Às mulheres bruxas

Às Marias

Às quem queimam

Às quem idolatram

Às mulheres que fui

Às mulheres que sou

Às mulheres que serei

Àquelas que a querem ser

Àquelas que sempre a foram

Àqueles que as queimam, as idolatram, as moldam, as adoecem

– as fortalecem.

(Juliana Russo)

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	5
APORTE TEÓRICO, ÉTICO, POLÍTICO	6
DISPOSITIVO GRUPAL	6
GÊNERO	7
(CONTRA A) MEDICALIZAÇÃO	8
NECESSIDADES DE SAÚDE	8
PESSOAS E SOFRIMENTOS	9
COMO FAZER UM GRUPO DE MULHERES	11
ORGANIZAÇÃO E REGISTRO DO PROCESSO DE TRABALHO	11
1 – Proposta de Projeto de Grupo	12
2 – Proposta de Lista de Presença	13
FUNCIONAMENTO	13
1 – Construindo a Roda	13
2 – Fazendo a Roda girar	14
3 – Para que a Roda continue girando	17
OPERANDO O PROCESSO GRUPAL	18
1 – Inventando a Roda	18
2 – Como a roda vai girando	19
SUGESTÕES DE LEITURA	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DAS “CAIXAS DE SUGESTÕES”	24
TEXTOS DE APOIO PARA UTILIZAR EM ATIVIDADES DO GRUPO	24
FICHA TÉCNICA	25

APRESENTAÇÃO

Este Caderno foi desenvolvido a partir de uma pesquisa em que trabalhadoras e usuárias de um serviço de Atenção Básica (AB) foram entrevistadas*; só foi possível organizar esta sistematização do Grupo de Mulheres a partir da contribuição de cada uma destas pessoas. Elas foram convidadas a explicar sobre o cuidado de mulheres na AB e opinar sobre este Grupo, que é realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em São Paulo – SP.

O primeiro ponto a ser ressaltado neste Caderno é: a constituição grupal é um processo longo, até mesmo de anos de trabalho, em que são necessárias constantes adequações e perseverança.

A segunda questão importante a ser destacada é a potência de um grupo para o cuidado de mulheres de um território e os sofrimentos vividos por elas, muitas vezes causados pela condição feminina de subjugação ao machismo, suas condições de vida e discriminações por sua raça/etnia, ou seja, experiências de sofrimento vivenciadas coletivamente e que podem ser cuidadas a partir de uma mesma perspectiva e ferramenta.

E a terceira questão de destaque seria a importância de um trabalho de equipe interdisciplinar para a coordenação deste grupo, em que a complexidade das mulheres são apresentadas e encontram olhares e estratégias diversas para contemplar as suas necessidades.

O Grupo de Mulheres foi proposto por três profissionais (fisioterapeuta, psicóloga e terapeuta ocupacional) de uma equipe interdisciplinar que trabalha em conjunto com outros profissionais de UBSs. Este grupo surgiu a partir de demanda por atendimentos individuais para cuidar de mulheres e as manifestações de suas diversas situações de sofrimento (adoecimentos). Porém, na relação terapêutica com estas mulheres, foi-se percebendo que suas **experiências de sofrimento tinham conexão com suas histórias, condições de vida, e ainda, com questões de gênero**, algo que os profissionais da AB pouco abordavam, devido à formação biologicista das profissões de saúde, da organização dos serviços de AB para contemplar prioridades e dos protocolos de práticas exigidos que levam o profissional a focar a **em remissão de sintomas**, havendo o risco de fazerem leituras “medicalizantes” dos sofrimentos apresentados pelas mulheres.

*Este Caderno é produto da pesquisa: “O cuidado de mulheres na Atenção Básica: problematização de uma experiência de trabalho interprofissional”, e faz parte da Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades de Formação Interdisciplinar em Saúde para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, sob orientação da Profa. Dra. Fátima C. Oliver. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O referido estudo foi avaliado e devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, com registro CAAE 57974216.0.3001.0086, parecer 2.026.744 (CEP/SMS), emitido em 22/04/2017. Esta pesquisa foi orientada pelos princípios éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

APORTE TEÓRICO, ÉTICO, POLÍTICO

DISPOSITIVO GRUPAL

Nos dispositivos grupais da AB, é importante que o trabalho seja direcionado no sentido de ampliação e qualificação das necessidades de saúde, bem como na construção coletiva de arranjos de cuidado, em que profissionais e usuárias são igualmente importantes. Assim, torna-se possível despertar e fortalecer os potenciais de fortalecimento das mulheres a partir do encontro entre elas, pois, é no coletivo que reside a possibilidade de transformação da sociedade e de fortalecimento individual. Por isso, enfatizamos a

potência do recurso grupal [...] O que é manifesto vem carregado de significações que, no contato com o outro, podem adquirir ainda novos significados, explicitando diferenças e semelhanças, traços culturais distintos, marcas das histórias e desejos (Samea, 2008 apud Rosa; Brançam, 2013, p.425).

Destacamos o conteúdo do “Caderno de Atenção Básica n.34 – Saúde Mental” (Ministério da Saúde, 2013) e sua sessão sobre grupos de promoção de saúde mental na AB. Além de apresentar simplificada e aportes teóricos sobre dispositivos grupais (grupos operativos), há dicas de como manejar um grupo, o que não seria interessante fazer e ainda, uma problematização dos grupos, ou melhor, “agrupamentos” (p.123) tradicionalmente realizados na AB que

costumam ser orientados pelas ações programáticas, modelo hegemônico *de organização da ESF*, centrado nos grupos prioritários de doenças/ agravos: grupo para pessoas com diabetes, hipertensão; atividade física; planejamento familiar; grupos de adesão medicamentosa, entre outros. Os objetivos são de gerar impactos nos indicadores na perspectiva da educação em saúde, comumente baseada num paradigma de transmissão do saber-fazer profissional. Se, por um lado, as propostas desses grupos organizam um modelo amplamente difundido, por outro, esgota-se a possibilidade de diálogo devido à manutenção da repetição do discurso, centrado no saber profissional (Ministério da Saúde, 2013, p.121).

Ainda de acordo com o referido documento, o processo grupal,

desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (Ministério da Saúde, 2013, p.121).



Enquanto profissional da saúde questione-se: qual a finalidade dos “grupos” que realiza? Porque os coordeno dessa forma?
É possível mudar o formato, trabalhar os temas e ainda assim suscitar a constituição grupal¹.

GÊNERO

Diversos programas e políticas de saúde vêm sendo propostos à luz das questões de gênero desde a década de 90, porém, a implementação deste pilar nas políticas, tem sido incipiente e até mesmo, inexistente. De acordo com o texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) “mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte” (Ministério da Saúde, 2004, p.13). Os consequentes desequilíbrios entre os gêneros refletem-se não somente nos adoecimentos mas também nas leis, políticas e práticas sociais (como as práticas de saúde), identidades, atitudes e comportamentos das pessoas (Ministério da Saúde, 2004, p.12).

A abordagem de gênero representa um referencial importante para melhor compreensão dos agravos à saúde da mulher e a construção de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde, efetivas, além de propiciar o empoderamento da comunidade e das mulheres em particular, especialmente nos campos da violência doméstica, do planejamento familiar e da saúde mental. E, em relação ao planejamento familiar, a abordagem da sexualidade nos seus significados culturais e de gênero, bem como o entendimento do aspecto sociocultural da família, possibilita a ampliação da ação das equipes da SF [Estratégia de Saúde da Família] para além da distribuição de anticoncepcionais [...] que contemplem os vários objetivos do Plano Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2009, p.123)

Para aprofundar um pouco mais, vamos considerar que Gênero é um “dispositivo cultural constituído historicamente, que classifica e posiciona o mundo a partir da relação entre o que se entende como masculino e feminino. É um operador que cria sentido para as diferenças percebidas em nossos corpos e articula pessoas, emoções, práticas e coisas dentro de uma estrutura de poder. Os arranjos de gênero colocados em prática na sociedade exercem uma força sobre toda a nossa vida cotidiana” (Lins et al., 2016, p.10).



Questionando ditos populares, questionando “verdades”: os ditos populares e as frases prontas são manifestações da cultura e do funcionamento social. Assim, é interessante propor uma conversa com as mulheres do Grupo, e até mesmo entre os profissionais, questionando sobre a reprodução de algumas das seguintes frases e o que cada um pensa sobre seu conteúdo: menina é mais madura? Menino não chora? Rosa é cor de menina? Mulheres sempre querem casar? Isto é coisa de homem?².

(CONTRA A) MEDICALIZAÇÃO

Consideramos que “medicalizar” significa a objetificação da vida cotidiana, conforme as normas sociais, e como exemplo de “doentificação”, tem-se o tratamento da gravidez e da menopausa como doenças, a menstruação como distúrbio crônico e o parto como evento cirúrgico (Ehrenreich; English, 1973 apud Vieira, 2002, p.24), desta forma, a “reprodução é focalizada na mulher e na necessidade da sociedade controlar suas populações” (Vieira, 2002, p.21).

Nota-se esse movimento desde as décadas de 1930, 50 e 70, em que a saúde da mulher no Brasil era limitada às demandas da gravidez e do parto, e era organizada através do programa materno-infantil, que apresentava uma visão restrita sobre as mulheres de acordo com sua especificidade biológica e o papel social de mãe e doméstica, cuidadora do lar e da família, que lhes era (é) atribuído/imposto, o que sofreu diversas críticas do movimento feminista (Ministério da Saúde, 2014).



Você sabia que a Organização Mundial da Saúde compreende que até 15% de cesáreas do total de partos, sejam necessárias de fato. No Brasil, essa taxa é de 55%, colocando nosso país como líder mundial na realização desse procedimento⁴. E como isso se expressa na sua experiência como profissional de saúde? Você também pode propor essa investigação para as mulheres participantes do Grupo³.

NECESSIDADES DE SAÚDE

De acordo com discussões do campo da Saúde Coletiva, as necessidades de saúde são moduladas pelo capitalismo e suas instituições (Campos et al., 2007) e “da mesma forma que as necessidades são historicamente constituídas, também o são as respostas a elas” (Campos, 2009, p.144). Porém se não estivermos atentas às determinações de nosso processo de trabalho, “as necessidades colocadas em primeiro plano podem não ser as da população, mas sim a dos gestores, a dos programas, ou seja, [...] os interesses dos grupos que têm mais poder” (Campos, 2009, p.143).

Com o advento do capitalismo, as necessidades dos sujeitos vão sendo convertidas em necessidades por produtos. Os produtos ofertados para responder as necessidades de saúde são procedimentos, em sua maioria, consultas, e artigos da área hospitalar; assim, é reiterado aos sujeitos que a única possibilidade de respostas às suas necessidades de saúde são individualizadas e sob a forma de consultas médicas, exames e medicamentos (interesses das indústrias e corporações

profissionais), e isto retroalimenta as suas necessidades – os sujeitos passam a necessitar somente daquilo que é ofertado (Campos et al., 2007).

Sendo assim, considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público e universal, suas práticas devem ser direcionadas a marcadores epidemiológicos, mas também, sociais, porém, vemos que majoritariamente são interesses de mercado que regem a implementação de serviços e políticas de saúde. De forma geral, todos os marcadores sociais da diferença: gênero, classe, raça/etnia, geração, operam de maneira interseccionada tanto como potenciais de desgaste quanto como potenciais de fortalecimento para a saúde da população; desta forma, para além dos procedimentos em saúde, o profissional deve acionar recursos de conscientização das condições de vida e mobilização social para efetivamente operar práticas que incidam sobre o perfil epidemiológico das populações atendidas.

Vale destacar a importância de conhecer a história e o perfil da população do território para o qual se direcionam as práticas de saúde, desde número de pessoas por gênero e faixas etárias, condições de moradia e saneamento básico, equipamentos (presença do Estado), condições de trabalho e faixa salarial, etc.

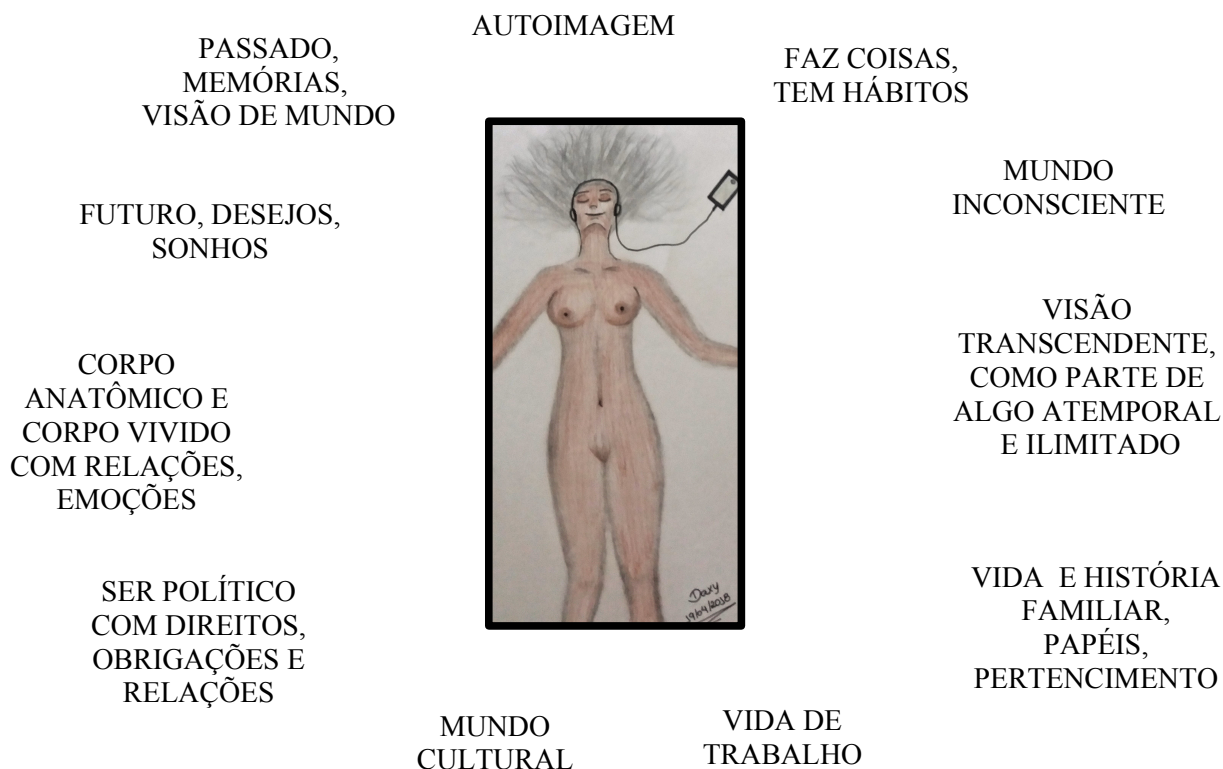


Como investigar necessidades ampliadas de saúde? Primeiramente, é importante compreender que as necessidades de saúde são muito mais amplas do que aquelas que os protocolos do processo de trabalho abarcam e respondem. Assim, uma boa maneira de investigação, é fazer perguntas abertas às mulheres sobre suas condições de vida e de reprodução social: moradia, trabalho, transporte, lazer, escolaridade, constituição familiar, relações, processos de adoecimento e recuperação, rede de apoio, serviços que utiliza, padrões de sono e alimentação, condições financeiras, etc.

PESSOAS E SOFRIMENTOS

Um sofrimento pode se manifestar se uma pessoa é privada de qualquer uma ou várias das dimensões do sujeito (Ministério da Saúde, 2013, p.29-31), se a pessoa apresenta fatores de vulnerabilidade (discriminação por gênero, pobreza, cor da pele, etc.), se está em um momento de desestabilização (eventos de vida e seus significados), e da sua resiliência (temperamento e apoio social) (Ministério da Saúde, 2013, p.92-93). Tudo isto deve ser considerado pelo profissional de saúde no momento de sua avaliação e na proposição dos cuidados.

Quanto às dimensões do sujeito, toda pessoa tem (Ministério da Saúde, 2013, p.29-30):



Mas de que sofrimento estamos falando?

Consideramos o sofrimento como uma “vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa [...] torna-se fundamental para o profissional da AB manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente” (Ministério da Saúde, 2013, p. 32).

Tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na forma de crises) são queixas comuns dos usuários na AB, que costumam estar associadas entre si e ainda a outras queixas: mudança no sono e apetite, dores, cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais (Goldberg, 2005 apud Ministério da Saúde, 2013, p. 90-91). São queixas denominadas como sofrimentos comuns e reconhecidas como sintomas depressivos (tristeza/desânimo), ansiosos e de somatização (sintomas físicos sem explicação médica) (Ministério da Saúde, 2013, p. 90-91). Há também outras situações de sofrimento que implicam usuários de álcool e outras drogas e ainda, pessoas com sofrimentos graves e persistentes, como as psicoses. Porém, todas estas pessoas apresentam situações de sofrimento que impactam diretamente em sua produção de vida, assim, independente do diagnóstico, devem receber escuta e cuidados.

Estas situações de sofrimentos comuns são as principais queixas apresentadas pelas

mulheres na AB, e mesmo com sintomas parecidos, as histórias de vida e rupturas são muito distintas, porém com uma grande questão em comum: gênero.



É importante fazermos uma ressalva sobre o uso de diagnósticos. Não quer dizer que devemos abrir mão de usar diagnósticos, bem como o acesso a direitos e recursos que esses propiciam. Porém, é muito comum utilizarmos os diagnósticos de maneira pouco aprofundada, reforçando para as mulheres que a única solução para as situações de sofrimento são as medicações e as consultas médicas. Nem sempre um processo de luto quer dizer depressão, assim como situações da vida cotidiana podem gerar ansiedade, e até mesmo, certa intensidade de sensações, o que não denota um transtorno. Esses rótulos, muitas vezes dadas sem explicação, causam grande impacto para as usuárias dos serviços de saúde, e podem até mesmo dificultar os processos de recuperação de saúde. Diagnósticos existem para serem utilizados, mas devemos considerar o caráter TEMPORÁRIO da maioria deles e trabalhar isso com nossos colegas e também com as mulheres que atendemos. É interessante discutir com as mulheres do Grupo sobre os diagnósticos que receberam e reforçar o caráter transitório da maioria dos adoecimentos; questionar sobre as sensações nas situações de dificuldades, e como podemos lidar, para além de usar medicações, etc.

COMO FAZER UM GRUPO DE MULHERES

ORGANIZAÇÃO E REGISTRO DO PROCESSO DE TRABALHO

Para fazer um Grupo de Mulheres, é necessário ter usuárias do serviço de saúde que concordem em participar dos encontros. Uma vez determinado o perfil do Grupo, das participantes e quando será realizado, conforme explicitado a seguir, as profissionais precisam combinar no serviço um Fluxo para a chegada das mulheres no Grupo: pode ser através de um cartaz, por convites, discussão de caso em equipe, a partir dos atendimentos, ou todas estas formas combinadas. Ressaltamos a importância de explicar claramente o funcionamento do Grupo para as profissionais e as mulheres e ainda, que a participação no Grupo seja parte de um projeto de cuidados direcionados a cada mulher. É importante tentar negociar com as mulheres que ao menos participem de um encontro do Grupo, pois comumente as pessoas se mostram resistentes a espaços grupais. Porém, caso a pessoa se recuse a participar de um grupo, isto deve ser respeitado e as profissionais devem continuar os cuidados em outros formatos de assistência.

É interessante manter uma pasta com os documentos de cada grupo, contendo o Projeto do Grupo, a lista de presença, folhas para registrar os encontros e outros materiais de uso e interesse. No item “2 – Como a roda vai girando” da sessão “Operando o processo Grupal” deste Caderno,

apresentamos uma sequência de encontros, em que sugerimos uma maneira de registrar os encontros do Grupo. Organizar o Projeto auxilia a ter clareza da proposta, suas finalidades e facilita a divulgação, além de ser mais uma memória do processo de trabalho. Já a Lista de Presença, não trata apenas de controlar as presenças mas ter um registro dessas, principalmente se se tratar de um grupo aberto, em que haverá circulação de muitas pessoas. Assim, a Lista auxilia no momento de evoluir prontuários, fazer busca ativa de usuárias, e também serve de registro do trabalho. A seguir, apresentamos sugestões para a documentação dos grupos.

1 – Proposta de Projeto de Grupo:

PROJETO DE GRUPO
NOME: Grupo de Mulheres
DEMANDA: cuidar de mulheres e as manifestações de suas diversas situações de sofrimento (adoecimentos), comuns e severos. Mulheres jovens/adultas.
OBJETIVO: cuidar dessa demanda muito recorrente, aprofundar a compreensão no sentido de apreender as reais necessidades de saúde, trabalhar coletivamente para mudança do perfil epidemiológico apresentado e das condições de vida.
PERFIL: os sofrimentos manifestados pelas mulheres têm em seu cerne: questões de gênero, violência contra a mulher, violência racial, vulnerabilidade social, a vida na periferia metropolitana, dificuldades com filhos e família, trabalhos opressores e desgastantes.
PILARES ÉTICO-POLÍTICOS: SUS e problematização de seu funcionamento, contra a medicalização da vida e do corpo feminino, questionamento do machismo e das condições de vida, problematização das normalidades e das questões de gênero, práticas emancipatórias, ampliação do cuidado, rede de suporte.
PROPOSTA DE AVALIAÇÃO: regularmente entre a coordenação e anualmente com as participantes do Grupo no momento; registrar presenças e evoluir um breve histórico nos prontuários semestralmente.
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: fisioterapeuta (nome), psicóloga (nome) e terapeuta ocupacional (nome) do NASF
PERÍODO E LOCAL: encontros quinzenais (toda 1ª e 3ª sexta-feira/mês), com 2 horas de duração (das 10h às 12h)
FUNCIONAMENTO: grupo aberto, com possibilidade constante de chegada de novas participantes. Qualquer profissional pode encaminhar mulheres ao Grupo, mas solicitamos que sejam avisadas, e quando possível, que discutamos em conjunto sobre os cuidados de cada mulher e agendamos acolhimento individual com uma das coordenadoras.

2 – Proposta de Lista de Presença:

LISTA DE PRESENÇA: ____ SEMESTRE DE ____													
GRUPO: _____													
RESPONSÁVEIS: _____													
HORÁRIO: _____													
DIA: _____													
LOCAL: _____													
Nome completo e telefone	Número do cartão SUS	Data de nascimento	Número do Prontuário	ENCONTROS									
				DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA

FUNCIONAMENTO

1 – Construindo a Roda:

Uma das formas de organizar a periodicidade de um Grupo de Mulheres é através de **encontros quinzenais, com 2 horas de duração**. Os encontros quinzenais são mais facilmente inseridos nas atividades cotidianas de trabalho remunerado, trabalho doméstico e cuidados dos filhos. Desta forma, pode-se optar por um encontro mais longo, com 2 horas, para possibilitar o cuidado das questões que se apresentam e ainda das chegadas constantes de novas integrantes.

O perfil **aberto** do grupo provou ser mais adequado para as necessidades das mulheres, que podem sair e retornar quando desejam e podem. Este arranjo possibilita diversas composições de participação no espaço: fixo (por um determinado tempo), mais flutuante ou até mesmo pontual (uma vez).

Destaca-se a importância de iniciar o encontro com a **“Apresentação” dos sujeitos** que compõem a roda, **da proposta do Grupo** e sua condição de grupo aberto, convidando as participantes antigas a se manifestarem, e **recepção das novas integrantes**. É necessário pactuar e reforçar constantemente o **contrato de sigilo** com as participantes, bem como o **respeito mútuo**, pois “saber quem somos e a que viemos é o primeiro passo para um encontro honesto e, de fato

construtivo” (Godoy et al., 2014, p.17). Outra pactuação necessária é o **tempo limite de espera** para a chegada das participantes com as já presentes, inclusive para garantir que o encontro seja com mais de uma pessoa, e, caso apenas uma pessoa compareça, deve-se consultá-la sobre a condição de manutenção ou não do encontro e de que maneira ele poderia acontecer.

Antes de iniciar esta primeira atividade de “Apresentação”, é necessário **dispor o espaço em roda**, conforme as possibilidades de dimensões do local e disponibilidade de assentos, contando com a ajuda das pessoas já presentes; no final do encontro, deve-se **organizar o espaço conforme encontrado**. A roda é essencial para enxergar a todas, em que o direcionamento ao centro, que está igualmente distante das pessoas, faz lembrar da partilha do objetivo e a mesma importância entre os pares (Godoy et al., 2014).

Algumas estratégias podem garantir certa organização e registro histórico do Grupo: **lista de presença** que possibilita a busca ativa de participantes que vieram a faltar e avaliação do impacto da proposta; **calendário com as datas dos encontros do ano** para facilitar a programação quinzenal e para que cada participante tenha autonomia em gerenciar suas faltas e retornos; **cronograma coletivamente elaborado com propostas de atividades** que só é possível de ser seguido quando há um corpo de participantes com certa frequência e ainda, se garantido espaço de recepção das novas integrantes e **flexibilidade** para atividades mais coerentes com o momento. Quando há somente participantes novas, o momento de “Apresentação” deve ser o foco do encontro, em que será necessário ser mais propositivo e improvisar atividades, respeitando este momento mais “reservado” de quem chega pela primeira vez.

É importante ofertar um **horário de acolhimento individual** para as novas mulheres com pessoas da coordenação, preferencialmente antes de seu ingresso no Grupo, para que as participantes se sintam mais seguras em chegar ao espaço e ainda, para que seja garantida a apresentação da proposta e **esclarecimento sobre o funcionamento do Grupo**.

2 – Fazendo a Roda girar:

Após esta primeira atividade de “Apresentação” (este espaço, estas pessoas), é o momento de acontecerem as outras “**Atividades**” do encontro, que podem ser escolhidas de duas maneiras: propostas pela coordenação e direcionadas ao cuidado de determinadas situações; propostas pelas próprias participantes, de acordo com repertórios que possuam e experiências prévias neste ou em outros grupos. Qualquer que seja a proposta ou a maneira de propô-la, que se dê em ato ou previamente, sempre garantir a negociação coletiva.

O **papel da coordenação** vai desde a **garantia de quesitos materiais** para a realização do grupo, como espaço, cadeiras, convites e divulgação, até a tarefa mais complexa de **mediação**. Mediar um grupo não se trata apenas de fomentar o encontro dos sujeitos, mas, cuidar deste encontro e de cada mulher individualmente; implica fazer leituras constantes das manifestações das participantes; proposições de atividades que acolham estas necessidades; observação atenta dos gestos, expressão corporal e desejos; enaltecimento das questões apresentadas individualmente para uma elaboração coletiva; cuidado para que as colocações de todas as participantes sejam acolhidas e ainda, respeitadas, sejam elas mais calorosas ou “apenas” com a presença. Além da organização de espaço e da mediação, a coordenação deve realizar **avaliações constantes do processo grupal, das relações e das necessidades das mulheres**.

Ressalta-se a importância de três profissionais na coordenação, uma vez que o cotidiano do trabalho na Atenção Básica é muito dinâmico e mutante, desta forma, facilita-se a garantia de participação de duas coordenadoras. Considera-se essencial que a **coordenação em ato seja feita minimamente em dupla**, pois mesmo com certo planejamento, acontecem **imprevistos**, o que exige capacidade de improviso e de criação com os recursos disponíveis, uma situação de grande complexidade (Godoy et al., 2014).

São importantes pilares de um grupo, a **negociação permanente e a horizontalidade**. Assim, as **participantes podem se apresentar como co-terapeutas e corresponsáveis** pelo Grupo, em que a resposta coletiva é forma privilegiada de direcionamento das questões e propostas (Godoy et al., 2014). As coordenadoras devem estar sempre disponíveis para os pedidos de “conversa individual” que venham a aparecer mesmo que seja agendada posteriormente. Entendemos a necessidade de respeitar estes pedidos, desde que sejam sempre reforçadas as potências do espaço grupal.

Um grupo funciona de acordo com o repertório técnico e pessoal de quem o coordena, assim como a história e as condições de vida das próprias participantes influem diretamente no perfil destes encontros; a condução deste Grupo de Mulheres foi realizada por uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma fisioterapeuta, desta forma, temos a configuração que é apresentada neste Caderno. As coordenadoras precisam estar sempre atentas e disponíveis para **buscar alinhamentos teóricos e técnicos, de acordo com as necessidades que se apresentam no processo grupal**.

De acordo com a experiência do Grupo de Mulheres e considerando que este material foi produzido por uma terapeuta ocupacional, a seguir será apresentada uma análise mais aprofundada sobre o elemento “Atividades” em que

as atividades indicam campos da produção cultural, compreendendo um conjunto de hábitos, técnicas, instrumentos, materiais, formas socialmente estabelecidas de fazer e conhecimentos historicamente constituídos. É nesse sentido que podemos falar da atividade de pintura, de dança, de marcenaria, de ensino, de pesquisa, de jogos e brincadeiras etc. Já a ação designa um ato único, irreversível e singular que expressa o agente (Arendt, 2000 apud Lima et al., 2013, p.250-251).

As Atividades do Grupo de Mulheres podem ser apresentadas da seguinte forma:

- **Atividades de ensinar-aprender**, em que as habilidades de cada uma são valorizadas e as próprias participantes experimentam serem coordenadoras neste processo de ensinar o que sabem (exemplos: desenho, pintura, crochê, biscuit);

- **Atividades de discussões temáticas**, que precisam ser escolhidas previamente (exemplos: saúde reprodutiva e sexualidade; sofrimentos psíquicos e psicotrópicos; Lei Maria da Penha; violência de gênero; relacionamentos abusivos; direitos humanos)

- **Atividades de rodas de conversa abertas**, baseadas nas manifestações que emergem em um determinado encontro de acordo com as questões individuais apresentadas, sua problematização e reflexão coletiva;

- **Atividades dirigidas pela coordenação**, que implicam um repertório de vivências (**experiências estéticas**, por exemplo), ou um saber técnico como algumas modalidades de **Práticas Integrativas e Corporais em Saúde – PICS** (exemplos: massagem, meditação, exercícios para o assoalho pélvico, danças circulares, fitoterapia, confecção de mandalas).

Pode haver também a proposição de **Atividades já realizadas em outro momento**, porém, cada encontro é um encontro diferente do outro, se considerarmos que existe uma transformação das pessoas pela/da atividade. É importante nos percebermos diferentes na relação com determinado fazer, a partir de uma investigação e transformação da relação com este fazer, pois nos processos de sofrimento psíquico e adoecimentos é muito comum o rompimento do cotidiano ocupacional, desde as atividades necessárias e obrigatórias (trabalho, escola, cuidados casa e da família) e principalmente, das atividades criativas (cursos, artes, atividades corporais, sexo) e de auto-cuidado (higiene, estética, alimentação).

Outro destaque está em incentivar que as **Atividades experimentadas no Grupo sejam utilizadas pelas mulheres quando estão sozinhas**, angustiadas, tristes, com dificuldades, se configurando **como instrumento de extensão da continência do espaço grupal e também como mecanismo de cuidado de si mesmas**, bem como, investigar o perfil ocupacional destas mulheres, para além das atividades laborais e de cuidados com a casa e a família, e **instigar a realização de atividades de interesse outrora realizadas**.

Em seguida à realização das Atividades, é importante conduzir um momento de **compartilhamento das experiências**.

Ao propor atividades devemos considerar que elas têm funções e efeitos que são se resumem a serem disparadoras de discussões e elaborações; **as pessoas se transformam também no feito das atividades** e nem sempre serão transformações tangíveis à expressão da fala. O feito de atividades possibilita ressignificação de experiências, resgate de memórias afetivas e também da potência criativa, bem como experimentação de pequenos prazeres e reconhecimento de habilidades. Por isso a importância de proposições e análise de Atividades a partir dos encontros com os sujeitos, em que para além da “atividade em si”, devemos estar atentas “ao movimento criativo onde quer que ele apareça” (Lima, 2004, p.47) pois tão importante quanto a realização de uma Atividade, incluída social, cultural e historicamente, é a “forma singular de fazer [...] quando um sujeito se faz presente em ato” (Lima et al., 2013, p.251).

Por fim, ao final de cada encontro, cabe realizar um **planejamento do próximo encontro**, seja para a sugestão e organização de uma Atividade ou mesmo para decidir se as Atividades ficarão a cargo das coordenadoras planejarem.

Destaca-se a importância de **não realizar prescrição de alta**, em que se trabalha no sentido da **autonomia das mulheres** para irem e retornarem quando desejarem ou necessitarem. Vale acrescentar que é importante uma **atenção para as ausências**, avaliando quando é expressão de autonomia ou quando é expressão de certa paralisia, e fazer um acompanhamento desta questão.

3 – Para que a Roda continue girando:

Algumas estratégias podem ser criadas para facilitar a participação das mulheres e ainda a manutenção do Grupo. Uma delas é a possibilidade de que as mulheres **tragam os seus filhos para o espaço**.

Outra estratégia é o **respeito às idas e vindas e tempos de permanência possível no encontro** (pressa, atrasos, sair para fumar, ficar só olhando, sair mais cedo). Compreendemos que participar do Grupo não implica apenas se colocar e fazer as Atividades propostas, apesar de ser necessário tentar negociar que a pessoa ao menos tente realizar determinada Atividade; somente o se dispor a vir já é um processo de grande importância, e com o tempo, as pessoas se sentem mais à vontade para estarem em roda e se colocarem.

É recomendado que anualmente (ou outra periodicidade desejada), seja realizada uma **avaliação do Grupo** junto com as participantes, sobre o funcionamento, dificuldades e

potencialidades do espaço grupal, bem como a colaboração do Grupo nos processos individuais.

Para além da **divulgação interna**, algo a ser constantemente reforçado, vale **divulgar o Grupo de Mulheres nos fóruns de trabalhadores e em outros serviços de saúde e de outros setores**, assim, possibilita-se que o Grupo se torne um espaço de contra-referência das mulheres que fazem acompanhamento em outros serviços para além da UBS, dando uma **continuidade nos processos terapêuticos** que já realizavam.

Por fim, tentar manter os encontros do **Grupo de Mulheres no mesmo período e dia da semana ao menos durante um ano**, para facilitar o retorno de mulheres que foram participantes e a divulgação do espaço.

OPERANDO O PROCESSO GRUPAL

Para ilustrar a sistematização apresentada, a seguir um breve relato da História do Grupo de Mulheres e posteriormente, apresentaremos a descrição de uma pequena sequência de encontros realizados no ano de 2017.

1 – Inventando a Roda – História do Grupo de Mulheres:

Considerando a demanda de cuidar de mulheres e as manifestações de suas diversas situações de sofrimento (adoecimentos), comuns e severos, a pesquisadora, sendo terapeuta ocupacional da equipe de NASF, juntamente a psicóloga e uma das fisioterapeutas, propuseram em maio/2014 um “Grupo de Saúde Mental” somente para mulheres.

Este espaço de encontro inicialmente seria: fechado – composto pelas mulheres já atendidas pelas profissionais; com frequência quinzenal – às sextas-feiras, com duas horas de duração; e as novas usuárias seriam convidadas após discussão de PTS na equipe ampliada – NASF e ESF, e só seriam incluídas em dias determinados previamente. Após o início dos encontros, a proposta foi remodelada a partir do pequeno número de participantes: o grupo tornou-se aberto, com possibilidade de entrada de novas participantes em qualquer encontro. Algumas mulheres manifestaram incômodo com “Grupo de Saúde Mental”, por não se identificarem como “loucas”, ao que este nome remetia; assim, o grupo foi batizado como “Grupo de Mulheres”. Entre 2015 e 2017, o Grupo foi realizado no Centro de Referência Assistência Social (CRAS), na sala do NASF na UBS e no CRAS novamente.

Comparando com os outros anos, em 2017 o Grupo recebeu menos participantes, porém, houve mulheres que participaram durante todo o ano, de maneira mais fixa, havendo encontros em que só estavam duas participantes; houve retorno de participantes antigas, sendo que uma delas traz

os filhos por não ter com quem deixá-los; enfim, mulheres com seus diversos perfis de participação (fixo, flutuante, pontual).

2 – Como a roda vai girando – sequência de 4 encontros do Grupo de Mulheres

A seguir estarão descritos 4 encontros do Grupo, realizados em 2017. Em negrito estão palavras-chave que simbolizam as operações da sistematização deste Grupo, acima explicitadas. Utilizaremos códigos para manter sigilo e ainda assim, designar os diferentes sujeitos envolvidos, em que as coordenadoras são: C1 (pesquisadora), C2 e C3; todas as outras letras maiúsculas empregadas simbolizam mulheres participantes do Grupo e esta codificação se mantém ao longo dos 4 encontros descritos.

- Encontro do dia 07/07/17 (primeira sexta-feira do mês)

Local: CRAS

Horário: 9h30 – 11h10

Coordenadoras: C1 e C2 (C3 de Férias)

Participantes: 5 (2 participantes novas: M. e S. e 3 participantes antigas: A., Ad. e N.)

Atividades desenvolvidas: Organização do espaço em roda, Apresentação, Roda de Conversa Aberta, Dança Circular.

Descrição do encontro: N. e A. chegaram cedo e no CRAS não souberam informá-las sobre o Grupo e o local, mesmo já tendo sido acordado com o gerente. O prédio tem 2 andares, ambos com saídas para a rua, então, elas ficaram esperando no térreo, na recepção por um tempo, até que decidiram ir encontrar as coordenadoras na UBS; depois, foram juntas C1, N. e A. que **arrumaram a sala, com as cadeiras em roda**. C2 chegou depois, acompanhada de M. que estava bastante irritada pois tinha ido ao CRAS onde não souberam informar sobre o Grupo, então ela retornou à UBS onde é informada que já estávamos no CRAS. Na saída da UBS, decidida à ir embora, M. encontrou a outra coordenadora, C2, que a acalmou e a convenceu a participar. **E foi assim, sobre a irritação de M. e sua dificuldade em lidar com conflitos que começa a Roda de Conversa**. Primeiramente foi feita a **Apresentação do Grupo**, e neste momento chegou outra nova participante, S. que se sentou na roda. A. ficou bem à vontade para falar da história do Grupo e **N. fez um relato de sua melhora** desde que começou a participar deste e do grupo de Práticas Integrativas na UBS. Em determinado momento, **M. espirrou e comentou que houve um pequeno escape de xixi, ao que outras mulheres afirmam já terem lhe ocorrido o mesmo**. Então, **C2 sugere que façamos exercícios para incontinência urinária** no próximo encontro, e assim, começaram a conversar

sobre este assunto. **As participantes não sabiam identificar em si mesmas a localização desta musculatura do assoalho pélvico** e nem as suas possibilidades de movimentos voluntários, diziam não saber, portanto, controlar a saída de urina, e que a região estava “há muito tempo esquecida” (N.). As coordenadoras explicaram como seriam os exercícios; M. perguntou: “e o consolo?” e as outras mulheres: “o que é isso?”; o que gerou uma conversa sobre masturbação e ato sexual para além da penetração, e percebemos que N. ficou encabulada com a conversa. **Foi combinado então ampliar a conversa do próximo encontro para além dos exercícios para o assoalho pélvico e falar de ciclo menstrual, libido e autocuidado.** As mulheres concordaram com esta proposta e viriam com roupas confortáveis. O encontro foi finalizado com uma dança circular; **Ad. chegou no fim do encontro “só para dar um ‘oi’”** e participou da dança circular.

- Encontro do dia 21/07/17 (terceira sexta-feira do mês)

Local: CRAS

Horário: 9h20 – 11h00

Coordenadoras: C1

Participantes: 5 (todas já participaram ao menos uma vez: S., N., C., An., A.)

Atividades desenvolvidas: Organização do espaço em roda, Apresentação, Discussão Temática.

Descrição do encontro: C2 precisou fazer um grupo sozinha na outra UBS apoiada por esta equipe Multiprofissional e C3 estava de férias, assim, C1 coordenou sozinha este encontro do Grupo. A outra fisioterapeuta desta equipe foi acionada para orientar uma sequência de exercícios para o assoalho pélvico e a partir disto, C1 organizou uma pequena apostila impressa para cada participante. C1 preparou também **chás de camomila e erva cidreira**, por compreender que iriam tratar de um **tema cheio de tabus e até mesmo sofrimento, pensando em deixar o ambiente mais aconchegante**. Porém, antes de começar com os exercícios, foi importante mostrar num **Atlas de Anatomia** figuras desta estrutura e em seguida, conversaram sobre o **ciclo fértil feminino e menstruação**. Duas mulheres manifestaram nem saber “**como se pegava barriga**”, e ambas gestaram filhos. Foi utilizado um cartaz com um esquema da vagina que abordava as **possibilidades de prazer e gozo** desta região, e apesar de se mostrarem tímidas, as mulheres participaram ativamente. N. trouxe um relato sobre sua experiência sexual com um homem, seu marido, e que foram poucas vezes que realizaram sexo, e que **nunca sentiu prazer**; logo no começo do casamento engravidou e quando seu filho tinha 8 meses, se divorciaram, e ela criou a criança, sozinha. An. contou sobre o **abuso sexual sofrido**, e neste momento **reforçou o contrato de sigilo do Grupo**;

contou que teve relações sexuais consentidas com homens mas entendia **“nunca ter gozado”**. Sobre a menstruação, conversaram sobre o **estigma de sujeira**, e N. trouxe que livros religiosos tratavam a menstruação desta forma; assim, o Grupo problematizou a **escrita machista** destes livros e de outras situações da vida da mulher. As mulheres conversaram também sobre **chás para lidar com cólicas e TPM**. Foi o primeiro encontro de S., que esteve participativa na discussão mas não colocou questões mais pessoais na roda. **Não houve tempo para a realização dos exercícios para o assoalho pélvico**, assim, esta Atividade foi deixada para o próximo encontro.

- Encontro do dia 04/08/17 (primeira sexta-feira do mês)

Local: CRAS

Horário: 9h35 – 10h40

Coordenadoras: C1 e C3

Participantes: 6 (4 participantes antigas: S., C., An., F. e 2 participantes novas: Fi., M.)

Atividades desenvolvidas: Organização do espaço em roda, Apresentação, Prática Corporal e Dança Circular.

Descrição do encontro: C2 não pode comparecer; C3 retornou das férias. O Grupo **recebeu as 2 novas participantes**, mãe (M.) e filha (Fi, gestante), foi explicada a proposta do Grupo e deste encontro em que as novas participantes foram convidadas para colocarem as suas questões, e elas **referem desejo de participarem do que tinha sido planejado**; Fi estava no final da gestação e veio para acompanhar mãe, que jamais iria sozinha. Já estão na sala todas as participantes; **An. que chegou mais tarde. F. estava retornando para o Grupo depois de um tempo afastada (8 meses) e trouxe os filhos** de 7 e 4 anos, que ficaram brincando. O chão da sala foi preparado com um **colchonete**, e C3 passou a orientar os **exercícios para o assoalho pélvico**; cada mulher estava deitada em um colchonete, e estiveram mais concentradas e caladas neste encontro. Referiram que é difícil perceber a musculatura pélvica; **An. referiu grande dificuldade e solicitou ficar apenas deitada**. Além dos exercícios, foi conversado sobre a necessidade de ingestão de água e não reter a urina, hábitos importantes para evitar a incontinência urinária e infecções. O **encontro foi finalizado com uma Dança Circular**; **um dos filhos de F. aceitou o convite e participa da roda**. Apesar de não ter participado do Grupo, **C2 fez sugestão** (por intermédio de C3 que a havia encontrado) de fazerem uma atividade de **expressão estética – mandala de fios** (“Olho de Deus”) no próximo encontro e **as mulheres concordaram em fazer esta atividade**.

- Encontro do dia 18/08/17 (terceira sexta-feira do mês)

Local: CRAS

Horário: 9h39 – 10h45

Coordenadoras: C1 e C3

Participantes: 6 (4 participantes antigas: N., An., A., Ad. e 2 participantes novas: P. e Pn.)

Atividades desenvolvidas: Organização do espaço em roda, Apresentação, Roda de Conversa Aberta.

Descrição do encontro: C2 não pode comparecer, assim, C1 e C3 coordenaram o Grupo. Após a Apresentação, **as duas novas participantes referiram ter vindo ao Grupo por sintomas ansiosos/depressivos, ao que An. perguntou: “mas o que é ansiedade?”**, e estas colocações dispararam uma conversa sobre ansiedade e depressão. Inicialmente, as coordenadoras falaram um pouco sobre a **sintomatologia e as sensações e algumas mulheres trouxeram as próprias angústias, as experiências com medicações psicotrópicas e os espaços de cuidado que foram acessando**. Também neste encontro, N. falou de suas participações nos grupos de Práticas Integrativas e neste Grupo de Mulheres e como isso a auxiliou, referindo estar muito bem. Ad. também trouxe a sua contribuição de como este Grupo a auxiliou, assim como sua participação em outros espaços, como um grupo de convivência para idosos, e ela contou da importância de não estar só nestes momentos de dificuldade e da importância da fé para a sua recuperação, e então, nos convidou para um café em sua casa e saiu apressada, “só vim para dar um ‘oizinho’”. Assim, **não foi realizada a atividade planejada, e com o aval das participantes, foi combinado de fazer a mandala de fios no próximo encontro**.

SUGESTÕES DE LEITURA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n.27, série B – Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

***BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n.34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n.39, vol. 1 – NASF: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.11, n.23, set-dez/2007, p.605-618.

CAMPOS, C.M.S. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. (org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole; 2009, p.142-167.

GODOY, A.; COSTA, R.M.; SANT'ANNA, M.; GOMES, B.R. Método. In: GODOY, A.; GOMES, B.R.; SANT'ANNA, M.; COSTA, R.M. (org.). **I Fórum Estadual de Redução de Danos do Estado de São Paulo**. São Paulo: Córrego, 2014, p.16-19.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-48, maio/ago., 2004.

LIMA, E. M. F. A.; OKUMA, D. G.; PASTORE, M. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013.

***LINS, B.A; MACHADO, B.F; ESCOURA, M. **Diferentes, não desiguais: a questão de gênero na escola**. São Paulo: Editora Reviravolta, 2016.

ROSA, S.D; BRANÇAM, G.S. A intervenção grupal como recurso da Terapia Ocupacional: uma experiência com mulheres climatéricas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, v.21, n.2, 2013, p.423-428.

***VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino** (1ª.ed). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

***IMPERDÍVEIS!!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DAS “CAIXAS DE SUGESTÕES”

1 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n.34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p.122.

2 LINS, B.A; MACHADO, B.F; ESCOURA, M. **Diferentes, não desiguais: a questão de gênero na escola**. São Paulo: Editora Reviravolta, 2016, p.15.

3 Acesso em 29/04/2018 através do link: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>

TEXTOS DE APOIO PARA UTILIZAR EM ATIVIDADES DO GRUPO

Chimamanda Ngozi Adichie. **Sejamos todos feministas**, São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

Chimamanda Ngozi Adichie. **Para educar crianças feministas – um manifesto**, São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

Duda Porto de Souza e Aryane Cararo. **Extraordinárias mulheres que revolucionaram o Brasil**, São Paulo: Seguinte, 2017.

Elena Favili, Francesca Cavallo. **Histórias de ninar para garotas rebeldes: cem fábulas sobre mulheres extraordinárias**. Tradução: Carla Bitelli, Flávia Yacubian e Zé Oliboni. São Paulo: Vergara&Riba Editoras, 2017.

Carol Rosseti. **Mulheres – retratos de respeito, amor-próprio, direitos e dignidade**. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

FICHA TÉCNICA

SOBRE A AUTORA

Juliana Russo Antunes é terapeuta ocupacional e trabalha no SUS, por escolha ética, estética e política. Tornou-se mestra em ciências da saúde pela Universidade de São Paulo em 2018 através da pesquisa que originou este caderno. Na infância já protestava contra as exigências feitas a ela e às permissividades dadas ao irmão, e se incomodava quando lhe mandavam “sentar de pernas fechadas”. Mas, somente em 2016, a partir das condições sociais e dos mergulhos teóricos provocados por sua pesquisa de mestrado, foi possível reconhecer-se feminista.

SOBRE A ILUSTRADORA

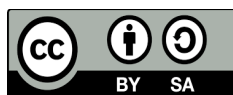
Daxane Alencar Gomes, também conhecida como Daxy, nasceu em São Paulo (no Brasil) em 1992. Formada cabeleireira e fã de cultura asiática, tem como hobby assistir animes, ouvir K-pop e desenhar. Está sempre pesquisando novas técnicas, seja para cores ou traços, mantendo o alto-astrol e o cabelo colorido como marcas registradas.

SOBRE AS COAUTORAS

Fátima Corrêa Oliver, é docente de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mestre e doutora em Saúde Pública. Sua experiência se dá na área de Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional em temas como cidadania e inclusão social de pessoas com deficiências, terapia ocupacional, atenção territorial e comunitária, reabilitação baseada na comunidade e Sistema Único de Saúde.

Luciana Bueno Lopes Zorzetto, é psicóloga especialista em Saúde Pública, Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental na Infância e Adolescência, focalizadora de Danças Circulares, auriculoterapeuta e amante das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Junto com Juliana e Joyce, coordena o Grupo de Mulheres.

Joyce Mazzotti Marini Souza, é fisioterapeuta acupunturista e trabalha no SUS. Buscou a graduação porque gosta de ajudar as pessoas. Tem especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. É coordenadora do Grupo de Mulheres e contribui nos grupos com trabalhos corporais e auriculoterapia, técnicas que ajudam a melhorar a qualidade de vida das pessoas.



CC BY-SA

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir deste trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.