

**MULHERES (RE)PRODUZINDO SAÚDE: SIGNIFICADOS SOBRE
INTEGRALIDADE^I**
WOMEN (RE)PRODUCING HEALTH: MEANINGS OF INTEGRALITY

Tatiane Garceis dos Santos^{II}

Zuleica Pretto^{III}

Resumo: A integralidade é um dos princípios de organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde que expressa a compreensão de que os sujeitos são integrais e a saúde é resultado da relação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Nessa linha, são construídas políticas públicas destinadas a grupos, como no caso das mulheres, na busca de garantir atendimento às pessoas em sua totalidade. A presente pesquisa objetivou compreender os significados de integralidade em saúde para mulheres usuárias da rede de atenção básica de saúde. Para tal, realizou-se entrevistas semiestruturadas, na modalidade virtual, com sete mulheres que utilizam unidades básicas de saúde no município de Florianópolis. As informações construídas nas entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo e discutidas tensionando a integralidade enquanto conceito de uma imagem-objetivo de sociedade e princípio do SUS. Considerando que os sujeitos são singulares/universais, isto é constituídos a partir de um processo histórico-dialético, os relatos das entrevistadas expressam semelhanças e diferenças que, de maneira geral, apresentaram fragilidades e dificuldades na efetivação da integralidade vertical e horizontal junto ao SUS; encontros e desencontros de seus significados de saúde com a construção conceitual e técnica de integralidade que fundamenta o arranjo assistencial em saúde no país; bem como fazem refletir sobre a integralidade não apenas junto a efetivação ou não no SUS, mas também na construção de entendimento sobre sujeito e saúde.

Palavras-chave: Saúde das mulheres. Integralidade em saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract: Integrality is one of the principles of organization and functioning of the Unified Health System that expresses the understanding that the subjects are integrals and health is the result of the relationship among biological, psychological and social aspects. According to this, public policies are designed for groups, as in the case of women, in the quest to guarantee service to people in their entirety. The present research aimed to understand the meanings of integrality in health for women users of the primary health care network. To this end, semi-structured interviews were conducted, in the virtual modality, with seven women who use basic health units in the city of Florianópolis. The information constructed in the interviews was subjected to a content analysis and discussed, tensioning integrality as a concept of an objective image of society and the principle of UHS. Considering that the subjects are singular/universal, which means constituted from a historical-dialectical process, the reports of the interviews express similarities and differences that, in general, presented weaknesses and difficulties in the realization of the vertical and horizontal integrality with the SUS; meetings and mismatches

^I Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2020.

^{II} Acadêmico do curso Tatiane Garceis dos Santos da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: tatianegarceiss@gmail.com

^{III} Doutora em Psicologia. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

of their health meanings with the conceptual and technical construction of integrality that underlies the health care arrangement in the country; as well as making them reflect on integrality not only with the implementation or not in UHS, but as a principle, but also in the construction of understanding about the subject and health.

Keywords: Women's health; Integrality in health; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é um direito de todas as pessoas e dever do Estado. De acordo com Both, Peralta e Peruzo (2013) e Da Ros (2006), esse entendimento foi conquistado através de movimentos de diversos agentes (profissionais da saúde, movimento sociais e populares) que reivindicavam a mudança na lógica da saúde e a construção de sistema unificado, universal e público. A unificação desses movimentos ficou conhecida como Reforma Sanitária que, com base legal na Constituição Federal de 1988, promoveu a criação do SUS através da consolidação das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) – Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 (BOTH; PERALTA E PERUZZO, 2013).

O SUS é sistema público de saúde composto por dispositivos, ações e serviços organizados em atenção primária, média e alta complexidades dentro de todo território brasileiro. A Atenção Básica em Saúde (ABS) ou Atenção Primária em Saúde (APS) é o conjunto de ações que objetivam atuar na promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. Desde 2006, primeira publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica se orienta “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. Para isso, conta com a Saúde da Família como estratégia prioritária na organização e funcionamento dentro dos territórios, levando em conta suas características geográficas, populacionais e socioculturais.

Para sua organização e funcionamento, foram estipuladas diretrizes que dizem respeito à lógica descentralizada, hierarquizada e territorializada da saúde, na qual a atenção básica tem o compromisso de promover comunicação setorial (outros pontos de média e alta complexidade da rede) e intersetorial (outros setores como a Assistência Social) com o intuito de fazer encaminhamentos e organizar o fluxo das pessoas dentro da rede de acordo suas necessidades, tanto coletivas (de território) quanto singulares, sempre objetivando o cuidado

integral. Assim, é de responsabilidade da atenção básica conhecer as demandas em saúde do seu território, utilizar da clínica ampliada para a promoção de criação de vínculos entre profissionais e população, bem como possibilitar uma continuidade nas relações de cuidado, sendo ponto de referência e, ao mesmo tempo, envolvendo a população como participante nesse processo (BRASIL, 2017).

Desse modo, o SUS, sustentado em três princípios norteadores (universalidade, equidade, integralidade) é um marco na busca pela construção não só de um novo modelo de organização e funcionamento em rede, mas, também, mudança no entendimento sobre ser humano e saúde (BOTH; PERALTA E PERUZZO, 2013).

Essa mudança está ancorada na concepção de saúde, proposta pela OMS em 1946, que a definiu como resultado da relação entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (BOTH; PERALTA E PERUZZO, 2013).. A partir disso, considera-se a possibilidade de multiplicidade de ser e realidades e, por consequência, diferenças no acesso e atendimento em saúde, buscando-se construir políticas públicas voltadas às especificidades de grupos como, por exemplo, as mulheres, foco dessa pesquisa.

Nesse caso, em 1983, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, houve a primeira significativa mudança na assistência prestada às mulheres no país (BRASIL, 2004). Até então, o foco de atendimento do sistema de saúde limitava-se ao período de gravidez e puerpério, ou seja, as mulheres eram reduzidas, totalmente, a uma visão biologista dos seus seres vinculada a um único papel, o de mãe. No entanto, apesar de já incorporar a ideia de integralidade e ampliar o conceito de saúde das mulheres para além da relação materno-infantil, sua ênfase ainda era direcionada a atenção em saúde para os agravos de ordem biológicas e reprodutivas, sem considerar aspectos sociais e psíquicos como fatores determinantes no processo de saúde e seus agravos. Esse cenário vigora até o ano de 2004 quando o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

A implementação da PNAISM foi produto e produtora de debates sobre gênero e mulheres que estavam crescendo e se disseminando no país desde meados do século XX sobre ampliação de ser mulher, participação política e, também, dos cuidados e intervenções em saúde junto às mulheres. Em seu documento, é possível constatar que o documento corrobora com a noção de gênero enquanto uma construção histórica e social e considera que a saúde e seus agravos envolvem diversos aspectos, como, também, relações étnico-raciais e pobreza. No entanto, sabe-se que na realidade brasileira relações de gênero e raça são constituintes da

organização do Estado e, ao mesmo tempo, constituídas através da construção de políticas de Estado que dentro de uma estrutura de produção capitalista, como é o caso do Brasil, se sustenta e se perpetua através da consolidação da disparidade entre homens e mulheres e, também, entre mulheres e mulheres (MONTERO 2018; CARNEIRO, 2011).

Tendo como horizonte essa conjuntura social brasileira cunhada como sexista e racista que constitui e organiza os modos de ser e estar na coletividade, é possível afirmar que a organização do SUS e seus dispositivos também respeitam, por consequência, essa lógica de funcionamento. Nesse sentido, discutir a integralidade, como conceito e princípio, junto às mulheres que utilizam as ações e serviços de saúde pode contribuir para repensar as políticas que na prática acabam por desconsiderar as diferenças sociais (principalmente, étnico-raciais, classe, orientação sexual, corpo) e reforçar discursos universalizantes do ser mulher.

Dessa forma, esse estudo se desenvolveu com o intuito de ouvir o que as mulheres têm a dizer sobre a temática enquanto sujeitos que se constituem num processo histórico-dialético através do seu movimento no mundo e, portanto, participantes na construção da realidade humana. De acordo com o existencialismo, cada sujeito é uma construção histórica de uma existência singular e faz a história ao mesmo tempo que é feito por ela (SARTRE, 1987). Além de que, enquanto sujeito de direitos, suas falas são necessárias para garantia de uma maior participação na (re)produção em saúde, no controle social do SUS e construção de políticas públicas que possam responder às suas demandas e, por consequência, efetivação da integralidade nos atendimentos destinados às mulheres.

Com base nas reflexões apresentadas, objetivou-se compreender os significados de integralidade em saúde para mulheres usuárias dos serviços da atenção básica. Buscou-se, a partir da escuta, de suas histórias, descrever como caracterizam as práticas de saúde voltadas às mulheres no contexto da atenção básica; identificar os sentidos atribuídos à saúde pelas mulheres usuárias dos serviços de atenção básica; conhecer as demandas e expectativas de saúde das mulheres usuárias dos serviços de atenção básica; verificar como as mulheres usuárias dos serviços de atenção básica percebem sua participação na definição das práticas em saúde

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa caracterizou-se como de natureza qualitativa, exploratória e de campo (MINAYO, 2009). Realizou-se entrevistas, individuais, com duração de

aproximadamente, uma hora, com sete mulheres, na faixa etária entre 44 e 74 anos, usuárias há pelo menos cinco anos de Unidade Básica de Saúde (UBS), da rede de atenção básica de Florianópolis.

A seleção das participantes aconteceu através da técnica bola de neve (VINUTO, 2014), sendo a primeira entrevistada identificada através da rede de contatos da pesquisadora. O número de participantes foi definido com base no alcance da saturação teórica que, conforme discutido por Fontanella, Ticas e Turato (2008), acontece quando as informações obtidas começam a se repetir e os conteúdos se tornam, de certa forma, redundantes, não mais apresentando contribuições significativas para a discussão teórica na análise.

Seguindo as normas e diretrizes de organização e funcionamento do SUS, o município de Florianópolis divide-se em 4 distritos sanitários (norte, sul, centro e continente). A rede de atenção básica à saúde atua em 49 dispositivos, distribuídos entre os distritos, e conta com Estratégia de Saúde Família como principal modo de organização das suas ações junto à população (FLORIANÓPOLIS, 2017). Por isso, levando em consideração a territorialidade das ações e serviços do SUS, foram entrevistadas usuárias de dois distritos sanitários diferentes – sul e centro.

Em função da situação emergencial, decretada como pandemia pela OMS, por conta do SARS-CoV-2 (coronavírus), causador da doença COVID-19, todo o contato com as participantes, desde o convite até a realização das entrevistas, aconteceu de forma online. Assim, as entrevistas foram realizadas virtualmente, através de vídeo-chamadas no aplicativo WhatsApp, conforme indicação de mais fácil acesso e conhecimento pelas participantes. As entrevistas foram conduzidas por um roteiro semiestruturado, gravadas e transcritas na íntegra, sendo o material resultante submetido a uma análise temática de conteúdo, conforme proposto por Minayo (2009).

Esse método é dividido em três partes: pré-análise, na qual foi organizado as informações a partir das entrevistas já transcritas; exploração do material, onde houve a codificação do material, caracterizada pela separação dos dados por categorias, as quais foram organizadas por um princípio de classificação, definido *a posteriori*, mas com base nos objetivos da pesquisa, com o intuito de poder englobar todas as entrevistas em tais categorias; e tratamento de resultados, em que foram trabalhadas as informações obtidas e as interpretações finais relativas ao tema (MINAYO, 2009).

Salienta-se que, por contar com a participação de seres humanos para a construção de informações, a pesquisa passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul

(CEP UNISUL), seguindo todas as recomendações éticas previstas pelas resoluções nº 446/2012, que trata sobre normas e diretrizes para pesquisas realizadas com seres humanos, e nº 510/2016 que dispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais, do Conselho Nacional de Saúde.

Para facilitar a organização e identificação das participantes^{IV}, segue abaixo uma tabela com algumas informações importantes para compreensão da análise e discussão:

Tabela 1 – Informações sobre as participantes.

Ana: branca; com deficiência visual; 49 anos; 1 filha; casada; ensino fundamental completo; aposentada; atualmente, utiliza uma UBS localizada no distrito sanitário sul.
Bete: branca; sem deficiência; 63 anos; 1 filho; solteira; ensino fundamental incompleto; dona de casa, em processo de aposentadoria; atualmente, utiliza uma UBS localizada no distrito sanitário sul.
Filó: branca; sem deficiência; 61 anos; 2 filhos e 2 filhas; casada; superior completo; jornalista; atualmente, utiliza uma UBS localizada no distrito sanitário sul.
Ísis: branca; sem deficiência; 74 anos; 2 filhas e 1 filho; divorciada; ensino fundamental incompleto; aposentada; atualmente, utiliza uma UBS localizada no distrito sanitário centro.
Karla: negra; sem deficiência; 44 anos; sem filha/os; casada; ensino superior incompleto; cozinheira/chef de cozinha; atualmente, utiliza uma UBS localizada no distrito sanitário sul.
Leila.: negra; sem deficiência; 44 anos; 1 filha; casada; ensino superior incompleto; cuidadora social; atualmente, utiliza uma UBS localizada no distrito sanitário centro.
Vera.: negra; sem deficiência; 51 anos; sem filha/os; solteira; ensino superior completo; mediadora cultural; atualmente, utiliza uma UBS localizada no distrito sanitário centro.

Fonte: elaborada pela autora

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas e com base nos objetivos de pesquisa, dividiu-se a análise em três grandes categorias apresentadas e discutidas a seguir: vivências na UBS; sobre os significados de saúde; e mulheres e (re)produção em saúde.

3.1 VIVÊNCIAS NA UBS

^{IV} Com o intuito de preservar as identidades das participantes, foram utilizados nomes fictícios.

Em relação às vivências das participantes aqui abordadas, destacam-se: suas demandas; impasses na organização e funcionamento da UBS; e caracterização das práticas utilizadas que envolve as (in)satisfações nos atendimentos. Estes elementos são importantes para refletir sobre o movimento dialético das participantes, pois a partir de suas experiências situacionais concretas, enquanto sujeitos singulares/universais, fizeram elaborações que contribuem para problematizar o sistema de saúde circunscrito em um contexto social.

3.1.1 Demandas das participantes

As demandas apresentadas pelas participantes expressaram que a busca e utilização da UBS são fortemente para o cuidado com a saúde biológica:

Ana: “pra pegar meu remédio, as minhas receitas, pra renovar as receitas. E, às vezes, fazer um preventivo [...]E, às vezes, uma consulta, uma coisa que, às vezes, a gente dá, assim, uma gripe, uma coisa, né”.

Bete: “só pra consultar com médica (clínico geral); os meus exames, faço exame de mama, essas coisas toda de rotina e pegar receita porque eu tenho diabetes, então, de 6 em 6 meses tem que pegar receita”

Filó: “eu não costumo usar muito porque eu não tenho nenhum histórico de doença, né eu faço meus preventivos, já fiz oftalmo, já algum probleminha que apareceu tipo inflamação na garganta.”

Ísis: “alguns exames assim, eu ganho medicação, né. consulto, dependendo do tempo que fiz exame de sangue, exame de tireoide, essas coisas, eles me pedem; dentista, utilizei só uma vez”

Karla: “marco consulta com a clínica, gineco, consultas básicas de rotina, pedir exames pra ver se tá tudo certo”

Leila: “ginecologista, na vacina, eu levo mais a minha filha do que eu, assim, né. Geralmente, vou no dr. R (médico da família) e meu marido também; tenho pressão alta, daí pego remédio da pressão”.

Vera. “pra ultrassom, pra exames de laboratório também e cada ano eu faço exames da mama, né, preventivo de mama. E os preventivos também, né. faço acompanhamento controle pra acompanhar como que tá a pressão. Pra ver se continua com os medicamento ou, né, se muda”.

A atenção básica, em seu fundamento, é estratégica na organização e funcionamento do SUS e, devido a sua ação capilar e territorializada, a UBS é considerada uma referência, tanto de porta de entrada na rede assistencial quanto de cuidado à saúde. No entanto, para as participantes, é referência para atendimentos individuais em saúde, visto que nenhuma participa das ações voltadas à produção de saúde ou prevenção coletivas de saúde, privilegiando o cuidado voltado à prevenção e tratamento, principalmente, vinculados ao aspecto reprodutivo.

Esse fenômeno pode ser compreendido não só pelas demandas apresentadas, como também pela oferta de ações em saúde às mulheres que acabam sendo restritas. No caso de Florianópolis, há um protocolo que “normatiza, organiza e monitora” as ações em saúde voltadas às mulheres em todos os níveis da rede de saúde do município. Porém, infelizmente, no documento consta que “as ações estão voltadas para as linhas do cuidado que compreendem cinco eixos prioritários: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal; parto e puerpério; prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e da mama e violência sexual” (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Souto (2008, p. 167) assinala:

Sendo o corpo feminino um lócus privilegiado de instrumentação de sua submissão e opressão, as dimensões do cuidado com a saúde da mulher também se expressam nas intervenções voltadas para esse corpo, definidas pelo papel que a sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora.

Tentando romper com essa lógica, A PNAISM, publicada em 2004, foi desenvolvida com o intuito de consolidar os avanços já existentes, mas, também, ampliar a assistência em relação à saúde das mulheres levando em conta aspectos para além da reprodução e família. Assim, a PNAISM integra as questões de gênero como uma determinante na elaboração das ações em saúde com o intuito de assegurar os direitos conquistados até o momento e garantir ampliação e melhorias no atendimento à saúde das mulheres com foco na integralidade biopsicossocial (BRASIL, 2004).

Buscando garantir a integralidade e estar de acordo com o previsto pela PNAISM, no documento da prefeitura de Florianópolis, a saúde psicossocial é mencionada como integrante no processo saúde-doença no cuidado às mulheres, porém, ao longo de sua escrita, parece reforçar não como determinantes para saúde, mas como agravantes das complicações biológicas e de violências contra as mulheres. Se a construção do modo de assistência à saúde corresponde ao que se entende por ser humano, a construção de políticas para os ditos grupos específicos corresponde ao que se considera as características dos sujeitos desse grupo. Ou seja, mesmo que, necessariamente, orientada pela PNAISM, o protocolo do município reflete, tanto no campo conceitual quanto técnico-assistencial, a redução histórica da saúde das mulheres aos aspectos do corpo, principalmente, vinculados à reprodução e organização familiar.

Importante evidenciar que a saúde mental não ganha destaque no protocolo, bem como não entra como demanda de busca pela UBS. A partir da consolidação da ABS e sua contribuição para a superação da fragmentação do cuidado em saúde foram estabelecidas as diretrizes de organização e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a

ABS como responsável pela coordenação das redes. As RAS são composições sistematizadas de ações e serviços que objetivam responder necessidades específicas em saúde, nos diferentes níveis de atenção (SOUZA et al, 2019). No caso de Florianópolis, existe a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) que busca consolidar o atendimento integral em saúde mental.

Contudo, constata-se que as participantes não utilizam ações voltadas à saúde mental, como diz Vera *“tem, tem ali. Só que eu, nunca encaminharam (pausa)... Tem ali, eles encaminham as pessoas, mas nunca me encaminharam”*. Esse encaminhar diz respeito ao fato de que as entrevistadas consideram que o trabalho em saúde mental se restringe à figura de profissionais “psis” (psiquiatra e psicóloga/o) e que não é trabalhada por demais profissionais de outras áreas da saúde com quem estão frequentemente em contato (medicina e enfermagem).

Isso pode apontar para a fragmentação da formação profissional, decorrente dos especialismos em função da divisão do ser humano em partes, e a organização assistencial fortemente relacionada ao entendimento de saúde do saber e poder biomédico. E estes, por sua vez, centralizados na figura de profissionais da medicina, pois, para que as pessoas tenham acesso a profissionais “da saúde mental” precisam passar pela avaliação médica para conseguir um encaminhamento (FERLA; RIBEIRO, 2016).

No entanto, nos relatos das mulheres entrevistadas, saúde psicossocial ainda aparece como especificidade e não como participante estrutural do sujeito que merece cuidado e atenção. Nesse sentido, a integralidade vertical exprime que atendimentos em saúde devem considerar todos os aspectos presentes na vida dos sujeitos e qualquer intervenção que desconsidere algum deles estará fortalecendo uma visão fragmentada de ser humano (BOTH; PERALTA E PERUZZO, 2013). Então, os atendimentos dentro dos dispositivos da rede em saúde devem buscar dar conta dos sujeitos de forma integral, considerando suas necessidades de acordo com seus aspectos sociais, psicológicos e biológicos.

Porém, é possível que a efetivação da integralidade preconizada como princípio fique comprometida na medida em que as demandas das usuárias e a atenção dos atendimentos do arranjo técnico-assistencial se voltam para um aspecto da saúde. No caso das mulheres, principalmente, agravos de ordem físico-fisiológicos e reprodutivo.

3.1.2 Impasses sobre o funcionamento da UBS e da rede de saúde

É possível verificar que as usuárias têm conhecimento sobre como é o funcionamento da UBS que utilizam, mesmo dizendo que a frequentam episodicamente. No entanto, emergiram apontamentos sobre as fragilidades e obstáculos enfrentados na forma como está organizada a rede de assistência e a prestação de serviços. Entre eles o jeito de marcação de consulta pelo método de ficha e demora para marcação de encaminhamentos para especialistas.

Sobre o funcionamento da UBS, os apontamentos foram dirigidos ao fato de que para utilizar as ações, é preciso passar por fila de ficha. A entrevistada Ana coloca que *“se tu for lá pra pegar número, tens que ir bem cedo, uma 5h da manhã. Às vezes, nem consegue vaga. Daí tu é consultada no mesmo dia ou então eles passam pra outro dia”*. E Filó corrobora dizendo que *“quando a pessoa tá querendo ir, ela se programa pra ir porque ela tem que se programar, praticamente, o dia todo, pelo menos, um período inteiro pra ir no posto de saúde, né. Ela vai e não sabe que horas vai ser atendida”*. Portanto, a prestação de serviços à saúde ainda passa por dificuldades na garantia de cobertura e atendimento integral, pois, se a saúde faz parte do movimento da vida dos sujeitos é, no mínimo, intrigante que os serviços e ações tenham horário e acesso tão limitados de atendimento.

Conforme Souza et al (2019), é inegável o crescimento da cobertura de assistência promovida pelas UBSs ao longo desses anos. Ao mesmo tempo, por se dar de forma heterogênea nas regiões do país, há um favorecimento de um modelo de atenção que reproduz desigualdades sociais, no acesso e efetivação dos atendimentos, constituindo ainda uma das maiores dificuldades enfrentadas para o SUS e seu alcance.

Interessante pontuar que as entrevistadas consideram que os impasses são relacionados ao subfinanciamento do SUS, como Karla coloca *“eu acho que a prefeitura tem bastante grana pra isso, só não sabe distribuir do jeito certo, principalmente, na área da saúde”*. Vera reforça essa percepção: *“não vou dizer que é dinheiro porque dinheiro tem, né, só que falta aplicar. Quando, eu escuto “ah, nós vamos cortar verbas”, a primeira coisa que eles fazem, é cortar saúde e educação”*.

A partir dessas falas, levanta-se um ponto importante a ser refletido. A integralidade em saúde, então, não se refere somente aos atendimentos e as práticas nas relações com profissionais ou utilização dos dispositivos da rede, pois se faz necessário responsabilidade por parte do Estado em assegurá-la, uma vez que é política pública de direito previsto. A saúde não pode servir aos caprichos das disputas políticas de governos, pois é política pública de Estado e deveria ser levada de modo a garanti-la no cotidiano das pessoas. No entanto, o direito

escrito na Constituição brasileira ainda enfrenta dificuldades em ser assegurado para todo mundo e, também, precisa de constante reavaliação do entendimento de sujeitos e direitos para não perpetuação de desigualdades e desassistências.

Essa problemática se encontra acentuada no contexto político atual, cujo governo favorece o projeto liberal socioeconômico. É possível verificar que a ação governamental se alinha aos ideais de saúde defendidos por setores privados, deferindo ataques à saúde pública que provocam desmontes dos avanços conquistados e favorecem desassistências (SOUZA et al, 2019).

Em corroboração a isso, as entrevistadas apresentaram que a demora para conseguir encaminhamento para atendimentos de especialistas que não atendem na UBS é indicado como algo a ser melhorado, pois, em alguns casos, chegam a levar mais de ano para conseguir a consulta. Bete exemplifica ao falar da demora para acessar uma consulta de oftalmologista *“na época que eu fui pra minha vista, eu marquei, né, pra ir no médico e, olha, levou 1 ano. Já tinha ido, né, paguei outro médico pra poder usar óculos, que eu tava com falta de vista. Ai depois de eu tá com o óculos, ligaram pra mim pra dizer que tinham arrumado”*.

Como dito, essa demora, inclusive, é um dos motivos pelos quais as participantes procuram serviços privados. Coelho et al (2012), problematiza que essas dificuldades decorrem da fragilidade da garantia de saúde como direito, característico do sucateamento dos investimentos, e sedimentam a ideia de que, conforme apontado, “o serviço de atenção básica perde a referência de lugar em que se prestam cuidados que promovem saúde e previnem agravos, passando a representar a alternativa para situações de maior gravidade” (COELHO et al, 2012, p. 583). Tal funcionamento, que dificulta a efetivação das ações em rede e favorece fragmentação da atenção em saúde, auxilia na construção de uma relação afastada entre usuárias e UBS, comprometendo além da concretização da integralidade horizontal, que prevê a circulação das pessoas dentro dos dispositivos de saúde com o intuito de buscar os atendimentos e ações compatíveis com as suas necessidades, o próprio acesso das pessoas às ações e serviços (BOTH; PERALTA E PERUZZO, 2013).

3.1.3 Caracterização das ações utilizadas

A caracterização das ações utilizadas pelas entrevistadas se deu a partir de suas (in)satisfações no atendimento às suas necessidades e em decorrência da relação com profissionais que trabalham na UBS.

As entrevistadas que disseram que as ações atendem suas necessidades, associaram

diretamente às demandas (principalmente, “biológicas”) pelas quais buscam a UBS, afirmando *“pra mim, tudo o que eu preciso ali, eu consigo, né. E, pra mim, por enquanto tá bom”* resume Bete. Porém, ao longo das entrevistas, tiveram relatos de experiências de ações que não são realizados pela UBS, como exemplifica Ísis ao lembrar de um procedimento dentário que precisou fazer *“são coisas que eles não fazem ali. Tive que fazer prótese, aí fui obrigada a pagar”*.

Já as participantes que alegaram que as ações da UBS satisfazem suas demandas, mas não suas necessidades, indicaram limitação das ações oferecidas, uma vez que consideram que *“são bem restritas, é uma coisa muito fechada, só se a pessoa vai lá no posto, pois pensam que é preciso “deixar que os projetos venham pra comunidade, não deixar só dentro do posto; incluir as pessoas dentro do posto [...] É bem a doutrina da farmacêutica: ir no médico, remédio, voltar quando acabar o remédio. Não existe uma prevenção, uma educação alimentar, sabe?”*, como sintetiza Karla.

Tanto para as entrevistadas que consideram que as ações satisfazem suas demandas, quanto para as que têm a opinião contrária, é possível verificar que algumas necessidades não são supridas. Atenta-se para o fato de que a lógica do SUS é do trabalho organizado em rede, com níveis de atenção e que algumas ações não cabem à atenção básica executar, mas é função desse setor acionar os demais serviços quando necessário. Infelizmente, mesmo fazendo esse trabalho, esbarra-se na realidade sucateada do SUS que se até para tratamento de aspectos biológicos, não consegue dar conta do que é solicitado pela população, quem dirá conseguir trabalhar na prevenção e produção de saúde (COELHO et al, 2012). Não que não existam movimentos e ações, mas as barreiras para sustentá-las são maiores.

No referente a relações com profissionais, de maneira geral, dizem ser satisfatórias. Vera resume *“pra mim, eles têm uma boa formação, atendem bem, nunca foram, assim, grosseiro comigo. Cada vez que eu preciso, né, eu vou e o atendimento é bom. Tanto da parte da recepção quanto das enfermeiras e médicos, né.”*. Nessa linha, Filó concorda acrescentando que *“eu acho a minha relação com eles é muito boa. Eu, às vezes, assim, sinto que eles tão um pouco estressados [...] Não tenho assim, nada a reclamar em relação à eficiência deles porque eles são assim, dentro das limitações, eles atendem muito bem, né”*. Essas falas corroboram com a ideia discutida por Coelho e tal (2012) de que a qualidade nas relações profissionais-usuárias e resolução de suas demandas são importantes para efetivação de acolhimento e cuidado das mulheres nos serviços de saúde.

Para as entrevistadas, muitas vezes, há dificuldades na resolução das demandas, mas pode-se notar que há reconhecimento da sobrecarga de trabalho dos profissionais, que fazem os atendimentos ou que trabalham na parte administrativa, em função da existência de inúmeras demandas e impossibilidade de atender a todas. Nesse sentido, Karla considera *“Eu vejo a intenção dos profissionais, eu sei que existe uma sobrecarga, que a demanda é maior que a quantidade de profissionais, eu vejo isso pelo lado de lá também.”*

No entanto, algumas participantes assinalaram insatisfações, especialmente diante de situações de discriminação. A discriminação apareceu pelo viés da classe, como Ana relata *“algumas pessoas que trabalham ali na frente (recepção), às vezes, chega pessoas que tem grana e eles atendem super bem. E, às vezes, chega um pobre e eles não dão nem valor. Isso aí eu acho errado, tem que ser o atendimento tem que igual pra todo mundo, né”*. Leila igualmente pontou que as relações com profissionais são *“Acho até meio fria a relação deles assim em questão com a gente. Não sei por que é a comunidade, acho que isso pega muito. Eu acho que por a gente morar aqui no morro [...] o serviço é um pouco meio assim por cima, sabe?”*.

Além da questão da classe, a discriminação racial também foi salientada. Karla descreve uma situação vivida

eu acho que as pessoas não têm noção de quanto elas praticam tanto racismo em repartições públicas, sabe? Que é racismo estruturado dentro da repartição, sabe? [...] uma vez que eu fui pro posto, com uma dor muito forte, e elas aquele bico de pato lá, e eu tenho o canal muito pequeno e eu falei e ela deram risada, sabe? E ela botaram o maior e eu disse “vai me machucar” e eu senti que me rasgou”.

De acordo com Filho et al. (2018), como o SUS não é apartado do contexto, os fenômenos situacionais ocorridos possuem correlação com a conjuntura social concreta na qual está inserido. Nesse sentido, o serviço assistencial é considerado como espaço possibilitador de reproduções de discursos e intervenções que favorecem posições sexistas e de violências sociais no atendimento às mulheres. Para Leila *“deveria ser um pouco mais humanizado. O SUS é bom, mas muitas pessoas que trabalham ali não estão preparadas pra lidar com público, né [...] às vezes, o tratamento é tão ruim que as pessoas, várias mulheres aqui, não vão mais ali, sabe?”*.

Ao falar sobre humanização, faz-se imprescindível lembrar do que Carneiro (2011) assinala, que a partir da divisão da humanidade em hierarquias das raças, como consequência do racismo científico do século XIX, construiu-se a ideia de que há mais humanidade em algumas pessoas do que em outras, o que leva a desigualdade (de garantia, acesso, de tratamento) ser naturalizada dentro das relações sociais (2011). A autora continua dizendo que,

na realidade brasileira, o mito da democracia racial ou a discussão de que a questão racial estaria dentro da grande questão que é a luta de classes faz com que a análise da raça como estruturante das desigualdades sociais do país seja colocada de lado (CARNEIRO, 2011). Portanto, as práticas de saúde prestadas às mulheres, em alguma medida, reproduzem essas posições sexistas que são estruturantes do contexto brasileiro e se acentuam com a intersecção entre gênero, raça e classe (FILHO et al., 2018).

Nesse ponto, faz-se importante resgatar três conjuntos de sentidos que foram importantes para a consolidação da integralidade como um princípio norteador, organizativo e objetivo do SUS, apresentados por Mattos (2009).

O primeiro foi proposto por profissionais da saúde que passaram a defender reformulações teórico-práticas das suas formações, na tentativa de romper com a forma fragmentada da assistência e defender que as práticas em saúde deveriam ser consideradas e analisadas como práticas sociais. Portanto, a integralidade passou a ser defendida como essencial para a avaliação da formação e intervenções profissionais em saúde com o objetivo de atender às necessidades das pessoas usuárias, sem encerrá-las em aspectos biológicos, apenas voltadas ao controle de doenças ou descoladas do contexto social (MATTOS, 2009).

Um segundo sentido refere-se à organização do SUS, preconizando a horizontalidade e comunicação entre os diferentes serviços, sejam de saúde (setoriais) ou de serviços assistenciais (intersetoriais), bem como entre profissionais. Os atendimentos devem acontecer na lógica do trabalho em rede, com base nas características e necessidades da população atendida de forma a não verticalizar e fragmentar as ações em saúde (MATTOS, 2009).

O terceiro sentido diz respeito à integralidade em políticas com o objetivo de atender às demandas de grupo específicos. O autor exemplificou a PAISM que, mesmo tendo rompido com a consideração de saúde das mulheres apenas ligado aos agravos maternos-infantis, ainda se voltou para problemas de saúde de ordem orgânico biológicas e sobre o planejamento familiar, deixando de lado os problemas relacionados às questões de gênero. Isso quer dizer que a assistência integral requer que as políticas sejam formuladas considerando a própria integralidade (diferentes aspectos) dos sujeitos aos quais elas se destinam e não apenas recortes desses sujeitos. Essa ampliação também faz questionar e avaliar se políticas agregam ações tanto de caráter preventivo quanto assistencial em saúde, pois a integralidade das respostas governamentais às demandas populacionais necessita envolver todos os níveis de atenção à saúde (MATTOS, 2009).

Através de suas falas, constata-se que a realidade nos atendimentos para as mulheres entrevistadas se caracteriza, muitas vezes, como contrária as ideias sobre integralidade defendidas nos sentidos apresentados por Mattos (2009). Mesmo com importantes mudanças no cenário assistencial em saúde e relatos de satisfações, é possível identificar o desfavorecimento da integralidade (vertical e horizontal) preconizada, já que a fragmentação, reducionismo biológico, práticas discriminatórias ainda estão presentes na atenção à saúde.

Vale ressaltar que dificuldades em construir e efetivar a integralidade em saúde são exemplos dos próprios impasses sofridos na tentativa de consolidar os anseios de garantia de direitos para todas as pessoas, da CF de 1988 e do SUS; de substituir a lógica biomédica de saber e intervenção junto às vivências humanas e de romper com concepções, discursos e práticas que naturalizam a hierarquização social (SOUZA, et al 2019). Assim, a integralidade em saúde é constituída pelos conjuntos de sentidos condensados por Mattos (2009) e, ao mesmo tempo, mais do que isso, na medida em que é trabalhar para a construção de um outro projeto político de sociedade e entendimentos sobre os sujeitos e, nesse caso, sobre as mulheres diferente do vigente.

3.2 SOBE O SIGNIFICADO DE SAÚDE

“A saúde é tudo na vida” foi uma resposta unânime entre as entrevistadas. No entanto, ao explorar melhor essa definição “tudo”, foi possível identificar que há semelhanças e diferenças significativas no entendimento entre elas que, por sua vez, implicam em diferentes modos de atenção, cuidado e vivências em saúde.

Como fora discutido por Both, Peralta e Peruzzo (2013), a saúde está essencialmente ligada ao entendimento de ser humano, de sociedade, de organização política, econômica que variam com o tempo e entre as diferentes sociedades. Isso significa dizer que conceituar saúde é um processo histórico que se faz a partir dos ideais defendidos pelos grupos sociais durante o próprio processo de constituição humana na coletividade. Nesse sentido, os significados atribuídos à saúde são, ao mesmo tempo, coletivos, ou seja, compartilhados por grupos e sociedades e singulares, pois os sujeitos podem atribuir sentidos diferentes durante o processo de apropriação disso que é compartilhado.

As semelhanças encontradas nas considerações das participantes dizem respeito ao pensarem a saúde: não apenas ausência de doenças; como uma incumbência de cada pessoa (expressa no cotidiano, nos cuidados voltados à alimentação, nas práticas de exercícios

físicos), com as relações sociais-afetivas (na manutenção de bons vínculos familiares, de amizades) e com o cumprimento de medidas orientadas e prescritas no acompanhamento junto ao sistema assistencial de saúde. Vera sintetiza essas semelhanças ao comentar que *“saúde é viver bem: ter uma boa alimentação; quando precisa do posto, ser bem atendida, né. E a gente tem que se cuidar também, ter uma boa convivência com as pessoas, tanto em casa como no trabalho, com seus vizinhos”*.

De maneira geral, esses apontamentos vão ao encontro do conceito de saúde apresentado pela OMS que buscou solidificar e unificar mundialmente a defesa de que a saúde não poderia ser definida apenas como ausência de doenças, mas sim um completo bem-estar físico, mental e social (BOTH, PERALTA E PERUZZO, 2013). Embora seja necessário questionar se é possível, de fato, a existência de um bem-estar completo, tal conceito está vinculado à consideração de que os seres humanos são seres integrais (biopsicossociais), portanto, a saúde tem relação com os aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Essa é a compreensão que fundamenta a construção das políticas públicas em saúde no Brasil e atua na defesa de que o cuidado e assistência em saúde não seja, somente, o tratamento de sintomas (FERLA; RIBEIRO, 2016).

Considerações feitas pelas participantes corroboram com a ideia de não restringir a saúde ao cuidado dos sintomas ou não ter doenças, bem como com a não existência de um bem-estar completo, pois, todas elas, possuem complicações de ordem fisiológicas e algumas fazem acompanhamento junto ao posto, até com utilização de medicação. Aqui se faz necessário salientar que as participantes não associaram a idade, necessariamente, à doença, mas como participante no desenvolvimento de complicações orgânicas. Nesse sentido, Ísis exemplifica *“Ó, tu vê, eu sou hipertensa, tenho problema de tireoide, eu tomo remédio pra depressão, sou pré diabética [...], tenho. artrite, artrose, bico de papagaio, hérnia de disco [...] Então, 100% a gente não é porque, ó, eu tenho um monte de problema (risos), mas eu me cuido [...] Tô com tudo e tô feliz (risos)”*.

O entendimento de saúde vincula-se ao entendimento de ser humano, bem como contribui para a construção do cuidado em saúde. Nesse tópico, a segmentação entre físico e mental/psicológico foi uma convergência importante identificada na fala das entrevistadas. Porém, ao mesmo tempo que a dualidade aparece como algo em comum, ela foi retratada com contornos diferentes, o que indica diferenças para a compreensão de ser humano e saúde.

Por um lado, o biológico é tido como foco principal para a prevenção e cuidado em saúde e o psicológico, mental, aparece vinculado a problemas, até mesmo tabu. Bete relata *“eu*

tive uns problema aí, assim, um estado nervoso. Tava com medo de tudo, eu sentia aquela angústia, não tem? Foi mandado (pela médica) eu ir (à psicóloga) porque eu tive umas crise, mas eu não gostei. Não deu, pra mim não deu isso aí. Eu disse “eu tô bem, não preciso disso”. Esta fala parece apontar que a saúde mental só é problematizada quando existe sofrimento (que também se apresenta no corpo) e quando há a necessidade de cuidado, busca-se resolver com medicação, pelo viés biológico: *“Tomei o remédio pra tirar essa ansiedade, essa coisa ruim que eu sentia. Aí eu tomei, ela (médica) receitou pra três meses, não sinto mais nada, aquela coisa ruim que tinha [...] Agora é porque eu caminho muito, saio”.*

Sabe-se que o histórico da saúde mental no Brasil, foi se construindo como referência ao que caracteriza pessoas com “transtornos mentais” e, durante muito tempo, o tratamento se voltou para a medicalização da vida e exclusão dessas pessoas. Apesar das mudanças propostas e visadas pelas políticas públicas em saúde, é possível constatar que as implicações do modelo biomédico ainda estão muito presentes no entendimento sobre saúde e no conhecimento técnico prestado encaminhamento (FERLA; RIBEIRO, 2016). A partir da fala citada, a saúde mental parece estar vinculada ao ter ou não algum problema e não como parte constituinte do sujeito, portanto, aparece a negação frente a possibilidade de cuidado, já que poderia significar um diagnóstico de “transtorno mental”.

Já por outro, houve a emergência da ideia de que tanto o psicológico quanto o físico possuem igualdade perante a necessidade de cuidado e atenção em saúde. Conforme, Filó *“A saúde, pra mim, é esse conjunto, da questão emocional, da questão mental, da questão corporal, física [...] Mente sã, corpo sã, né”.* Isso faz refletir que, apesar do processo histórico de tentativa de superar dessa lógica, a dualidade ainda está muito presente, até mesmo predominante, na compreensão sobre os sujeitos e, por consequência, sobre saúde. Através do conceito de integralidade, proposto em função dos sujeitos integrais, tenta-se ultrapassar essa divisão, tanto no campo conceitual quanto no campo da assistência prestada em saúde (MATTOS, 2009).

No entanto, a expressão biopsicossocial (que representa a integralidade do ser humano) ainda parece soar e favorecer muito mais uma junção de termos entendidos separadamente do que, necessariamente, interpretados como parte de uma unidade, um todo. Isto porque é possível identificar que, infelizmente, a lógica biomédica ainda impera no cenário conceitual e técnico- assistencial no país, favorecendo a fragmentação dos sujeitos nas práticas tanto nas discursivas quanto vivenciais e assistenciais em saúde (SOUTO, 2008).

Apesar da dualidade na compreensão da vivência humana, as entrevistadas apresentaram uma compreensão compartilhada de que a saúde é relacional. Colocações como “saúde é família, amizades, conhecer pessoas” e “viver bem com as pessoas também é saúde”, feitas por Leila. e Ana, respectivamente, exemplificam a ideia suscitada de que criar e manter “bons” esses vínculos junto à família, comunidade, amizades e trabalho (para aquelas que têm emprego) reflete na manutenção da saúde.

Tal compreensão é de suma importância, pois, além contribuir com a ideia de que saúde não é apenas ausência de doenças, também favorece a racionalidade de que as pessoas e, por consequência, a saúde são sociais. Inclusive, foi, justamente, a partir da valorização das relações sociais no processo de saúde, doença e constituição humana que, em 1994, implementou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de fazer valer essa mudança de paradigma assistencial, buscando construir e desenvolver ações em saúde de maneira territorializada, com foco no atendimento e intervenção junto às famílias e comunidades das quais as pessoas fazem parte. Posteriormente, devido a sua expansão e consolidação, a PSF deixou de ser um programa e foi instituída como a principal estratégia para organização da Atenção Básica dentro do SUS, conhecida, atualmente, como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

A ESF fortalece que um dos pilares do cuidado dessa mudança é ultrapassar o cuidado em saúde centrado nas intervenções com a equipe técnica, pois é necessário que as pessoas também possam assumir cuidado em saúde, como parte do seu cotidiano. Em relação a isso, as participantes assinalam que a saúde é tanto “é tu consultar o médico, fazer exame, tomar tua medicação de acordo com a prescrição do médico” (Ísis) e “ser bem atendida, tu querer um médico e tu ter um médico, né. E, às vezes, tu precisar de um remédio” (Ana), quanto “fazer uma alimentação boa, né, não comer coisas muito doces, gorduras, essas coisas, fazer uma caminhada”.

Assim, as entrevistadas expressam em suas falas o cuidado e atenção em saúde ainda muito fortemente relacionada ao saber, principalmente, médico que detém o conhecimento e poder sobre a saúde (FERLA; RIBEIRO, 2016). Mas, também, se consideram responsáveis pela saúde na medida em que exercem práticas de cuidado. A corresponsabilidade, como se costuma chamar esse envolvimento da população no exercício de cuidado, faz parte de um dos objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH) ao defender que as pessoas usuárias não são apenas pacientes, no sentido passivo, mas que devem ser consideradas protagonistas, no sentido de agentes, na construção de práticas em saúde.

No entanto, no caminho de pensar a saúde como manifestação social, a maioria das participantes apresentam que não basta manter bons vínculos sociais-afetivos e práticas cotidianas de cuidados, pois *“saúde é qualidade de vida, ter suas condições básicas supridas: alimentação, moradia, saúde, educação... Se tu não tiver uma boa saúde, tu não tem uma boa educação. Se tu não tiver uma boa educação, tu não vai saber os teus direitos em relação a tua saúde. Então, esses quatro pilares, assim, fazem a qualidade de vida, sabe?”*, como considera Karla. Essa ideia vai ao encontro de que a saúde, tal qual prevista na CF brasileira de 1988, é um dever do Estado e um direito constituinte do tripé da seguridade social e, portanto, indissociável de outros direitos básicos para promover as condições sociais para viver (e não apenas sobreviver).

Isso ainda reforçado por Filó quando diz *“saúde é todo contexto da vida da gente. Onde a gente mora, como tu moras, tua segurança, teu bem-estar, se existe lazer, o que requer ponderar que a saúde está ligada à conjuntura das sociedades, pois “engloba todo o nosso contexto social, político, econômico”*.

Assim, ao longo das entrevistas, algumas falas como de Karla *“tem uma diferença muito grande do tratamento da mulher preta pra mulher branca nessa sociedade de merda”* ou *“eu acho que assim que a gente é muito invisível assim. Eles tratam muito desigual a gente. É muita discriminação racial, é muita discriminação pelo poder, pelo dinheiro em si”* de Leila, foram contribuindo para a consideração de que a saúde está, essencialmente, relacionada aos marcadores sociais. Portanto, já que tais marcadores (principalmente, raça, classe e gênero) determinam as posições socialmente ocupadas, não é possível não considerá-los na construção conceito e vivências em saúde.

Por isso, não se pode perder do horizonte que o Brasil é um país marcadamente calcado na discriminação e com desigualdades sociais profundas que, inevitavelmente, refletem na efetivação de direitos, supostamente, garantidos. Nesse sentido, Leila comenta que falta de saúde *“é se sentir invisível porque quando tu se sente invisível, tu não é ouvida”*. Carneiro (2011) pontua que a relação entre classe, gênero e raça estrutura a conjuntura social brasileira e faz pensar que a saúde enquanto direito não basta estar prevista constitucionalmente, já que o próprio Estado brasileiro é classista, racista, sexista e, através de suas políticas, continua a reforçar garantia ou não de direitos de acordo com os grupos sociais.

3.3 REPRODUÇÃO EM SAÚDE

A discussão proposta neste trabalho para falar em (re)produção de saúde é desenvolvida por meio da participação. A participação entendida tanto no controle social dentro do SUS quanto no próprio movimento do ser-no-mundo das entrevistadas.

Coadunado ao processo de mudança da concepção de saúde, a reivindicação do controle social se fez presente enquanto anseio pela democratização da saúde como parte da construção de um novo modelo assistencial (SUS) no contexto brasileiro. A democratização diz respeito tanto pela defesa da saúde como um direito de todas as pessoas quanto pela garantia de participação da população nas políticas públicas. Assim, a participação social se expressa através da atuação da população na definição, execução, controle e avaliação das políticas públicas dentro dos conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional), garantida na Constituição Federal de 1988, como uma diretriz organizativa e de funcionamento do SUS, bem como na Lei nº 8.142/90 (BOTH; PERALTA E PERUZZO, 2013).

Constatou-se que, atualmente, nenhuma das entrevistadas participa como integrante dos conselhos de saúde e, portanto, do controle social. Porém, duas delas relataram que exercem uma participação indireta, não ativas junto aos conselhos. Um dos motivos apresentados para não participação é por desconhecimento, *“que eu saiba não. De conselho, dizer assim que agora a gente tem eles no whastaapp (o número da UBS), se tivesse um conselho, uma coisa, eles iam falar via whastapp. Não tem nada”*, Karla. Por outro lado, mesmo sabendo de sua existência, Bete não participa por não ter interesse. *“eu conheço, mas nunca participei. Às vezes, eles fazem reunião, mas nunca fui” e indica como motivo que “eu sou daquelas que não gosto dessas coisas. Não gosto de participar disso aí. O que deu, deu, o que não deu, não deu. Eu acho, assim, que não devo me meter”*; Ana afirma *“nunca participei. De vez em quando ali no posto tem reunião, eles chamava a gente, mas eu nunca fui. Mas a gente devia de ir, né, pra saber as coisas. A gente não se interessa e acaba não indo”*. E por fim, Ísis conta que *“eles têm ali no posto, né. Uma época, eu participava, muito tempo atrás, e na maioria das vezes, era de noite. Eu não gosto muito de sair à noite. Às vezes, as reuniões demoram muito”*.

De acordo com Souza et al (2019), pelo modelo assistencial e profissionais ainda atuarem com foco para o tratamento e reabilitação em saúde, dificulta-se o envolvimento da população na produção de saúde. Esse fenômeno acaba sendo reforçado pela referência da UBS às usuárias como espaço de cuidados em agravos e sintomas biológicos. Ao mesmo tempo que não há procura das usuárias em assuntos em saúde para além dos tratamentos, também não há disseminação e para que participem ou continuem participando.

Outro motivo emergente foi apresentado por Leila “*Não participo. Geralmente, eles até convidam, mas... Teve uma vez que eles falaram que tinha, era reunião, só que eu tava trabalhando, aí não deu. Eu queria ir, mas não deu pra ir. Depois eu não procurei mais*”. Aqui se faz refletir que a realidade das pessoas, organizada a partir de uma conjuntura social, pode favorecer ou não que a participação aconteça. Na medida em que se tem uma organização social construída com hierarquias entre os sujeitos, há dificuldade do exercício da cidadania e, portanto, participativo, seja na saúde ou em outros contextos.

Portanto, a lógica neoliberal organizativa da conjuntura brasileira não favorece a participação da população (SOUZA et al, 2019). Outro ponto que não se pode perder do horizonte é que as mulheres, historicamente, foram apartadas dos espaços considerados de decisões políticas. Beauvoir (2009) apresenta reflexões sobre a disparidade entre sexos e gêneros, perpetuada por discursos que pretendem naturalizá-la, que corroborou para a apropriação por parte dos homens da posição de sujeitos enquanto às mulheres foi delegado o lugar de “outro” nas relações sociais. Essa posição, “o segundo sexo”, representa que as relações entre homens e mulheres acontecem de forma hierarquizada e de alteridade, nas quais as mulheres são o objeto, a imanência, destinadas e encerradas em limitações de suas características consideradas intrínsecas e universais a todas, ou como a autora nomeou, o “eterno feminino”. Como consequência, as mulheres perderam suas identidades, enquanto sujeitos singulares e sociais, em função de uma universalização de seus seres que devem ser destinadas aos cuidados dos lares, ao âmbito da vida privada, da procriação, do casamento heterossexual e, por consequência, com pouca ou nula participação política (BEAUVOIR, 2009).

Além do gênero, Davis (2016) acentua é preciso levar em consideração a raça e a classe como determinantes nas diferenças de ocupação, circulação e direitos das mulheres dentro das sociedades. A autora aponta que essas diferenças são fortemente vinculadas ao processo de escravidão, considerando-o um marco de imposição de violência e da animalização dos corpos negros. Nessa linha, diz que os discursos sobre o ser mulher foram forjados a partir de uma perspectiva branca e elitizada, pois criou-se uma imagem de feminilidade, vinculada aos papéis sociais de mãe, esposa e dona de casa, na qual nem as mulheres negras pós-abolição (tidas animalizadas e destinadas ao serviço doméstico) nem as mulheres brancas pobres (que já trabalhavam nas fábricas) se encaixavam (DAVIS, 2016).

A construção histórica do entendimento sobre mulheres delegou-as a posições sociais de não sujeitos, o que gerou (e ainda gera) em dificuldades de identificação, acesso e

participação, tanto na utilização dos serviços como na definição das políticas e práticas em saúde (SOUTO, 2008), já que a elaboração e efetivação das políticas se deu a partir de discursos universalizantes de exclusão e sem participação de alguns grupos de mulheres. De acordo com Souto (2008), a integralidade tem relação direta com a participação social, pois a construção de políticas que possam atender às necessidades concretas das pessoas só é possível em diálogo com as mesmas.

Porém, se faz necessário refletir a importância da ampliação e disseminação da discussão sobre participação, que não se restringe ao controle social, com intuito de envolver as usuárias e possibilitar sua ação e reconhecimento dessa ação na produção de saúde. Isso se sustenta na medida em que Filó considera *“participar, eu participo na medida do possível. Eu participo da reunião do conselho local de saúde. Então, acredito que tenha participado bastante, indiretamente. Claro que eu não sou protagonista como algumas mulheres que são, que lutam diretamente”* e Vera *“das reuniões, sim. De vez em quando, sim. Eles marcam os encontros, daí tem o dia, uma vez por mês que tem essas reuniões”*, estando presente e acompanhando as discussões propostas pelas pessoas do conselho.

Com isso, lógico, não se defende o não envolvimento social junto às políticas públicas, mas chama-se atenção para o fato de que as falas das entrevistadas indicam a multiplicidade de possibilidades concretas que implicam em não participação no controle social institucionalizado. Portanto, corrobora-se com Souto (2008) que atenta para a potencialidade de utilizar a integralidade a serviço da construção da cidadania através da produção de saúde. Isto porque produzir saúde significa primeiro reconhecer que a saúde é feita e expressada cotidianamente em ações das pessoas (singulares) dentro de um contexto (sociais) e, a partir desse reconhecimento, fomentar a participação e envolvimento entre as pessoas, o cuidado e os serviços de saúde.

Nessa lógica, é possível reconhecer que, mesmo sem participação direta no controle social, junto aos conselhos de saúde, as mulheres entrevistadas participam na (re)produção em saúde na medida em que se colocam como agentes nesse processo, como exemplifica Ana *“cuidar da saúde é fazer uma alimentação boa, né, [...] fazer uma caminhada. Às vezes, eu faço uma bicicletinha aqui, que eu tenho uma bicicleta. Daí é na comida, né, a gente maneira um pouco na comida, toma os remédios certinho. É isso aí que eu me cuido”*. Portanto, a produção em saúde tem relação com o que já fora apontado nos significados de saúde ao considerá-la como, também, de responsabilidade singular.

Assim, Ísis explicita *“É ter responsabilidade. Se eu quero viver, eu tenho que me amar, me gostar, me cuidar, me tratar. Alimentação minha em casa também é muito controlada, né. Controlo bastante. Gorduras não é comigo. Açúcar só aqueles especiais, sou pré diabética...”*. A responsabilidade aparece como ação necessária de cuidado de si, de se colocar como agente pela saúde através de hábitos, práticas que consideram como de cuidado em saúde. Identificou-se que as entrevistadas produzem saúde no seu cotidiano enquanto sujeitos-no-mundo. Ser-no-mundo consiste na ideia de que os seres humanos são, essencialmente, relacionais e histórico- dialéticos, pois se fazer sujeito é se fazer em situação através das relações com o corpo, com os outros, com as condições materiais, o tempo dentro de um contexto sociocultural (SARTRE 1987).

Porém, mesmo que todas tenham relatado práticas de responsabilização sobre a saúde, através de ações de cuidado, na linha da fala acima, nem todas se reconhecem produtoras de saúde. As entrevistadas que se reconhecem produtoras associam ao fato de não cuidar apenas de si, mas, também, por se responsabilizarem pelo cuidado com outrem, seja da família, como Karla *“como eu que cuido da alimentação da F (sua tia), a gente entra tudo na onda do saudável. Muita fruta, muita verdura, muita proteína. Faço minha terapia, faço ho'oponopono. E a prática de esporte [...] Eu assisto palestras sobre assunto da saúde mental, da saúde física, da alimentação todo tempo”*; e Leila. *“A gente conversa bastante sobre saúde, com meu marido e minha filha.[...] verduras, frutas, sempre tem. A gente é pobre, mas sempre tem em casa [...] Às vezes, eu danço até com ela, mas eu não aguento muito assim, né. (risos). Eu fico dançando porque é bom, né, ginástica”*.

Seja quando se sentem responsáveis para além do contexto familiar, como Filó *“eu sempre fui militante social, militante política [...] lutar para que todo mundo tenha uma saúde digna, uma educação digna, um país com menos desigualdade. Então, eu busco isso pra minha saúde mental, espiritual, emocional e física. [...] porque eu acho que é isso, a gente faz pra gente e acaba fazendo pras outras pessoas também, né”*. Bem como Vera que realiza um trabalho dentro da sua comunidade, vinculada à pastoral da pessoa idosa e da criança *“É todo um conjunto entre o posto e pastoral. Até porque é a saúde, porque tem as mães das crianças, as mulheres que elas não têm muito entendimento de cuidar do corpo, da saúde, daí a gente encaminha pro posto também. Tem essa ponte, aqui, entre as pastorais com o posto”*.

Com a tentativa de superação da saúde como negação de doença, a integralidade fora construída tanto na via da consideração de que os sujeitos são seres integrais quanto na tentativa de efetivar um sistema de saúde integrado que não fosse, somente, destinado aos

cuidados de agravos, o que se expressa através da promoção e prevenção em saúde. Essa mudança favoreceu a substituição da lógica paternalista centrada nas ações da medicina tradicional para a de envolvimento da população nas ações e cuidado, pelo discurso da autonomia das pessoas e corresponsabilidade para com a saúde.

Nas falas das entrevistadas, depreende-se que em ambos os casos (as mulheres que se consideram produtoras em saúde e as que não se consideram) a responsabilidade parece coadunar com o entendimento de necessidade de compromisso com a sua saúde. Porém, mesmo que seja um movimento necessário, na medida em que a saúde faz parte do movimento das pessoas no mundo, precisa-se atentar para o fato de que em uma estrutura de política neoliberal esse tipo de discurso pode envolver práticas de individualização dessa responsabilidade. De acordo com Montero (2018), as políticas neoliberais corroboram para o demonstrar das políticas públicas e no campo da saúde, por exemplo, principalmente, a partir do congelamento dos investimentos da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 de 2016, promove-se a subtração do Estado no cuidado com a saúde e transporta grande parte dessa responsabilidade para o âmbito privado, no qual as mulheres acabam por serem encerradas socialmente (MONTERO, 2018).

Mesmo que as entrevistadas não tenham caracterizado a responsabilidade em saúde, tanto de si quanto de outrem pelo fato de serem mulheres, não se pode desconsiderar a construção histórica de que práticas de cuidado são tidas como naturalizadas e constitutivas das funções social das mulheres. Portanto, tanto a consideração enquanto produtora ou não de saúde podem estar vinculadas à naturalização da responsabilidade enquanto quesito no papel das mulheres. Mas, ao mesmo tempo, é possível considerar que a responsabilidade também diz da condição de liberdade da existência humana (SARTRE 1987).

A liberdade, utilizando da base existencialista, refere-se à exigência dos sujeitos se fazerem através de escolhas, pois não há um a priori à existência que possa definir os sujeitos. Nesse sentido, os sujeitos são produtores e ao mesmo tempo produtos e da realidade concreta na qual estão situados, já que a ação só é possível dentro do campo de possibilidades configurados pelas condições sociais, temporais, materiais do seu contexto (SARTRE 1987). A (re)produção se dá, como o movimento dos sujeitos no mundo, no processo dialético de apropriação de entendimentos, práticas compartilhadas em saúde que se expressam em ações cotidianas que podem manter ou modificar as compreensões, na medida em que são construídas e significadas socialmente.

Assim, é possível depreender que a (re)produção em saúde expressa na responsabilidade necessárias e nas as ações de cuidados, trazidas nas falas das entrevistadas, diz do que está sendo vivido enquanto compreensão de ser humano e saúde. Ou seja, ora parece fragmentada e “contrária” e ora parece integral “favorável” ao princípio do SUS, justamente, porque talvez não houve sua superação. Nesse sentido, a integralidade, tal qual os seres humanos, é, necessariamente, social, o que implica que não pode ser pensada, apenas, como análise de efetivação nos atendimentos (verticalmente e horizontalmente) das demandas das pessoas só quando estas vão até a rede de assistência formal em saúde. Isto porque ainda se faz necessário analisar a integralidade enquanto constituição de sujeito que se faz no campo de possibilidade e vale reafirmar que o gênero, raça e classe são demarcações antropológicas fundamentais para pensar o campo de possibilidades das pessoas de fazer-se e (re)produzir saúde.

4 CONSIDERAÇÕES

A partir das falas das mulheres entrevistadas nesse estudo, foi possível verificar que a compreensão e cuidados em saúde são atravessados ainda muito fortemente pela centralidade do corpo e fenômenos biológicos no processos saúde-doença. Nas políticas públicas de saúde, a integralidade é colocada na tentativa de repensar desde a conceituação de saúde até as mudanças na lógica das ações ofertadas.

Considerar a saúde não apenas como ausência de doenças tem, necessariamente, relação com a edificação do entendimento de que os sujeitos são seres integrais e não se reduzem a partes sobre as quais se intervém. Com a priorização da atenção básica, principalmente, com as UBSs, em detrimento da centralização da atenção e cuidado na figura de hospitais, busca-se a concretização desse novo paradigma, pois sua base consiste em desenvolver ações desde a proteção até recuperação em saúde junto à população em suas comunidades. Porém, é sabido que essa mudança custa a acontecer por disputas de forças (econômicas e políticas), favorecendo a lógica biomédica nas práticas técnicas-profissionais e arranjo socioassistencial de saúde no país.

A integralidade, conforme apresenta Mattos (2009), além de orientar a construção, organização e funcionamento do SUS, expressa um conjunto de valores defendidos através dos quais se constrói uma “imagem-objetivo” de uma sociedade, de ser humano e saúde (Mattos, 2009). Assim, a integralidade estava presente na luta popular pela superação da lógica

mercantil da saúde que, de maneira geral, expressam a ânsia por um novo projeto político e social mais justo e pautado na garantia de direitos.

Através dos relatos de satisfações e insatisfações na utilização junto ao SUS por parte das mulheres entrevistadas, é possível refletir que mesmo que se possa cumprir a integralidade vertical ou horizontal dentro dos serviços da rede de atenção, enquanto atendimento de demandas de cada pessoa que utiliza, a integralidade pode não estar sendo cumprida para além dos ambientes da rede de atenção. Isso se dá na medida em que a conjuntura social brasileira é desigual em vários aspectos e pensar a integralidade em saúde das mulheres não é possível sem avaliar a situação de disparidade entre sexos e gêneros nesse contexto.

Isso não significa dizer que buscar sua efetivação nos serviços não seja importante, pois defender a integralidade preconizada (junto aos demais princípios) é, também defender o fortalecimento, ampliação e expansão do SUS. Porém, ressalta-se que a integralidade não é somente vertical e horizontal individualizada no atendimento das queixas, pois também necessita de uma leitura interseccional uma vez que a saúde é situada em um contexto histórico-social.

Através das falas das entrevistadas, emerge-se a inevitabilidade da discussão sobre integralidade extrapolada aos muros da UBS, pois a saúde faz parte da ação sobre o mundo. Assim, tal qual a constituição humana, a integralidade é uma construção histórico-dialética, não é algo dado, mas uma concepção e prática que se deseja incessantemente fazer. Portanto, a saúde e integralidade passam pela participação, tanto no controle social, quanto como a condição de agentes dos sujeitos, mas sem esquecer que sua agência dentro de um campo de possibilidades, ou seja, constituída pelas intersecções sociais que determinam, inclusive, diferenças no acesso e cuidado junto à rede formal assistencial, bem como nas vivências em saúde. Como são, historicamente, destituídas desse lugar de agentes, a integralidade da saúde das mulheres, dentro e fora da UBS, implica em defender e considerar que as mulheres não são meros corpos encerrados em características, principalmente, reprodutivas.

Apesar de ser inegável a importância da PNAISM para a construção de novas concepções sobre as mulheres e compreensão sobre sua saúde-doença para além desses pontos, os discursos ultraconservadores ainda não foram totalmente superados e, inclusive, são concretizados pelo Estado. As medidas neoliberais tomadas como políticas de Estado refletem de maneira diferenciada entre homens e mulheres, justamente, pelas posições ocupadas socialmente e a discrepância na garantia e exercícios de seus direitos (MONTERO, 2018).

Observa-se que essa discrepância é acarretada por divisões sociais que determinam quem são os sujeitos e objetos no tecido social. De maneira geral, essas diferenças também foram apontadas pelas entrevistadas ao colocarem, principalmente, a classe e raça nas suas percepções sobre os atendimentos junto ao SUS. Se a integralidade corresponde à imagem-objeto de sujeito, saúde e sociedade, significa avaliar que tipo de sujeito está sendo pensado politicamente, juridicamente, nas formações profissionais, principalmente, da área da saúde (mas não só) e historicamente.

Nesse sentido, se faz necessário articular essa construção com as relações sociais de produção, pois precisa-se refletir que tipo de sujeito e, conseqüentemente, integralidade é possível no capitalismo. As falas das participantes sobre suas elaborações sobre saúde e experiências nas UBSs apresentam que muitas das dificuldades vivenciadas, e que podem não garantir a efetivação da integralidade (vertical e horizontal), têm relação com a precariedade dos investimentos nas políticas públicas de saúde e as desigualdades estruturantes desse modelo de produção (já que não há capitalismo sem papéis de gênero, racismo e luta de classes).

Portanto, pensar a integralidade nesse estudo apontou para a necessidade de defesa do projeto político e social esboçado pela Constituição Federal de 1988 que igualmente se expressa na existência e importância do SUS. Isto se faz emergente, não só pelo contexto pandêmico no qual o SUS é fundamental de reposta assistencial à população brasileira, como também pelo contexto político que, desde 2016, se caracteriza como de ataque e desmonte das políticas públicas e retrocessos de direitos conquistados.

As considerações possíveis feitas nessa pesquisa são finais, na medida em que se refere à finalização de um trabalho de pesquisa delimitado, reconhecendo suas limitações. E, ao mesmo tempo, iniciais, pois demonstram a impossibilidade de esgotamento da temática, acentuando a importância da realização de novas pesquisas, com diferentes grupos de mulheres.

REFERÊNCIAS

DA ROS, Marco. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M.(org.). **Saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006, p.44-66. Disponível em <http://boletimef.org/BU/2544/Livro-A-saude-em-debate-na-Educacao-Fisica-v-2>. Acesso em: 25 abril 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 25 abril 2020.

BRASIL. **Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Brasília, dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 25 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em 24 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 24 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 25 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em 24 abril 2020.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A, 2009.

BOTH, Valdevir; PERALTA, Jorge Gimenez; PERUZZO, Nara Aparecida. Direito à saúde: desafios ao controle social. Passo Fundo: Editora IFIBE, 2013. Disponível em: <<http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Direito-%C3%A0-Sa%C3%BAde-Desafios-ao-Control-1.pdf>>. Acesso em 25 abril 2020.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, Sexismo e desigualdade no Brasil**. São Pulo: Selo Negro, 2011.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso *et al.* Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para construção da integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 574-584, 2012. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6850/6695>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de (org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc; Ims; Abrasco, 2009. p. 43-68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MINAYO, Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. Disponível em <<http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2015/03/MINAYO-M.-Cec%3%ADlia-org.-Pesquisa-social-teoria-m%3%A9todo-e-criatividade.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MONTERO, Maria Júlia Alves Garcia. O fantasma da “ideologia de gênero”: estratégias do capital para o controle do corpo e do trabalho das mulheres. In: **Encontro Estadual da ANPUH-SP**, 14., 2018, Guarulhos. Anais Eletrônicos. Guarulhos: UNIFESP, 2018. p. 01-1. Disponível em: <https://www.encontro2018.sp.anpuh.org/resources/anais/8/1533121028_ARQUIVO_Ofantasmadaideologiadegeneroanpuh2018.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovatto; FERLA, Alcindo Antônio. Como médicos tornaram-se deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 294-314, 2016. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SARTRE, Jean-Paul. **O existencialismo é um humanismo**. 3ª edição. São Paulo: Abril Cultural. 1987.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, ago. 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/julia/Downloads/12950-Texto%20do%20artigo-23418-1-10-20180911.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783&lng=en&nrm=iso>. Aceso em: 20 out. 2020

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, 30, p. 201-218, dez. 2014. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>>. Acesso em: 24 jun. 2020.