



Iniquidades sociais e de gênero nas demandas de mulheres por acolhimento

Social and gender inequalities in women's demands for user embracement

Iniquidades sociales y de género en las demandas de acogida de las mujeres

Nayara de Jesus Oliveira¹

Joise Magarão Queiroz Silva¹

Renata Fernandes do Nascimento Rosa¹

Patrícia Figueiredo Marques¹

Mariza Silva Almeida¹

Edméia de Almeida Cardoso Coelho¹

1. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação de Enfermagem e Saúde, Salvador, BA, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar demandas de mulheres segundo o olhar de equipes multiprofissionais. **Métodos:** estudo qualitativo desenvolvido em Unidade de Saúde da Família de um Distrito Sanitário de Saúde em Salvador, Bahia, Brasil. Realizou-se grupo focal e o material empírico foi analisado pela técnica de Análise de Discurso. **Resultados:** participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde com idades entre 27 e 60 anos e atuação de dois a 13 anos na Estratégia Saúde da Família. As profissionais caracterizaram as usuárias com vulnerabilidade social e econômica e as demandas de ordem afetivo-emocional relacionadas a iniquidades de gênero, com sobrecarga do trabalho doméstico e do cuidado à família. A equipe de saúde constitui ponto de apoio e oferece acolhimento e escuta sensível. **Conclusão:** carência afetiva e desgastes pelas funções no âmbito doméstico, familiar e pela relação com o parceiro marcam as demandas de mulheres por cuidado. Profissionais realizam práticas na perspectiva da integralidade, mas há limites institucionais e da equipe em lidar com singularidades. Construir a superação requer abrir caminhos ao empoderamento das mulheres, o que não retrata a realidade problematizada. **Implicações para a prática:** subsidiar profissionais no atendimento ao princípio da integralidade diante de contextos de mulheres em vulnerabilidades sociais e econômicas.

Palavras-chave: Acolhimento; Estratégia Saúde da Família; Integralidade em saúde; Relações interpessoais; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: to analyze the demands of women from the point of view of multi-professional teams. **Methods:** This is a qualitative study developed in a Family Health Unit of a Health Sanitary District in Salvador, Bahia, Brazil. A focus group was conducted, and the empirical material was analyzed using the Discourse Analysis technique. **Results:** twelve health professionals aged between 27 and 60 years and working for two to 13 years in the Family Health Strategy participated in the research. The professionals characterized the users with social and economic vulnerability and the demands of affective-emotional order related to gender inequities, with an overload of domestic work and family care. The health team constitutes a support point and offers welcoming and sensitive listening. **Conclusion and implications for practice:** affective deprivation and wear and tear due to domestic and family functions and the relationship with the partner mark women's demands for care. Professionals perform practices from the perspective of integrality, but there are institutional and team limits in dealing with singularities. Overcoming these limitations requires opening paths to the empowerment of women, which does not portray the problematized reality, and support professionals in meeting the principle of integrality in the context of women in social and economic vulnerabilities.

Keywords: User Embracement; Family Health Strategy; Integrality in health; Interpersonal Relations; Women's health.

RESUMEN

Objetivo: analizar las demandas de las mujeres desde la óptica de equipos multidisciplinares. **Métodos:** estudio cualitativo realizado en la Unidad de Salud de la Familia de un Distrito de Salud de Salvador, Bahía, Brasil. Se realizó un grupo focal y se analizó el material empírico mediante la técnica de Análisis del Discurso. **Resultados:** participaron de la investigación 12 profesionales de la salud, con edades entre 27 y 60 años y actuando de dos a 13 años en la Estrategia Salud de la Familia. Los profesionales caracterizaron a los usuarios con vulnerabilidad social y económica y las demandas afectivo-emocionales relacionadas a las inequidades de género, con sobrecarga de trabajo doméstico y cuidado de la familia. El equipo de salud es un punto de apoyo y ofrece acogida y escucha sensible. **Conclusión:** la carencia y el desgaste afectivo por las funciones domésticas, familiares y la relación de pareja marcan las demandas de cuidado de las mujeres. Los profesionales realizan prácticas desde la perspectiva de la integralidad, pero existen límites institucionales y de equipo en el abordaje de las singularidades. Construir la superación de desafíos requiere abrir caminos al empoderamiento de las mujeres, lo que no retrata la realidad problematizada. **Implicaciones para la práctica:** subsidiar a profesionales en la atención al principio de integralidad ante contextos de mujeres en situación de vulnerabilidad social y económica.

Palabras clave: Acogimiento; Estrategia de Salud Familiar; Integralidad en Salud; Relaciones Interpersonales; Salud de la Mujer.

Autor correspondente:

Renata Fernandes do Nascimento Rosa.
E-mail: enfermeirarenatafernandes@gmail.com

Recebido em 14/12/2021.
Aprovado em 23/02/2022.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0400>

INTRODUÇÃO

O acolhimento favorece a construção de relação de confiança, vínculo, corresponsabilidade entre usuárias (os), equipe e serviço por meio do diálogo, empatia, acesso e coerência entre a organização dos serviços ofertados e a necessidade de usuárias (os).¹ Tais dimensões agregadas favorecem a integralidade, que propõe um cuidado com respeito a singularidades, com a garantia de acesso aos serviços de saúde e a ações resolutivas.²

A escuta qualificada compõe o acolhimento e é um meio facilitador da formação do vínculo nas relações interpessoais, uma vez que ultrapassa as superficialidades e adentra as subjetividades das pessoas que procuram os serviços de saúde, permitindo que profissionais conheçam demandas, contextos de vida e de sofrimentos. É uma tecnologia leve centrada na interação respeitosa e reflexiva entre usuária (o) e profissionais, que possibilita a humanização no processo de trabalho, a promoção de conforto e satisfação de pacientes, favorecendo transformações positivas na direção da integralidade em saúde.^{3,4}

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), o vínculo constitui-se por relações interpessoais horizontalizadas, pautadas no diálogo, construído continuamente e ampliado, de modo proporcional ao acolhimento da pessoa que procura esses serviços de saúde e aquelas que ofertam as ações. Nesse processo, o estabelecimento de confiança amplia a interação entre usuária (o) e equipe de saúde, facilitando a voz e a identificação de demandas, a autonomia, a adesão terapêutica e o alcance da resolutividade.⁵

A integralidade do cuidado deve transpor a prática profissional. Além do conhecimento técnico e científico da equipe multiprofissional para boas práticas de cuidado, é necessário associar os saberes a aspectos como acesso, disponibilidade de equipamentos e insumos, articulação intersetorial, organização dos serviços, regulação e Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs).⁶

Em conceito mais amplo, a integralidade une aspectos distintos, que se complementam no fazer saúde: a adequada atuação profissional, referente ao agir na promoção, prevenção, reabilitação e cura de pessoas motivado pelas necessidades de saúde apresentadas; a organização dos serviços de saúde para o atendimento de demandas espontâneas e programadas com o objetivo de ampliar o acesso da população e a perspectiva da construção de políticas, por meio de ações governamentais abrangentes, para solucionar problemas de saúde individuais e coletivos em prol da justiça social.⁷

No âmbito da saúde da mulher, a integralidade em saúde e a análise de gênero na saúde devem ser eixos norteadores das práticas efetivadas com a valorização de singularidades e do contexto em que as mulheres estão inseridas.⁸ Essa ênfase também é dada ao se afirmar que a integralidade exige, de profissionais de saúde, empenho com a qualidade da atenção e com a utilização de tecnologias leves como escuta e acolhimento, para o atendimento de demandas.⁹

Ao ter em vista as especificidades das demandas de saúde das mulheres, apresenta-se, neste artigo, um recorte de pesquisa mais ampla cujos resultados mostram iniquidades sociais e de

gênero nas demandas de mulheres por acolhimento. O estudo teve como objetivo analisar demandas de mulheres segundo o olhar de equipes multiprofissionais.

MÉTODO

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, que utiliza integralidade e gênero como categorias de análise. A integralidade abarca, em suas dimensões, práticas profissionais em saúde que garantam acesso e resolubilidade e, quando direcionada a mulheres, envolve as questões de gênero por considerar determinações sociais e culturais que influenciam o modo de vida das mulheres e o processo de saúde e de adoecimento das mesmas.⁸ Gênero é um sistema estruturante das relações entre os sexos que define papéis sociais para mulheres e homens.¹⁰

O estudo foi desenvolvido em Unidade de Saúde da Família (USF) que concentra, em seus espaços, quatro equipes, de unidades distintas, de um Distrito Sanitário de Saúde em Salvador, Bahia, Brasil. A escolha do local para o estudo deu-se por ser campo de práticas para a formação em Enfermagem e local de outras pesquisas já realizadas com mulheres usuárias da área de cobertura. Estas pesquisas indicaram a necessidade de novos estudos com os (as) profissionais de saúde.

O contato da pesquisadora com a USF ocorreu, inicialmente, com o gerente da unidade em momento presencial. A pesquisadora e a equipe de apoio não conheciam, previamente, o gerente da unidade, tampouco as integrantes da equipe de saúde. O primeiro contato com o gerente deu-se diante do interesse de realizar a pesquisa na localidade e, após sua autorização, a pesquisadora apresentou-se para os profissionais e fez o convite para a participação da pesquisa que envolveria trabalhadores (as) de saúde que atendessem mulheres.

Neste estudo, o gerente indicou uma enfermeira da unidade para ser estabelecido o contato. Posteriormente, essa recomendou outra pessoa da equipe de saúde e, assim, sucessivamente. Os critérios de inclusão foram fazer parte da equipe mínima de profissionais de saúde da ESF e ter tempo mínimo de trabalho na USF de seis meses e, como critério de exclusão, estar afastado do serviço por férias ou problemas de saúde.

As participantes foram contactadas pessoalmente no serviço. Do total de quatro equipes com 52 pessoas, restaram 18 profissionais elegíveis após a aplicação dos critérios, duas pessoas recusaram-se a participar por compromissos pessoais não declarados, 14 aceitaram participar da pesquisa e duas pessoas não informaram a razão da desistência, resultando em 12 participantes. Neste artigo, foram selecionados discursos de sete participantes como representativos de todo o grupo devido à repetição de conteúdo. Elas foram identificadas, no texto, com a inicial (P) de participante seguida de numeração conforme a ordem das falas para a preservação da identidade.

O material empírico foi produzido por meio da técnica de grupo focal. Essa técnica produz um vasto leque de respostas a partir da discussão entre pessoas reunidas sobre uma temática específica. Investiga os olhares sobre um determinado fenômeno

social, originando questionamentos e estimulando a procura de respostas pertinentes.¹¹

O grupo focal foi conduzido pela mestranda, autora principal, com o apoio de uma doutoranda, uma mestra e uma graduanda em Enfermagem. Todas passaram por treinamento, sendo a equipe treinada pela professora líder do grupo de pesquisa. A produção dos dados ocorreu sob instrução e coordenação da pesquisadora em dois momentos, ambos com duração média de duas horas devido à saturação dos dados. A coleta aconteceu na sala de reuniões na própria unidade e estiveram presentes, no local, apenas as participantes e as pesquisadoras.

A condução do grupo focal aconteceu por meio da aplicação de roteiro pré-estabelecido composto por caracterização sociodemográfica, dados educacionais e os seguintes temas norteadores: características das mulheres que procuravam os serviços; demandas das mulheres e ações/soluções no atendimento às mulheres.

Foi utilizada uma dinâmica de apresentação do grupo e realizada a exposição de um *layout* da unidade retratando a estrutura do serviço com suas divisões internas e o fluxo de mulheres naquele serviço e, em seguida, solicitado que as (os) profissionais discutissem os temas.

Não foram realizados teste piloto e nem repetição de entrevistas. O grupo focal foi registrado por gravação de áudio e transcrito na íntegra pela pesquisadora principal, sem devolução aos participantes para comentários e/ou correções. O diário de campo realizado para registro do contexto foi equivalente às transcrições analisadas.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Discurso segundo Fiorin, uma referência interdisciplinar da área da Linguística que considera o discurso uma combinação de frases que expõem pensamentos e valores das pessoas sobre seus mundos interno e externo determinados socialmente. Para o autor, o discurso é uma posição social e as formações ideológicas são materializadas na linguagem.¹²

Na direção dada pelo autor, foram realizadas as seguintes etapas: leitura de todo o texto para identificar figuras e temas que conduzissem a um mesmo bloco de significação; agrupamento dos elementos significativos (figuras e temas) que se somam ou se confirmam em um mesmo plano de significado; depreensão dos temas centrais e formação das categorias empíricas.

Os dados codificados por duas pesquisadoras resultaram em temas como violência de gênero, carência afetiva, lugar central da mulher na família, machismo, papéis sociais, escuta sensível, acolhimento e vínculo derivados dos dados coletados. Estes foram organizados no *word* e utilizados na análise para a formação das duas categorias. As participantes deram *feedback* positivo após a apresentação dos resultados à equipe.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia mediante o Parecer nº 1.239.456. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa dispostos na Resolução nº 466/12 sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos e a redação foi norteada pelo

guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*.^{13,14}

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 profissionais que compunham as quatro equipes da USF: três Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), três Agentes de Saúde Bucal (ASB), três dentistas, duas enfermeiras e uma técnica de Enfermagem. As participantes tinham entre 27 e 60 anos de idade e cinco a 38 anos de trabalho dos quais de dois a 13 anos na ESF. Duas profissionais tinham cursos de atualização em saúde da mulher e violência contra a mulher, uma em Rede Cegonha e uma em aleitamento materno.

Os resultados explicitam demandas de mulheres por acolhimento oriundas do contexto social em que se inserem e de construções de gênero que demarcam relações estabelecidas com parceiros e com a família. As categorias empíricas resultantes dessa realidade, expressas pelo olhar profissional sobre as mulheres de quem cuida, são apresentadas a seguir.

Relações de gênero como foco do olhar profissional para a vida das mulheres

As usuárias da ESF, na área onde foi realizada a pesquisa, foram caracterizadas pelas profissionais como mulheres que se encontram em *idade reprodutiva ou são idosas* cuja vida é marcada por vulnerabilidade social e econômica, carência afetiva e submissão ao poder masculino. Os depoimentos a seguir confirmam tais afirmações.

As mulheres que estão chegando aqui, o que me passa é que são assim, muito sofridas, sofrem machismo em casa, entendeu? Muito! Sofrimento exagerado na vida! (P1)

A mulher é de uma população muito vulnerável, temos uma história que passa por machismo, [...] violência [...]. Mulher segurando a família, sustentando tudo. Mulher que trabalha, mulher que cuida da casa, mulher que cuida dos filhos, que traz os filhos. É até difícil trazer o homem, mas a mulher é como se fosse o centro da família. (P2)

Apesar da vida, de estarmos no século XXI, a mulher ainda está... ainda tem aquela cultura de que ela nasceu para ser doméstica, para ser mãe, lavar, cozinhar, passar, certo? (P3)

Sempre muito preocupada em abrir mão daquilo que é dela, né, do direito dela pra colocar...ah, doutora, será que eu não posso colocar meu marido porque ele tá pior do que eu. E, às vezes, o marido não tá nem aí pra nada, né, não tá se incomodando com nada. Uma proteção muito grande. (P4)

Em condições de carências e em circunstâncias de vida em que iniquidades sociais, entre elas, desigualdades de gênero tolhem a liberdade de mulheres para fazer escolhas, a escuta

e a palavra mantém seu lugar no cuidado, o que se verifica na categoria seguinte.

Construção de vínculos pela escuta sensível e acolhimento de demandas

O cotidiano das mulheres gera demandas de ordem afetivo-emocional e o serviço de saúde, por meio de sua equipe, constitui ponto de apoio e segurança. A valorização da dimensão relacional e a singularidade da mulher demandam escuta sensível às questões de gênero e às carências que se apresentam, conforme se lê nos depoimentos a seguir.

Tem essa sede do atendimento [...] essa carência afetiva [...] muitas vezes, vem mesmo porque gostam de estar aqui, porque querem estar aqui, porque se sentem acolhidas [...]. Essa mulher que vem até nós é uma mulher que quer ser olhada, escutada, ter seu desejo atendido. Muito maternais [...]. Muitas vezes, algumas delas usam aqui a unidade até como um refúgio. (P5)

É uma das maiores coisas que a gente tem observado é isso, a necessidade que elas têm de expor o que estão sentindo naquele momento e são gratas também, muitas das vezes, voltam para agradecer, voltam pela palavra. (P6)

É uma troca. Falam segredos mesmo da vida e vêm aqui depois só ver a gente, quero dar uma palavrinha só, contar uma coisa boa. Então, são várias histórias de vida. A gente se identifica [...]. Não tem como não ter vínculo, você conhece a mulher, você conhece o filho, ela traz o filho, traz a filha, e aí acaba trazendo também a família [...]. (P2)

Todavia, profissionais reconhecem que questões estruturais se sobrepõem à capacidade da equipe em dar suporte e assumem uma posição de grupo que indica compromisso em oferecer respostas nos limites institucionais, o que se constata a seguir.

Lógico que a unidade não é uma unidade perfeita, tem seus problemas, além dos estruturais de cada processo de trabalho, a gente empaca, às vezes, em alguns problemas, a gente tenta, dentro do possível, tentar solucionar e se nós não pudermos auxiliar e resolver, dar um encaminhamento [...]. (P7)

DISCUSSÃO

Neste estudo, machismo e violência são retratados como fatores que fazem parte da vida de usuárias da ESF. Influenciam o estado de saúde das mulheres, com repercussões negativas à qualidade de vida, e são geradores de demandas para o cuidado, o que aumenta a procura pelo serviço.

No contexto em que se inserem as demandas das mulheres, ficam evidentes as iniquidades de gênero e, assim, ainda que consideradas como o *centro da família*, as mulheres mantêm-

se em lugar de menor valor. Trabalhar e ser provedoras do lar não as impedem de continuar submissas aos parceiros, o que gera necessidade de apoio e amparo diante das dificuldades vivenciadas. No serviço de saúde, estabelecem, com a equipe multiprofissional, vínculo e confiança pelo acolhimento que recebem, tendo a USF como um abrigo.

As representações de mulheres e homens na sociedade são derivadas de uma cultura que preserva os fundamentos das relações sociais de gênero de modo que, mesmo com alguns avanços na contemporaneidade, tais valores ainda são preservados. Nesses sistemas estruturantes de construtos socioculturais, que têm variações de acordo com cada sociedade, existem representações estruturantes que influenciam comportamentos, expressões e identidades de uma determinada sociedade e determinam as organizações políticas, familiares e de trabalho.¹⁵

As segregações sociais resultantes das questões de gênero, além de gerar disparidades de ordem socioeconômica, legitimam a violência como forma de dominação. Os prejuízos para a mulher oriundos da violência causam danos à saúde física e psicoemocional, resultando em transtornos como o estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, depreciação da autoimagem, transtornos alimentares e tentativas de suicídio.¹⁶

Nos casos em que mulheres vivenciam situações de violência, uma pesquisa apontou a escuta como estratégia de profissionais da ESF. Além de ser um instrumento que viabiliza a identificação de necessidades, possibilita a construção de confiança e o empoderamento para enfrentar o problema.¹⁷

A escuta qualificada é uma ferramenta que norteia a produção e a gestão dos cuidados e processos de trabalho. Relaciona-se com a sensibilidade sobre o que é comunicado por meio de gestos, palavras, ações e emoções, tom de voz e exige, do receptor, silêncio, empatia, imparcialidade para o encontro com a subjetividade da pessoa.¹⁸ Quando se qualifica o cuidado, torna-se possível que a usuária seja atendida segundo suas demandas, o que requer abertura à diversidade, respeito à singularidades e formação de vínculo entre quem cuida e quem é cuidada, fazendo prevalecer práticas de saúde orientadas pela integralidade.

Na perspectiva que foi apresentada neste estudo, segundo a posição assumida por profissionais, a escuta sensível orienta práticas e relações. Na literatura, tal escuta compreende parte do processo de comunicação e é um instrumento facilitador da aproximação com as usuárias nos serviços, com foco na promoção da saúde e da qualidade de vida, valoriza a conversa bidirecional e a linguagem verbal e não verbal. Objetiva a identificação de demandas de saúde inseridas no contexto social e altera o processo de trabalho, pois a percepção que as mulheres têm do interesse profissional por meio da escuta gera sentimento de conforto e incentiva a livre expressão das mesmas, o que fortalece o vínculo e as responsabilidades das equipes de saúde com as usuárias.¹⁹

O acolhimento é condição indispensável ao cuidado como uma tecnologia leve, que promove acesso aos serviços e vínculo como parte de um processo que requer reflexão e ações mais

amplas e sistematizadas pela equipe para contribuir com as mudanças. Nesse caminho, deve haver estímulo à participação ativa no processo de cuidado em uma relação cidadã entre usuárias-equipe-serviço por meio de uma comunicação efetiva.

Assim, vislumbra-se a integralidade que agrega, em sua composição, a escuta, o acolhimento e o vínculo e é princípio norteador das práticas de cuidado no intuito de dar respostas às necessidades de saúde da população. Perspectiva preventiva e de promoção à saúde, intervenções curativas, acesso aos serviços, assistência adequada em todos os níveis de complexidade e boas práticas profissionais com a valorização de subjetividades e do contexto biopsicossocial das usuárias são condições para a efetividade da atenção.²⁰

Na mesma direção aos resultados desta pesquisa, um estudo na Espanha, em Andaluzia, revelou que uma estratégia de grupos socioeducativos, realizada por equipe multiprofissional com mulheres na atenção primária, foi percebida por profissionais de saúde como espaço de humanização, que promove bem-estar, elevação da autoestima, apoio mútuo e aumento das relações sociais por possibilitar que as usuárias do serviço de saúde expressem suas opiniões, sentimentos e sintam-se ouvidas, criando um ambiente de respeito e confiança.²¹

Neste estudo, o vínculo e a confiança são construídos na relação entre mulheres usuárias e equipe de saúde. Todavia, o acolhimento efetivo exige respostas de modo que se expressa como parcial sob os limites de ordem estrutural que dizem respeito à organização dos serviços e das práticas, a qual se soma o contexto socioeconômico em que se inserem as mulheres e as iniquidades de gênero que as acompanham.

Embora na adversidade, caminha-se no sentido da integralidade da atenção, buscando-se estabelecer escuta sensível, acolhimento das usuárias e relações de vínculo e confiança. Tem-se o propósito de favorecer condições de melhoria da qualidade de vida dessas mulheres diante de uma realidade em que caminham juntas a violência de gênero, a carência afetiva e as vulnerabilidades sociais e econômicas.

Ressalta-se que a incorporação da abordagem de gênero às práticas é condição para a integralidade, pois, na valorização de contextos, as desigualdades de gênero permeiam a vida, as demandas e as relações. O acolhimento pela escuta, pela palavra e pelas ações terá potencial de contribuir com o empoderamento das mulheres se a realidade problematizada oferecer subsídios para a sua autonomia, ainda que em meio a adversidades sociais e econômicas, o que não é retratado neste estudo. Assim, há limites institucionais e de profissionais no plano das subjetividades e das condições objetivas para os enfrentamentos de desigualdades de gênero.

As principais limitações desta pesquisa estiveram relacionadas às condições de segurança das pesquisadoras, uma vez que a unidade está situada em local de vulnerabilidade social e grande índice de violência, e à impossibilidade de generalização devido ao seu caráter regional. No entanto, traz, como contribuições, um conhecimento que pode subsidiar práticas profissionais na ESF para uma atuação comprometida em atender ao princípio da

integralidade, em um contexto em que as mulheres se encontram em vulnerabilidades sociais e econômicas, com fortes marcas das desigualdades de gênero. Além disso, constitui-se como base para pesquisas de intervenção direcionadas à integralidade no espaço dos serviços da atenção primária.

CONCLUSÃO

As profissionais participantes da pesquisa apresentaram como principais demandas de saúde das mulheres usuárias da ESF aquelas de ordem afetivo-emocional relacionadas ao sofrimento por machismo e violência, carência afetiva, acúmulo de funções e vulnerabilidades decorrentes das questões de gênero. Uma vez acolhidas, com escuta sensível, o serviço de saúde participa da construção de práticas sustentadas por novas bases. As usuárias confiam, ao serviço, suas demandas, a relação de confiança constrói-se, a USF passa a ser referência de acolhimento para as mulheres e o vínculo estabelece-se, conforme defendido pelo enfoque da integralidade.

Em um contexto em que as mulheres são reconhecidas em suas demandas, a equipe profissional tem realizado práticas de saúde em que se exercita o acolhimento, uma das dimensões da integralidade. Há limitações estruturais, mas o vínculo e a confiança têm sido construídos entre as mulheres e a equipe de saúde, conforme defendido pelo enfoque da integralidade, sendo a dimensão relacional fortemente valorizada pelas participantes da pesquisa.

Desse modo, o serviço caminha no sentido da integralidade da atenção à saúde da mulher por meio de boas práticas profissionais com a utilização das tecnologias leves na ESF. Todavia, construir a superação passa pelo empoderamento das mulheres, o que não retrata a realidade problematizada.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, bolsa de mestrado concedida a Nayara de Jesus Oliveira.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Nayara de Jesus Oliveira. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Coleta ou produção dos dados. Nayara de Jesus Oliveira.

Análise de dados. Nayara de Jesus Oliveira. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Interpretação dos resultados. Nayara de Jesus Oliveira. Joise Magarão Queiroz Silva. Renata Fernandes do Nascimento Rosa. Patrícia Figueiredo Marques. Mariza Silva Almeida. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Nayara de Jesus Oliveira. Joise Magarão Queiroz Silva. Renata Fernandes do Nascimento Rosa. Patrícia Figueiredo Marques. Mariza Silva Almeida. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Aprovação da versão final do artigo. Nayara de Jesus Oliveira. Joise Magarão Queiroz Silva. Renata Fernandes do Nascimento Rosa. Patrícia Figueiredo Marques. Mariza Silva Almeida. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Nayara de Jesus Oliveira. Joise Magarão Queiroz Silva. Renata Fernandes do Nascimento Rosa. Patrícia Figueiredo Marques. Mariza Silva Almeida. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

EDITOR ASSOCIADO

Stela Maris de Melo Padoim 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

- Restrepo MCA, Ochoa AMG. The dialogic bond that relieves: encounter to transcend therapeutic adherence. *Aquichan*. 2019;19(2):1-12. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.5>.
- Araújo ACA Fo, Rocha SS, Gouveia MTO. Possibilidades para a integralidade do cuidado da criança na atenção básica. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2019 [citado 26 maio 2021];35(1):1-14. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1765/419>
- Lima VM. Vínculo entre profissionais de saúde e jovens vivendo com HIV/Aids: uma análise da produção e circulação de discursos da sexualidade = Bond between health professionals and adolescents living with HIV/AIDS: analysis of the production and circulation of sexuality discourses. *Rev Española Comun en Salud*. 2019;2:61-71. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2019.4440>.
- Rodrigues MENG, Belarmino AC, Custódio LL, Gomes ILV, Ferreira AR Jr. Communication in health work during the COVID-19 pandemic. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(3):1-11. <http://dx.doi.org/10.17533/idea.iee.v38n3e09>. PMID:33306899.
- Ferreira J, Geremia DS, Geremia F, Celuppi IC, Tombini LHT, Souza JB. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. *Av en Enfermería*. 2021;39(1):63-73. <http://dx.doi.org/10.15446/avenferm.v39n1.85939>.
- Amorim LDP, Senna MIB, Alencar GP, Rodrigues LG, Paula JS, Ferreira RC. Public oral health services performance in Brazil: Influence of the work process and service structure. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233604. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0233604>. PMID:32469941.
- Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2001. p. 39-64.
- Coelho EAC, Silva CTO, Sena VC, Barros AR, Nascimento ER, Almeida MS. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para construção da integralidade. *Rev Baiana Enferm*. 2012;26(3):574-84. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v26i3.6850>.
- Guedes HCS, Silva JNB Jr, Silva GNS, Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Barrêto AJR. Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20190386. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0386>.
- Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real [Internet]*. 1995 [citado 30 jun 2021];20(2):71-99 [citado 14 dez 2021]. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoe realidade/article/view/71721/40667>
- Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo saúde (Impr)*. 2011;35(4):438-42.
- Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. 8. ed. São Paulo: Ática; 2011. 87 p. (Princípios; 137).
- Resolução No 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*, Brasília (DF), 2012:59 [citado 14 dez 2021]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PMID:17872937.
- Macé E. From patriarchy to composite gender arrangements? Theorizing the historicity of social relations of gender. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*. 2018;25(3):317-36. <http://dx.doi.org/10.1093/sp/jxy018>.
- Mannell J, Ahmad L, Ahmad A. Narrative storytelling as mental health support for women experiencing gender-based violence in Afghanistan. *Soc Sci Med*. 2018;214:91-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.011>. PMID:30165294.
- Romão LMV, Feitosa PWG, Moura RDS, Brito EAS, Brito CL, Gurgel LC, et al. Abordagem da Mulher em Situação de Violência Doméstica na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão sistemática. *Rev Psicol*. 2019;13(47):189-201. <http://dx.doi.org/10.14295/online.v13i47.1977>.
- Anderson B. Reflecting on the communication process in health care. Part 1: clinical practice-breaking bad news. *Br J Nurs*. 2019;28(13):858-63. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2019.28.13.858>. PMID:31303035.
- Barratt J, Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: patient, carer, and nurse practitioner qualitative interpretations of communication processes. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;20:e42. <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423618000798>. PMID:30376908.
- Correa IMP, Andrade EA, Abdala GA, Meira MDD. Integralidade do ser humano e o cuidado no processo saúde-doença. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2019;23(54):15-22. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.54.02>.
- lópez-Domínguez A, Luque-Ribelles V, Palacios-Gálvez MS, Morales-Marente E. Health professionals' perception about the socio-educational group intervention with women who present somatic symptoms without organic cause. *Aten Primaria*. 2021;53(7):102060. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102060>. PMID:33906094.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada "Atenção à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família e limites da integralidade", de autoria de Nayara de Jesus Oliveira, Orientação de Edméia de Almeida Cardoso Coelho. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Ano de defesa: 2016.