

Necessidades em saúde das mulheres pardas e pretas assistidas na Atenção Primária à Saúde de um município do Recôncavo da Bahia: relato de experiência

Health needs of brown and black women assisted in Primary Health Care in a municipality in the Recôncavo da Bahia: experience report

Indaiana Santos Carobense

Graduanda do curso de Psicologia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: indaianacarobense@outlook.com; ORCID: 0009-0004-6902-1472

Adriane Café Barbosa

Graduada do curso de Nutrição; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: adriane cafe1998@hotmail.com; ORCID: 0009-0003-5227-306X

Ana Paula Costa Araújo

Graduanda do curso de Psicologia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: paulacosaraana@gmail.com; ORCID: 0009-0004-0450-4705

Monique Santos de Almeida

Graduada do curso de Nutrição; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: monialmeida08@gmail.com; ORCID: 0009-0004-3134-3089

Hully dos Santos Varjão

Graduada no curso de Psicologia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: hullyvarjaopsi@gmail.com; ORCID: 0009-0003-0048-7488

Paula Hayasi Pinho

Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: phpinho@ufrb.edu.br; ORCID: 0000-0001-8922-0699

Jerusa da Mota Santana

Professora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: jersanutri@ufrb.edu.br; ORCID: 0000-0002-8920-0097

Contribuição dos autores: ISC, ACB, APCA e MSA contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. HSV atuou como colaboradora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, ou seja, no delineamento do estudo, na coleta e análise dos dados, escrita, inclusive na revisão final do manuscrito. PHP e JMS atuaram como supervisoras da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, ou seja, no delineamento do estudo, na coleta e análise dos dados, escrita, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 29/01/2024

Aprovado em: 12/09/2024

Editora responsável: Fabiana Mânica Martins

Resumo: As necessidades em saúde envolvem as demandas biológicas e determinações sociais. As mulheres são mais da metade da população e estão vulneráveis a agravos na saúde devido ao contexto biopsicossocial em que se encontram. Portanto, objetiva-se relatar as principais necessidades em saúde de mulheres identificadas por estudantes do PET-Saúde. Foram realizadas conversas com duas informantes-chave (enfermeira e agente comunitária de saúde), para compreender os aspectos da USF e as principais necessidades de saúde das mulheres em idade fértil. O perfil da população observada era composto por mulheres pretas e pardas em idade fértil e de baixa renda, tendo como principais queixas: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, ansiedade e depressão. As necessidades em saúde são fortemente impactadas por fatores externos da dimensão biológica. A estrutura física e social da USF estudada dificultou a atenção plena da saúde para as mulheres.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da mulher; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Saúde mental; Promoção da Saúde Alimentar e Nutricional.

Abstract: Health needs encompass biological demands and social determinants. Women represent more than half of the population and are vulnerable to health issues due to the biopsychosocial context in which they live. Therefore, this article aims to report the main health needs of women identified by students from the PET-Health program. To achieve this, interviews were conducted with two key informants (a nurse and a community health worker) to understand the aspects of the USF and the primary health needs of women of childbearing age. The profile of the observed population consisted of Black and mixed-race women of reproductive age with low income, whose main health complaints included diabetes, systemic arterial hypertension, anxiety, and depression. Health needs are strongly impacted by external factors beyond the biological dimension. The physical structure and social relations of the studied USF hindered comprehensive health care for women.

Keywords: Primary Health Care; Women's Health; Determination of Health Care Needs; Mental Health; Promotion of Food and Nutritional Health.

INTRODUÇÃO

As necessidades em saúde referem-se a condições que requerem intervenção para promover e manter a saúde de indivíduos e populações. Essas necessidades abrangem dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, e são essenciais para o planejamento de estratégias de saúde que visem à melhoria da qualidade de vida e do bem-estar populacional, trazidas pelo sujeito no contexto da atenção básica (AB)¹.

No ano de 2019, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios², revelou que as mulheres eram 51,8% da população brasileira, sendo também as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Apesar desse grupo ser foco de políticas públicas desde a década de 80 e a prestação do cuidado vir avançando dentro do SUS, ainda é considerado um público de risco para ocorrência de violência doméstica, psicológica, feminicídio, transtorno de imagem, distúrbios nutricionais como sobrepeso, obesidade, desnutrição, dentre outros⁴.

As mulheres são particularmente vulneráveis devido às múltiplas funções que desempenham, sendo as principais cuidadoras da família e também chefes dos lares⁵. A elevada demanda da maternidade aliada às necessidades da sociedade, frequentemente geram sobrecarga física e emocional, que resulta muitas vezes, no adoecimento.

Além disso, a pandemia da COVID-19 foi um fator considerável no agravamento de doenças e acentuou ainda mais as desigualdades, sendo as mulheres, especialmente as de baixa renda, as principais atingidas⁵. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), afirma que a mortalidade materna aumentou em 15% sendo a hipertensão arterial sistêmica, hemorragias, infecção puerperal e aborto as principais causas e todas consideradas evitáveis⁶. Esses dados revelam que a pandemia não atingiu a todos igualmente, mas foi mais agressiva nas populações mais vulneráveis.

Desse modo, considera-se que as necessidades em saúde das mulheres envolvem não apenas as dimensões sexuais e reprodutivas, de maneira reducionista, mas em toda a sua totalidade, sendo assim, nos aspectos sociais, econômicos, culturais, e a desigualdade de gênero relacionam-se intimamente ao processo saúde-doença do público feminino⁷. É

imprescindível que os profissionais de saúde estejam preparados para atender essa população dentro dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, considerando as questões que atravessam a população assistida a fim de diminuir as iniquidades em saúde desse grupo vulnerável.

Portanto, identificar as principais necessidades em saúde das famílias em situação de vulnerabilidade é essencial para a criação de ações/estratégias direcionadas para o público-alvo, construção de confiança entre usuários e profissionais de saúde, tornando-os protagonistas do seu processo de cuidado e assim contribuir para maior eficiência e resolubilidade dos problemas⁸.

Assim, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE) se destaca como importante ferramenta para promover ações de educação pelo trabalho para a saúde, em que visa o fortalecimento do processo de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as Instituições de Ensino Superior (IES), auxiliando os profissionais de saúde a analisar as necessidades em saúde de populações específicas, a fim de contribuir com a vigilância em saúde e para tomada de decisão no âmbito coletivo.

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo relatar as principais necessidades em saúde de mulheres pardas e pretas, identificadas por estudantes do PET-Saúde Gestão e Assistência em uma Unidade de Saúde da Família, de um município, do Recôncavo da Bahia.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de bolsistas do PET-Saúde Gestão e assistência do curso de psicologia e nutrição, acerca das experiências vivenciadas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um município do Recôncavo da Bahia, sob acompanhamento de duas preceptoras do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e de duas tutoras, docentes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

O Relato de Experiência pode ser definido como um estudo de natureza qualitativa, caracterizado pela multiplicidade de opções teóricas e

metodológicas, visando descrição, interpretação e compreensão de fenômenos em determinado tempo histórico⁹.

O município do estudo está localizado a 111 km de Salvador, capital do Estado, na região Nordeste do Brasil. Segundo o último censo de 2021, a cidade possui 103 mil habitantes e tem cerca de 261,740 km² de unidade territorial. A economia do município é baseada no forte comércio varejista que abrange as principais cidades da região e compõe um PIB per capita de R\$21.130,24, ocupando a 40^ª no estado.

As vivências aconteceram, no período de setembro a dezembro de 2022, em uma Unidade de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa documental, diálogo com informantes-chaves, rodas de conversas com as mulheres em idade fértil e anotações das observações realizadas nos diários de campo. Na pesquisa documental analisou-se o Relatório Consolidado da Situação de Território (2022), emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do sistema e-SUS. O documento continha dados de cadastro individual, domiciliar e territorial. Foram selecionadas informações referentes: a) quantidade de mulheres assistidas pela unidade; b) quantidade de mulheres em idade fértil; c) raça/cor da população assistida na unidade.

Na entrada dos estudantes em campo, foi realizado diálogo com a enfermeira e agente comunitária de saúde com o intuito de conhecer questões referentes à aspectos gerais e estruturais da USF e as principais necessidades em saúde de mulheres em idade fértil. Para direcionar a conversa foi elaborado um roteiro semiestruturado com as seguintes questões: a) Quais são as principais demandas que as mulheres em idade fértil na Unidade? b) Existe algum grupo destinado às mulheres em idade fértil? c) Quais são as principais demandas de saúde que aparecem na Unidade? d) Como são feitos os atendimentos compartilhados e como isso impacta no funcionamento da equipe? Quais são os dias destinados para atendimentos das mulheres em idade fértil e do planejamento familiar?

Foram realizadas conversas com duas informantes-chave (enfermeira e agente comunitária de saúde), com o intuito de conhecer questões referentes à aspectos gerais e estruturais da USF e as principais necessidades

em saúde de mulheres em idade fértil. Para direcionar a conversa foi elaborado um roteiro semiestruturado com as seguintes questões: principais demandas da unidade; grupos em funcionamento na unidade; existência de atendimentos compartilhados na unidade e seu funcionamento; principais facilidades e dificuldades em relação à estrutura da unidade, principais demandas de mulheres em idade fértil e dia designado para o planejamento familiar.

Para conhecer as mulheres, foram realizadas duas (2) rodas de conversa em dias diferentes, sendo uma com mulheres em idade fértil e outra com gestantes. Durante os encontros, foi questionado o que elas entendiam como saúde, quais os aspectos que elas consideravam importante para promover a saúde integralmente e o que elas achavam que poderiam dificultar a promoção da saúde.

Todas estas informações foram empregadas para conhecer as demandas da Unidade de Saúde da família e as principais necessidades em saúde das mulheres assistidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil de mulheres

Segundo os dados da Secretaria de Saúde do município (SMS), no ano de 2022 a USF estudada atendeu um total de 6.726 pessoas. Dentre elas, 44,6% eram mulheres, e 25,3% dessas mulheres estavam na faixa etária de 14 a 49 anos. Em relação à autodeclaração de raça/cor, 73,73% se autodeclararam negras (pretas ou pardas).

De acordo com a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, 69,9% do público que utilizava o SUS era composto por mulheres pretas e/ou pardas. A preocupação e responsabilidade atribuída às mulheres em cuidar da própria saúde e da família, assim como a fase reprodutiva e gestacional exige uma atenção maior aos cuidados à saúde, e podem justificar a grande aderência a serviços do SUS, bem como o perfil apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde. Segundo Cobo et al¹⁰ a desigualdade de gênero é explicitamente identificada nas APS no Brasil, uma vez que os homens tendem a negligenciar o cuidado à saúde, enquanto o papel de zelar pela saúde da família recai sobre o

público feminino, o que caracteriza comportamentos sociais da sociedade por conta do sexo biológico.

Esse fator se agrava quando considerada a variável raça/cor. Como supracitado, as mulheres pretas e pardas são a maioria das usuárias do SUS. Embora a raça/cor seja um marcador importante para compreender as desigualdades nas condições de vida e acesso aos serviços de saúde no Brasil¹¹, não foi possível averiguar esses dados nos prontuários físicos da USF, dada a inexistência do campo no instrumento. A Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, dispõe sobre a obrigatoriedade na coleta e preenchimento do quesito cor, por parte dos profissionais de saúde, seu cumprimento, contudo, ainda não foi efetivado. A identificação racial dos usuários é imprescindível para a promoção de dados que sirvam para mapear as necessidades em saúde da população, bem como no desenvolvimento de ações focadas para cada público de acordo com suas singularidades.

Durante as salas de espera foi utilizado um caderno de registro para coletar o nome, data de nascimento, CPF e autodeclaração racial das usuárias. Nesse período, foi possível notar que grande parte das pessoas se autodeclararam como pretas e pardas, sendo que apenas uma delas se autodeclarou como “verde”, bem como no prontuário físico que não foi identificado a variável raça/cor. Ao analisar esse dado, é necessário considerar que o processo de branqueamento e mestiçagem no Brasil foi gerador de sofrimento psíquico por meio da ruptura na identidade da população negra, apresentando-se através da dificuldade em se autodeclarar como tal¹².

Portanto, a dificuldade da população auto referir a raça/cor pode prejudicar a construção de estratégias voltadas para este público¹³. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), consiste em uma ferramenta que permite coletar dados importantes sobre questões que envolve o indivíduo, para assim compreender os determinantes sociais da saúde, além de favorecer o registro clínico e melhora do compartilhamento dos dados entre profissionais, para assim promover melhoria do cuidado na APS¹⁴.

Território: diálogo com as informantes chaves

Segundo Mendonça et al.¹⁵, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada dos usuários dentro do SUS, sendo um elo de comunicação entre

território e a Rede de Atenção em Saúde (RAS). Nesse sentido, para entender a complexidade do território, foram realizados diálogos com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) e com uma enfermeira da unidade.

Foi relatado que os principais problemas de saúde das usuárias mais prevalentes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus, Ansiedade e a Depressão.

Detectou-se a presença de três grupos de educação em saúde na USF, sendo eles: a) grupo de homens, com foco no tema do tabagismo e consumo de álcool; b) grupo de prosa, composto por mulheres idosas, em que se discute sobre hiperdia; c) grupo de gestantes, com baixa adesão de participantes. Durante o período de observação das petianas, não foi identificado a ocorrência de nenhuma atividade coletiva dos grupos, confirmando a falta de planejamento da equipe da USF quanto às ações coletivas, bem como a baixa adesão dos usuários às atividades grupais. Tal fato pode estar atrelado às anteriores restrições sanitárias durante a pandemia da COVID-19 que culminou na inativação de alguns grupos e influenciou na diminuição da interação da comunidade em atividades grupais¹⁶.

Ressalta-se que os grupos se configuram como importante ferramenta para a manutenção da saúde e prevenção de agravos¹⁶. Esse dispositivo promove a maior vinculação dos usuários com a equipe, refletindo positivamente na saúde física e mental dessa população¹⁷. Desse modo, considera-se que a retomada das atividades grupais é importante para fortalecer o vínculo entre usuários e USF e trabalhar com educação em saúde voltados para prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no território, diminuindo a sobrecarga do sistema com as consultas individuais e inserindo o usuário como protagonista no seu autocuidado.

No que tange às consultas, a unidade destina dois dias para a consulta do pré-natal, sendo segunda à tarde e quarta pela manhã, e o planejamento familiar costuma variar, mas geralmente acontece na terça e quarta. Nesses dias, também acontecem atendimento médico, odontológico, vacinal, entre outros, fazendo com que o público seja rotativo. A enfermeira declarou que frequentemente acontecem interconsultas, ferramenta que permite o envolvimento de diversos saberes e profissionais objetivando a assistência

de forma integral e compartilhada¹⁸ e com base nelas é possível encaminhar o paciente a partir de olhar com sensibilidade o caso para além de sua área específica.

A estrutura física da USF apresenta desafios para o acolhimento adequado dos usuários, não comportando a quantidade de usuários que a frequentam diariamente. Nas consultas de nutrição e psicologia, a falta de janelas e mecanismos para controlar o calor afetam o conforto dos pacientes, que se sentem inquietos e desconfortáveis. Essas questões interferem na funcionalidade e no acolhimento da USF, dificultando a construção de um vínculo com a comunidade.

Além da estrutura precária, as filas para atendimento se apresentam como empecilho que dificulta na qualidade do cuidado e na construção de vínculos. Para além do sucateamento do SUS, a unidade em questão não está completamente informatizada, dificultando a utilização de mecanismos tecnológicos mais avançados para lidar com esse problema. Um estudo realizado em dois municípios localizados no Recôncavo e Semiárido Baianos com 11 USFs, apresenta como estratégia para reduzir as filas no SUS, distribuir as vagas através de cotas para exames e consultas considerando as especificidades de cada usuário¹⁹.

Foi detectado a vulnerabilidade socioeconômica da população do território, além do número preocupante de mulheres vítimas de violência doméstica e psicológica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021), considera a violência contra a mulher como um problema de saúde pública, sendo considerada epidemia mundial⁴. De acordo com um levantamento realizado pela Rede de Observatórios e Segurança, na Bahia, entre agosto de 2021 e julho de 2022, foram registrados 301 casos de violência contra a mulher. Ao comparar com o mesmo período no ano anterior, o aumento foi de 47%. Entre os casos registrados estão: feminicídio, violência sexual ou estupro, tentativa de feminicídio ou agressão física, cárcere privado e tortura e agressão verbal²⁰.

A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Em casos em que

houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher, deverão ser obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos. Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde não apenas notificar em caso de denúncia, mas também prestar o devido cuidado às vítimas, tal como preconiza a lei, a fim de prevenir a perpetuação do vínculo violento, bem como proteger a identidade da vítima.

Observou-se também que as usuárias geralmente solicitam atendimento médico, preventivo e vacinação. No que diz respeito ao atendimento nutricional, este geralmente é solicitado quando as mulheres estão acima do peso, o que reforça a busca pelo padrão estético de magreza e não necessariamente por melhores condições de saúde. Santos et al²¹, destacam que o perfil epidemiológico nutricional da população brasileira passou por mudanças significativas nos últimos 30 anos, resultando na coexistência do sobrepeso, obesidade, carências nutricionais e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Além disso, o consumo elevado de alimentos ultraprocessados com maior densidade calórica e fontes de sódio, açúcar, gorduras trans, gordura saturada, corantes, aditivos e a baixa ingestão de produtos in natura e minimamente processados a exemplo de frutas, hortaliças, cereais, leguminosas e oleaginosas tem se tornado uma preocupação no território. O serviço de nutrição do SUS tem como premissa o cuidado à saúde, seguindo o eixo da promoção da alimentação adequada e saudável e a vigilância alimentar e nutricional propostos pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)²¹.

Desse modo, o nutricionista, como parte da equipe do NASF, desempenha um papel de apoio ao orientar a população e os serviços sociais, promovendo a conscientização e a mudança de hábitos alimentares. Além disso, o profissional deve atuar como mediador na Educação Alimentar e Nutricional (EAN) da comunidade, compreendendo os determinantes dos problemas nutricionais e desenvolvendo estratégias para melhorar os hábitos e práticas alimentares²².

A EAN na comunidade se configura como uma ferramenta fundamental de promoção da saúde, visto que a incidência mundial de transtornos alimentares praticamente duplicou nos últimos 20 anos²³. Uma pesquisa realizada com estudantes universitárias revelou que aquelas com sobrepeso e obesidade apresentaram níveis mais elevados de insatisfação corporal, tanto moderada quanto grave. Isso indica que estar acima do peso pode levar muitos jovens a se sentirem infelizes e com baixa autoestima, desejando constantemente emagrecer para se adequarem a uma norma social que valoriza a magreza e que agrava o sofrimento psíquico²⁴.

Um outro agravante para o adoecimento mental é o perfil socioeconômico das usuárias que foi descrito como de baixo poder aquisitivo e varia entre as mulheres que possuem renda por meio do trabalho e as que necessitam do auxílio governamental. De acordo com Dimenstein et al.²⁵, o sofrimento psíquico é uma experiência multidimensional, e as condições do ambiente podem afetar positiva ou negativamente a saúde mental. Nesse sentido, estudos têm se concentrado no rastreamento dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), que englobam sintomas como insônia, fadiga, queixas somáticas e dificuldade de concentração. Esses sintomas correspondem à maior parte da demanda por saúde mental na atenção primária, especialmente relacionada à ansiedade e à depressão.

Embora a maior parte do público que solicita atendimento psicológico na unidade seja feminino, muitas mulheres ainda sentem vergonha em buscar ajuda. O preconceito quanto ao acompanhamento psicológico reflete os tabus ainda presentes sobre o cuidado em saúde mental e aquelas que buscam geralmente estão em intenso sofrimento psíquico²⁶. Os transtornos mentais representam a principal causa de incapacidade em escala global²⁷. Nesse sentido, a psicóloga do NASF-AB juntamente com a ESF, ao adotar as abordagens descritas pelos autores através das ações como salas de espera, rodas de conversas, grupos temáticos e da terapia comunitária integrativa, atuam como um elo potente na promoção do cuidado e da saúde mental na USF.

As necessidades em saúde incluem as carências humanas que englobam as diferentes condições de vida da população, dentre elas a psicossocial e a APS deve promover o cuidado na perspectiva da promoção da autonomia, bem-

estar e qualidade de vida²⁸. Portanto, as necessidades em saúde dessas mulheres devem ser pensadas na perspectiva da territorialização ampliada, ou seja, compreender as necessidades individuais e coletivas para alcançar a máxima resolubilidade do problema, de forma dialética e complementar entre os serviços de saúde, que devem estar articulados em rede integralizadas, para favorecer o cuidado em toda a sua dimensão subjetiva, singular. Assim, os ACSs são um elo fundamental na comunicação entre equipe e a comunidade. O vínculo com esses profissionais e as constantes discussões acerca da comunidade, tem sido instrumento facilitador para o desenvolvimento do trabalho do PET²⁹.

Sala de espera

A sala de espera é uma ferramenta com o propósito de afirmar um cuidado humanizado, possibilitando uma aproximação cada vez maior entre os usuários, profissionais de saúde e ações desenvolvidas pela unidade³⁰. Desse modo, foram realizadas sete (7) salas de espera e a escolha das temáticas foram baseadas nos relatos da enfermeira e da ACS. Portanto, os temas abordados foram: a) “Ansiedade: Aspectos nutricionais e psicológicos”; b) “Ansiedade: mitos e verdades”; c) “Formas de garantir uma boa saúde”; d) “Você sabia? Alimentos que reduzem a ansiedade”; e) “Você sabia? Nível de processamento dos alimentos”; f) “Comer sem culpa, mas com consciência: Como lidar com a comilança nas festas de fim de ano”; g) “Ansiedade normal ou patológica?”.

Para incentivar a participação ativa das mulheres, foram elaboradas perguntas simples, diretas, com linguagem fácil e confeccionadas plaquinhas com as cores, verde simbolizando sim/verdadeiro e vermelho simbolizando não/falso.

Durante as salas de espera foi possível observar que temas relacionados à ansiedade e à insatisfação com o corpo, juntamente com questões referentes à alimentação adequada eram recorrentes do público feminino da unidade e geraram bastante discussão.

Queixas relacionadas a sintomas de ansiedade são comuns na Atenção Primária à Saúde (APS)³¹. As questões levantadas no grupo pelas usuárias geralmente estavam relacionadas à sobrecarga gerada pelas multifunções

vivenciadas enquanto mulheres, mães, esposas, filhas, tias, profissionais e donas de casa. O acúmulo de demandas gerado pelas as tarefas diárias, trabalho e família foi citado muitas vezes como um fator de dificultava na adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, levando essas mulheres optarem por alimentos ultraprocessados e de consumo rápido.

A sala de espera também se configura como espaço importante de interação e de multiplicação de informações junto às usuárias da unidade, fundamental para promover educação em saúde e ampliar o diálogo com a população. Um Exemplo dessa partilha nos momentos de sala de espera, foi uma dúvida trazida por uma das participantes sobre a ingestão demasiada de ovos cozidos de sua filha, sendo orientada de forma simples e didática por uma das petianas que realizaram a sala, quanto ao modo adequado de cozimento desses ovos e monitoramento de possíveis reações no corpo da criança (se ocorressem) devido ao consumo excessivo.

Os momentos das salas de espera serviram como um elo entre as usuárias e a USF, uma vez que foi possível não apenas confirmar o relato das informantes-chaves, como também ouvir das mulheres as suas visões acerca da saúde mental e nutricional. A interação direta das petianas com as usuárias, permitiu a promoção da educação em saúde, por meio da troca de experiências, baseada em evidência científica com linguagem acessível, promovendo a criação de laços e melhorando a relação entre usuário e ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar que as principais necessidades em saúde das mulheres no território estudado, estão associados aos determinantes sociais, foram: vulnerabilidade social, inadequação do consumo alimentar, excesso de peso, violência doméstica e psicológica, problemas de saúde como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus, Ansiedade e Depressão. Estes resultados indicam que as necessidades em saúde não abrangem apenas as carências médicas e biológicas, mas também as condições biopsicossociais que afetam a qualidade de vida das pessoas.

Desse modo, foi observado como a estrutura física não garante o acolhimento adequado das usuárias, devido à disposição arquitetônica das unidades. Outro ponto considerável foi a sobrecarga das multifunções que

essas mulheres eram submetidas ao longo da vida, que influenciavam no agravamento de doenças, sendo a ansiedade a mais frequente.

Os transtornos mentais são as principais causas de incapacidade a nível global, sendo a depressão e a ansiedade as doenças mais prevalentes no país. Mulheres negras, de baixa renda e escolaridade correspondem à categoria mais afetada por essas doenças.

O programa PET-Saúde desempenha um papel fundamental como uma ferramenta de promoção da saúde, atuando como um elo entre os serviços de saúde e a universidade. A aplicação do roteiro semiestruturado serviu para mapear as principais demandas das mulheres, enquanto as salas de espera funcionaram como um potencializador de vínculos entre as petianas e o público.

A vivência possibilitou conhecer o território, entender como funciona o fluxo na unidade, como os profissionais interagem entre si, a dinâmica do NASF, as principais demandas e a forma da equipe lidar com essas questões. As visitas ao território possibilitaram visualizar tanto as fragilidades como as potencialidades do SUS, promovendo o exercício do olhar integral sobre as mulheres em idade fértil. Além disso, o contato diário com a equipe permitiu entender as situações que estão dentro e fora do controle da unidade, tornando a experiência de campo mais real e distante da teoria.

Entre as habilidades e competências desenvolvidas em campo, pode-se destacar o exercício da empatia tanto pelas usuárias, como pela equipe, tendo em vista as dificuldades advindas do sucateamento do SUS; o olhar integral sobre as usuárias, entendendo que cada pessoa é um universo, com trajetórias particulares; a capacidade crítico-reflexiva na análise de instrumentos e cruzamento de dados, entendendo as implicações na saúde das mulheres.

Nesse sentido, o PET-Saúde se mostra como uma ferramenta potente na promoção da saúde, uma vez que através do contato precoce das estudantes com o campo, proporciona não apenas as vivências, mas a possibilidade de refletir sobre as problemáticas do território e criar estratégias de enfrentamento ainda na graduação. Além disso, a proposta de educação pelo

trabalho ajuda no desenvolvimento do olhar integral e sensível sobre temáticas que, embora antigas, como a questão racial, são muito atuais, já que seguem sem uma solução prática e impactam na saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. Rev Escola Enferm USP. 2011;45(1):19-25. [acesso em 22 mai. 2023]. doi:10.1590/S0080-62342011000100003.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) [Internet]. 2019. [acesso em 27 jan. 2023] Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/ibge-mulheres-somavam-522-da-populacao-no-brasil-em-2019>.
3. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 28 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. [Internet]. Genebra: OMS; 2021 [acesso em 23 mai. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>.
5. Ministério da Cidadania (BR). Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. [Internet]. Brasília: Ministério da Cidadania; 2022. [acesso em 28 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/responsavel-familiar-e-mulher-em-81-6-dos-lares-que-recebem-o-auxilio-brasil-em-setembro#:~:text=De%20acordo%20com%20informa%C3%A7%C3%B5es%20do,%2C%20ou%2081%2C6%25>.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). OPAS destaca crise de saúde mental pouco reconhecida causada pela COVID-19 nas Américas. [Internet]. Washington: OMS; 2021. [acesso em 28 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-11-2021-opas-destaca-crise-saude-mental-pouco-reconhecida-causada-pela-covid-19-nas>.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 28 jan. 2023]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
8. Silva TMR, et al. Como identificar as necessidades em saúde no contexto da saúde da família? In: Anais 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. [Internet] Hangar Centro de Convenções e Feiras da Amazônia, Belém-PA, 2013 [acesso em 29 jan. 2023]. Disponível em: Como identificar necessidades em saúde no contexto da saúde da família? | Silva | ANAIS DO CBMFC.
9. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Rev Psicol Clinica Psicanál. 2019;19(1):223-37. [acesso em 29 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43015/29664>.

10. Cobo B, et al. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Cien Saude Colet*. 2021;26(9):4021-32. [acesso em 29 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/abstract/?lang=pt#>.
11. Brito T, Oliveira R. Raça importa! Saúde, doença e cuidado da família no assentamento Lampião [monografia]. [Recife]: Universidade de Pernambuco; 2019.
12. Cuti LS. Quem tem medo da palavra negro? [Internet]. São Paulo: Perspectiva; 2017. [acesso em 23 mai. 2023]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/pdf/quemtemmedodapalavranegro_cuti.pdf
13. Silveira R, et al. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Rev Saude Soc*. 2021;30(2):e200414.
14. Ministério da Saúde (BR). O que é o Prontuário Eletrônico do Cidadão? 01/2017. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 12 jun. 2023]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2300>.
15. Mendonça EM, Lanza FM. Conceito de saúde e intersectorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. *Rev Psicol Saude*. 2021;13(2):155-64. [acesso em 10 jun. 2023]. doi:10.20435/pssa.v13i2.1090.
16. Drumond NC, et al. Eu acolho, tu acolhes, nós acolhemos: acolhimento grupal na Atenção Básica. *Res Soc Developm*. 2022;11(1):e34211124977.
17. Maia RLSN, et al. A interconsulta na atenção básica: uma experiência multiprofissional no atendimento de puericultura. In: *Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (CONBRACIS)*, 2017. [Internet]. [acesso em 27 jan. 2023]. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_M D1_SA7_ID1704_15052017225250.pdf.
18. Araújo PO, Assis MMA, dos Santos AM, Pereira MJB. A oferta por cotas para exames e consultas especializadas atende às demandas das Unidades de Saúde da Família? *Rev APS*. 2018;21(3):324-34.
19. Ramos S, et al. Elas vivem: dados da violência contra a mulher. [Internet]. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania. Rede de Observatórios da Segurança. 2022. [acesso em 03 fev. 2023]. Disponível em: http://observatorioseguranca.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2022/03/EMBARGO-ATE-5AM-1003_REDE-DE-OBS-elas-vivem_-2.pdf.
20. Santos LF, Neves JA, Medeiros, MAT. Nutricionistas na Atenção Primária à Saúde e o cuidado nutricional à população adulta no município de São Paulo, SP, Brasil. [Internet]. *Rev InterAções*. 2022;23(3):835-48. [acesso em 24 mai. 2023]. doi:10.20435/inter.v23i3.3311.
21. Linhares AMRLC, Albuquerque RAS, Ferreira FV. Atuação do nutricionista na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Rev Desafios*. 2020;7(3):158-69.
22. Kessler AL, Poll FA. Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. [Internet]. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):118-25. [acesso em 25 mai. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/nyLgzvS6nXQQPTFdqbGzg3w/>.

23. Dimenstein M, et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. [Internet]. Rev Bras Psicol. 2017;69(2):72-87. [acesso em 24 mai. 2023]. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006.
24. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology-Science and Practice. 2002;9(1):35-53.
25. Smolen JR, Araujo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. [Internet] Rev Cien Saude Colet. 2017;22(12):4021-30. [acesso em 11 jun. 2023]. doi:10.1590/1413-812320172212.19782016.
26. Hino P, et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Esp 2):1156-67. [acesso em 06 jun. 2023]. doi:10.1590/S0080-62342009000600003.