

CUIDAR: UM VERBO FEMININO? ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO NO CUIDADO E ACOLHIMENTO EM SAÚDE

Sharyel Barbosa Toebe
Karine Vanessa Perez

RESUMO

A partir de uma experiência de um estágio extracurricular como visitadora no Programa Primeira Infância Melhor, pôde-se acompanhar o desenvolvimento integral das crianças e suas histórias de vida, ouvir relatos de mulheres-mães e do cuidado que dispõem aos seus filhos. Foi-se percebendo que cuidadoras de um mesmo território buscam, para a atenção em saúde de seus filhos, serviços diferentes, por vezes justificando isto pelo modo como são acolhidas. Por outro lado, os serviços também dizem algo dessas mulheres-mães, de como elas cuidam seus filhos e de como o cuidado é prescrito, supondo ser este o modo adequado. Partindo desses relatos e vivências, foi-se perguntando sobre como se dá esse acolhimento, como ele é construído e pensado em cada serviço. Apesar de ser a mesma política que rege e regulamenta esse cuidado em saúde, ele se singulariza em cada profissional que irá executá-lo, na relação entre quem acolhe e quem é acolhido. Desta experiência e destes questionamentos, construiu-se o Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia, intitulado “Problematizações sobre o acolhimento em saúde na primeira infância”. Por meio deste buscou-se compreender como os cuidadores/responsáveis pelas crianças percebem o acolhimento na rede de atenção em saúde à primeira infância em um município do Vale do Rio Pardo-RS. Desta forma, realizou-se uma revisão bibliográfica com base em documentos já elaborados sobre o acolhimento em saúde neste período de vida. Ainda objetivou-se investigar quais elementos influenciam na construção do vínculo entre os cuidadores/responsáveis e os trabalhadores dos serviços de saúde bem como problematizar as práticas de acolhimento que ocorrem nos encontros destes atores. O levantamento destas informações foi realizado por meio de entrevista semiestruturada. Faz-se importante salientar inicialmente que buscou-se pesquisar cuidadores/responsáveis e encontrou-se mulheres-mães. As oito entrevistadas eram mães que são responsáveis quase que exclusivamente pelos cuidados diários de seus filhos. Elas são denominadas no trabalho como mulheres-mães na tentativa de marcar que elas não são somente coadjuvantes nesse processo e que, antes de serem mães são mulheres. Desta forma, a escrita deste trabalho objetiva, a partir da experiência no campo e das entrevistas, pensar o lugar circunscrito à mulher, do atravessamento de gênero no cuidado em saúde, através de problematizações sobre as formas acolhimento. Portanto procura-se enfatizar o lugar da mulher não somente ligado a maternagem e reprodução. Aqui objetivou-se problematizar, pensar, refletir sobre as práticas de cuidado em saúde e o cuidado em saúde no encontro entre mulheres. Aponta-se a necessidade de se pensar a humanização, o acolhimento como reorganização das nossas práticas cotidianas em todos os encontros da vida. Deste modo, faz-se necessária também a construção de relações e encontros dialógicos (a)efetivos, com respeito mútuo nos processos de produção da saúde, para que assim, consigamos acolher uns aos outros. Observa-se então, a partir deste trabalho, que o encontro que é o acontecimento do cuidado em saúde é, em grande número, um cuidado entre mulheres, considerando necessário que a luta feminista pela igualdade de direitos e melhorias sociais continue sendo feita fortemente, desta forma, avançando também, em melhorias na saúde (de todos!).

Palavras-chaves: Acolhimento em Saúde. Gênero. Políticas Públicas de Saúde.

INTRODUÇÃO

A partir de uma experiência de um estágio extracurricular como visitadora no Programa Primeira Infância Melhor (PIM), pôde-se, além de acompanhar o desenvolvimento integral das crianças, observar também suas histórias de vida, ouvir relatos de mulheres-mães e do cuidado que dispõem aos seus filhos. Foi-se percebendo que cuidadoras atendidas, de um mesmo território de Estratégia de Saúde da Família, buscam, para a atenção em saúde de seus filhos, serviços diferentes, por vezes justificando isto pelo modo como são acolhidas. Por outro lado, os serviços também dizem algo dessas mulheres-mães, de como elas cuidam seus filhos e de como o cuidado é prescrito, supondo ser este o modo adequado.

Partindo desses relatos e vivências, foi-se perguntando sobre como se dá esse acolhimento, como ele é construído e pensado em cada serviço. Apesar de ser a mesma política que rege e regulamenta esse cuidado em saúde, ele se singulariza em cada profissional que irá executá-lo, na relação entre quem acolhe e quem é acolhido, “pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado” (BRASIL, 2010, p. 8).

Desta experiência e destes questionamentos, construiu-se o Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia, intitulado “Problematizações sobre o acolhimento em saúde na primeira infância”. Por meio deste buscou-se compreender como os cuidadores/responsáveis pelas crianças percebem o acolhimento na rede de atenção em saúde à primeira infância em um município do Vale do Rio Pardo-RS. Desta forma, realizou-se uma revisão bibliográfica com base em documentos já elaborados sobre o acolhimento em saúde neste período de vida. Ainda objetivou-se investigar quais elementos influenciam na construção do vínculo entre os cuidadores/responsáveis e os trabalhadores dos serviços de saúde bem como problematizar as práticas de acolhimento que ocorrem nos encontros destes atores. O levantamento destas informações foi realizado por meio de entrevista semiestruturada.

É importante salientar inicialmente que buscou-se pesquisar cuidadores/responsáveis e encontrou-se mulheres-mães. As oito entrevistadas eram mães que são responsáveis quase que exclusivamente pelos cuidados diários de seus filhos. Elas são denominadas no trabalho como mulheres-mães na tentativa de marcar que elas não são somente coadjuvantes nesse processo e que, antes de serem mães são mulheres. Esta pesquisa foi construída a partir de encontros afetivos produtores e transformadores de vida. Encontros estes proporcionados tanto pela experiência do estágio extracurricular que deu espaço para que o tema pesquisado se fizesse em questão, quanto os próprios do processo da pesquisa. Faz-se necessário apontar que é um tema que ainda deixa muitas dúvidas e

inquietações, e que, como toda pesquisa, é um recorte, limitado no tempo e espaço, de determinados saberes, sendo assim, uma construção parcial sobre o assunto.

Desta forma, a escrita deste trabalho objetiva, a partir da experiência no campo e das entrevistas, pensar o lugar circunscrito à mulher, do atravessamento de gênero no cuidado em saúde, através de problematizações sobre as formas acolhimento. Portanto procura-se enfatizar o lugar da mulher não somente ligado a maternagem e reprodução.

O processo de construção deste trabalho traz um árdua e doce implicação, que, no caminho de escrita, foi preciso sempre pôr-se em análise as dúvidas e afirmativas, do lugar de quem toma partido dessas mulheres-mães e quis lhes dar voz. Cabe ainda destacar um atravessador de gênero desta pesquisa, que foi questão desde seu início. Este é um trabalho de mulheres (orientanda e orientadora) que, não acidentalmente, ouviu mulheres relatando seus encontros com outras mulheres, pois o cuidado, seja na esfera pública ou privada, é inscrito socialmente como trabalho feminino por estereótipos que essencializam a mulher como cuidadora natural. Traz-se aqui o compromisso de se marcar essa essencialização para que seja possível desatualizá-la.

Assim, aqui objetivou-se problematizar, pensar, refletir sobre as práticas de cuidado em saúde e o cuidado em saúde no encontro entre mulheres.

O acolhimento em saúde

As políticas públicas em saúde objetivam levantar reflexões sobre determinados temas e lacunas desta área, e assim estabelecer planos de ação para a melhoria das mesmas, garantindo que os direitos constitucionais sejam efetivados.

Em 2003, após anos da constituição do SUS, viu-se que para atingir os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, seria necessária uma mudança nas práticas de saúde. Desta forma, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, surge para “suprir” lacunas de acesso ao serviço, dificuldades no trabalho em saúde, da atenção e de gestão do SUS. (BRASIL, 2004).

Segundo Romanini (2016), não mais como programa, mas como política pública, a PNH emerge no processo de avaliação do SUS, visando o seu fortalecimento e contando com o envolvimento de atores implicados na construção de um sistema público de saúde universal e igualitário. Desta forma,

[...] busca reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando como diretrizes o acolhimento, a clínica ampliada, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Essas diretrizes estão apoiadas em três princípios fundamentais: a ampliação da transversalidade (ou o aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos), a inseparabilidade entre gestão e atenção e a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos. (ROMANINI, 2016, p. 55)

A partir desta política, entende-se humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores, sujeitos implicados no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2004). Sujeitos estes que, quando mobilizados em coletivo, são capazes de transformar realidades, neste caso, as práticas de produção de saúde, e neste mesmo processo, transformando-se a si próprios, por mudanças nos processos de subjetivação. Desta forma o conceito de humanização é tomado como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde, pois para se repensar o fazer no SUS, deve-se pensar a partir das existências concretas, considerando a diversidade do humano e as mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. E assim, investir na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. É a partir da transformação das relações que acontecem entre os sujeitos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Indo contra a uma ideia de homem humanizado como figura ideal que não coincide com nenhuma existência concreta. O ideal precisa ser construído a partir do concreto. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização enquanto Política de Saúde se constrói na transversalidade das ações e na inseparabilidade entre atenção e gestão. Estas ações indicam que o caminho para se concretizar esta política é pela via das “tecnologias relacionais” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Deslocando a ênfase de uma abordagem instrumental para uma abordagem mais relacional, priorizando a materialidade e a substancialidade do encontro (GUERRERO et al, 2013).

Merhy (2013, p. 176) distingue três formas de ofertar as tecnologias de cuidado em saúde.

Uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato.

Dentro da caixa de ferramentas das tecnologias leves encontramos a tecnologia relacional que é o acolhimento. Assim como o SUS, o acolhimento é heterogêneo, sendo feito e pensado de diversas formas nos diferentes serviços. Alguns serviços denominam acolhimento a parte de chegada até o mesmo, a entrada nele, como uma triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Outra visão sobre o acolhimento é

considerar como uma questão de espaço, preocupando-se apenas em oferecer um ambiente confortável. São estas definições restritas, reduzidas a ações pontuais e descomprometidas com os processos de responsabilização e produção de vínculo. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. (BRASIL, 2010).

Por acolhimento entende-se, a partir da PHN, a

[...] recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004, p. 37).

Nesse sentido, acolhimento é entendido com algo muito mais amplo. É uma prática e uma postura de escuta transversal. Dá-se desde o momento em que o usuário chega ao serviço e até quando sai dele, quando é encaminhado para outro, e o profissional continua acolhendo essa pessoa, prestando ajuda necessária e garantindo devida atenção à demanda que chega até ele, “com compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário” (BRASIL, 2010, p. 21).

O ato de acolher significa “estar com”, “estar junto de”, é uma forma de inclusão. Favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, produzindo o vínculo, que é a base dos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010). Nesse sentido, afirma-se o acolhimento como uma diretriz ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS.

Trata-se de uma diretriz ética porque se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo nas suas diferenças, em suas dores, seus modos de viver, sentir e estar na vida. É uma diretriz estética porque traz para as relações e encontros cotidianos a invenção constante de estratégias que contribuam para a dignificação da vida e do viver. É uma diretriz política porque envolve o compromisso coletivo neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (ROMANINI, 2016, p. 57).

Desta forma, assim como Romanini (2016, p. 25), aqui aposta-se “nas reflexões sobre o acolhimento como uma experiência singular, que acontece cotidianamente nos serviços, nos encontros mais corriqueiros e comuns entre profissionais e usuários”. Acreditando-se então, que em todos os encontros, é necessário um enlaçamento de acolhida para que se produza saúde.

Cuidar: um verbo feminino?

Questões sobre divisão sexual do trabalho vêm sendo discutidas há quase cinco décadas. Helena Hirata e Danièle Kergoat, pesquisadoras desta temática, datam que embora o tema “tenha sido objeto de trabalhos precursores em diversos países, foi na França, no início dos anos 1970, sob o impulso do movimento feminista, que surgiu uma onda de trabalhos que rapidamente assentariam as bases teóricas desse conceito” (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 597).

Ainda segundo estas autoras, “a divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos”, sendo modulada histórica e socialmente. Esta tem como princípios organizadores a separação (há trabalhos de homens e trabalho de mulheres) e a hierarquização (há trabalhos que são mais valorizados). Designando assim, prioritariamente os homens à esfera produtiva e pública, realizando funções de maior valor social e as mulheres à esfera reprodutiva e privada (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 599). Esses princípios “podem ser aplicados mediante um processo específico de legitimação, a ideologia naturalista. Esta rebaixa o gênero ao sexo biológico, reduz as práticas sociais a “papéis sociais” sexuados que remetem ao destino natural da espécie” (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 599). Esses papéis são tomados como naturais, no sentido de natureza humana, como uma essência, sem considerar o processo histórico que construiu os princípios de separação entre homens e mulheres, no “movimento de separação do lugar do trabalho produtivo na família para a fábrica, decorrente do processo de industrialização” (ALVES, 2013, p. 286).

Na década de 1970, as mulheres coletivamente começam a apontar que as atividades por elas realizadas no âmbito privado são invisibilizadas e afirmam que são e devem ser consideradas e reconhecidas uma forma de trabalho, e não como algo que é natural a mulher e por isso deve ser realizado pela mesma. Preocupam-se então, em não mais deixar que tudo se passe como se sua atribuição às mulheres, e apenas a elas, fosse natural. A partir desta constatação e reivindicação por igualdade, ocorreram mudanças: que as mulheres com melhores condições sociais conseguiram estudar, e alcançar cargos de chefia, salários melhores, profissões de nível superior. Porém, ao mesmo tempo, cresce o número de mulheres em situação precária, e o cuidado do âmbito privado que as que estavam em melhores condições sociais realizavam, passou a ser terceirizado, ficando ainda majoritariamente o âmbito do cuidado diretamente atribuído a mulher. (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Faz-se necessário explicitar que, conforme Aquino, Menezes e Marinho, (1995, p. 282) “as mulheres estiveram presentes no mercado de trabalho desde o início da industrialização no país. Todavia, essa participação caracterizou-se por períodos de fluxo e refluxo condicionados pelas necessidades do capital”. Até recentemente, o trabalho das

mulheres era complementar na sustentação da família, tornando sua inserção intermitente, em atividades de baixa qualificação e remuneração.

Visto isso, frisa-se aqui a importância de pensar a questão de gênero em intersecção com outros marcadores sociais, como raça e classe social. Pois as mulheres negras e pobres trabalhavam. E enquanto as brancas e de classe média e alta lutavam por igualdade em cargos profissionais, as outras continuaram e continuam em empregos precários.

Salienta-se ainda que, mesmo havendo mudanças e melhoras para as mulheres, ainda há uma grande distância. Cabe às mesmas ter de conciliar, se organizar em questões de vida familiar e profissional, pois o cuidado ainda está atrelado a elas por legitimação naturalista. Dentre as oito entrevistadas, uma realizava trabalho externo e estava estudando, e ainda sim, ela era a principal responsável pelo cuidado de seus filhos.

Dentre esses lugares que a mulher conquistou foram as graduações atreladas ao cuidado. Por isso, ao decorrer das entrevistas, foi-se percebendo que no âmbito profissional, foram citados poucos homens, estes em situação de médico. Segundo Pastore, Rosa e Homem, (2008, p.3) “as relações estabelecidas nas práticas do trabalho na área da saúde apresentam uma concepção de oposição entre o tratar (saber e fazer médico) e do cuidar (saber e fazer de enfermagem)”, sendo, desta forma, o cuidado ainda relacionado majoritariamente as mulheres, que representam a maior parte dos profissionais de enfermagem.

Conforme Aquino, Menezes e Marinho, (1995, p. 286), o trabalho em saúde, exercido majoritariamente pelo pessoal de enfermagem, tem forte conteúdo relacional, no cuidado de outras pessoas, necessitando de certo grau de paciência e destreza, qualidade atribuídas ao papel social feminino. Ainda segundo a autora “as mulheres são socializadas desde a mais tenra infância para o seu papel na reprodução social e esse processo de qualificação será mais tarde extremamente conveniente para o capital”.

Dentre as oito entrevistadas, apenas uma realizava trabalho externo e estava estudando, e ainda sim, ela era a principal responsável pelo cuidado de seus filhos. As outras sete tinham dedicação exclusiva as atividades laborais de cuidado com o lar, os filhos e aos companheiros. Estes dados se dão ela ligação da pesquisadora e entrevistas atravessada pelo programa primeira infância melhor, que acaba atendendo crianças que não frequentam educação infantil, e geralmente suas mães não realizam trabalho externo, sendo elas as pessoas que recebem a visita do programa em sua casa.

Ao decorrer das entrevistas, foi-se percebendo que cuidadoras atendidas, de um mesmo território de Estratégia de Saúde da Família, buscavam, para a atenção em saúde de seus filhos, serviços diferentes, por vezes justificando isto pelo modo como são acolhidas. Por outro lado, os serviços também dizem algo dessas mulheres-mães, de como

elas cuidam seus filhos e de como o cuidado é prescrito, supondo ser este o modo adequado.

Dentro da lógica dos papéis sociais e características atribuídas, que melhor desempenhar o papéis, mais “incorporada” mostrará que está o gênero, logo a mulher que for mais atenta e dedicada ao cuidado, será uma mulher melhor vista, tanto no âmbito profissional quanto pessoal (se é que pode se dizer que há uma verdadeira separação entre o público e o privado). A cobrança do cuidado de quem é uma boa mãe, uma boa mulher, uma boa profissional do cuidado, quem é melhor mulher dentro dos padrões exigidos, quem desempenha melhor o papel social atribuído ao feminino.

Muitas vezes estas mulheres são olhadas somente na cobrança do cuidado de seus filhos, pois “[...] a responsabilidade dos adultos para com as crianças, quer no âmbito da família quer quando se realiza em instituições, tende a se alinhar por gênero, sendo socialmente mais enfatizado o amor materno e insistindo-se na ética da mulher para com o outro, a outra” (CASTRO; ABRAMOVAY, 2017, p. 270).

Hirata e Guimarães (2012), apontam o cuidado como “conceito que envolve atenção ao outro e solicitude, devendo ser retirado do âmbito do privado e do pessoal e, principalmente, do entendimento comum de que cuidado é uma qualidade “inata e natural das mulheres”, pois trata-se de construto básico de justiça social”. O cuidado está e deve estar presente em todas as relações, devendo ser uma ocupação de homens e mulheres.

Considerações finais: atravessamentos de gênero no cuidado e acolhimento em saúde

Benevides e Passos (2005) lembram que na década de 1960 o movimento feminista pautou este tema nas lutas pela saúde da mulher. Segundo Mattos (2009), foi devido as feministas também que suscita-se debate em relação integralidade em saúde na perspectiva do não-reducionismo, pois as mesmas tiveram grande influencia na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no âmbito do Ministério da Saúde. Os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista, segundo este movimento, não era aceitável que a saúde da mulher fosse vista apenas em função da perspectiva de ela se tornar mãe. A saúde da mulher deveria ser pensada em todos os aspectos de sua vida, considerando-se os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferem especificidades ao adoecimento das mulheres, sendo a maternidade apenas uma dentro das muitas opções

Ainda segundo Mattos (2009), a PAISM acabou se configurando como um programa, e não deu conta de todas essas pautas, sendo ainda reivindicados pelo movimento. Guedes e Daros (2009, p. 131) ressaltam que “a luta das mulheres pela igualdade de gênero não está relacionada apenas aos seus interesses imediatos, mas aos

interesses gerais da humanidade. Assim é necessário pensar as políticas públicas sobre a perspectiva gênero e refletir sobre o lugar das mulheres nessas políticas”.

Observa-se então, a partir deste trabalho, que o encontro que é o acontecimento do cuidado em saúde é, em grande número, um cuidado entre mulheres, considerando necessário que a luta feminista pela igualdade de direitos e melhorias sócias continue sendo feita fortemente, desta forma, avançando também, em melhorias na saúde (de todos!).

Frisa-se a necessidade de se pensar a humanização, o acolhimento como reorganização das nossas práticas cotidianas em todos os encontros da vida. Deste modo, faz-se necessária também a construção de relações e encontros dialógicos (a)efetivos, com respeito mútuo nos processos de produção da saúde, para que assim, consigamos acolher uns aos outros, tanto nas semelhanças como nas diferenças.

Esta pesquisa objetivou também contribuir para o campo da psicologia, para que possamos pensar as práticas “psi” fora dos enquadramentos clínicos espacialmente ditos, entendendo assim, a clínica enquanto campo político. E ainda, pensar a política enquanto campo clínico, presente em todos os posicionamentos que nós psicólogos tomamos, para que sejam também em postura de acolhimento, tanto nas demandas de cada sujeito quanto nas demandas sociais, como a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Elizabeth Santos. Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. *Trab. educ. saúde* [online]. 2013, vol.11, n.2, pp.271-289. ISSN 1981-7746. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200002>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

AQUINO, E.; MENEZES, G.; MARINHO, L. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (2): 281-290, Apr/Jun, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000200012>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*, 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Gênero e cuidado em políticas: salas de acolhimento do pro jovem urbano. *Cad. Pesqui.* São Paulo, v. 47, n. 163, p. 264-291, mar. 2017. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000100264&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2017.

GUEDES, O.; DAROS, A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, V. 12, N.1, P. 122-134, JUL/DEZ. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10053/8779>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

GUERRERO, P. et al . O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2017.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009, 8. ed, p. 43-68.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad. Pesqui.* [online]. 2007, vol.37, n.132, pp.595-609. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

PASTORE, E.; ROSA, L.; HOMEM, I. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder Florianópolis*, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2017.

ROMANINI, Moises. *Narrativas do Desassossego: do re-en-colhimento às práticas de acolhimento aos usuários de drogas na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre/RS*. 2016. 350 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.