

HRJ

v.3 n.16 (2022)

Recebido: 25/05/2022

Aceito: 12/07/2022

A percepção de mulheres acompanhadas pelo NASF-AB Asa Norte sobre os desafios nos cuidados de crianças e de adolescentes

Amanda Teixeira Brandão¹
Bethania Serrão Peres Teixeira²

¹Assistente Social. Residente do Programa de Atenção à Saúde Mental Infantojuvenil da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

²Psicóloga. Preceptora do Programa de Atenção à Saúde Mental Infantojuvenil da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

RESUMO

Introdução: Mulheres sofrem historicamente um processo de desigualdade de gênero, na qual se encontram muitas vezes esvaziadas a um papel socialmente construído de inferioridade ao homem e a uma restritiva função de cuidadora. Correntes teóricas apontam que a responsabilidade de crianças e adolescentes concentra-se majoritariamente na figura feminina, muitas vezes desencadeando impactos negativos em sua saúde mental. **Objetivo:** Compreender as percepções de mulheres, que fazem acompanhamento de saúde mental no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, sobre demandas relacionadas aos cuidados e às responsabilidades com crianças e adolescentes. **Metodologia:** Entrevista individual, qualitativa, semiestruturada com duas mulheres cuidadoras, atendidas pelo NASF-AB. **Resultados:** Através da análise de conteúdo, as entrevistas apresentam sentimento de sobrecarga e de solidão pelas mulheres em função do cuidado. **Conclusão:** Fatores como falta de suporte, dificuldade de acesso a serviços públicos, histórico de violências e preconceitos em meio social, impactam diretamente na qualidade de vida das mulheres e de seus dependentes.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Mulheres; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

The perception of women who attend the NASF-AB Asa Norte about the challenges in the care of children and adolescents

ABSTRACT

Introduction: Women historically suffer a process of gender inequality, in which they are often emptied into a socially constructed role of inferiority to men and a restrictive role of caregiver. Theoretical currents point out that the responsibility of children and adolescents is mostly concentrated on the female figure, often triggering negative impacts on their mental health. **Objective:** To understand the perceptions of women, who follow up on mental health at the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care (NASF-AB), in a Basic Health Unit (UBS) in the Federal District, about demands related to care and responsibilities with children and adolescents. **Methodology:** Individual, qualitative, semi-structured interview with two women caregivers, assisted by the NASF-AB. **Results:** Through content analysis, the interviews show a feeling of overload and loneliness by women due to care. **Conclusion:** Factors such as lack of support, difficulty in accessing public services, history of violence and prejudice in the social environment, directly impact the quality of life of women and their dependents.

Keywords: Children; Adolescent; Women; Mental Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O termo “cuidado”, surgido a partir de conceitos antigos da psicanálise, se expandiu a diversas áreas do conhecimento, atingindo especialmente a saúde pública e os estudos das áreas humanas. No entanto, esse conceito atualmente não possui uma acepção universal, sendo necessários outros conhecimentos que corroborem com a compreensão do cuidado e a sua manifestação no contexto social, especialmente no que tange o cuidado direcionado à saúde mental^{1,5}. A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”², nesse sentido, não é possível se pensar o cuidado em saúde mental apenas na ausência de doenças, mas como todo um conjunto de fatores individuais e coletivos que interferem e contribuem para um bem-estar integral.

No Brasil, ao se falar em cuidado e saúde mental, é indissociável se pensar a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1980, quando profissionais da saúde encontraram um cenário de descaso e violência com os indivíduos. A partir de então inicia-se um movimento de luta que visa redirecionar o modelo assistencial à saúde mental. O movimento de desinstitucionalização visa alterar o foco do acompanhamento, agora direcionado ao cuidado e não somente na doença, visa então a superação das práticas institucionais de violência e de exclusão até então perpetuadas. O enfoque não deve ser na cura, mas “se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, [...] o problema não é a cura, mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”^{3,4}. O processo de desinstitucionalização visa o encerramento de manicômios, mas vai além, objetiva o desmonte de todas as práticas que objetificam e controlam os indivíduos.

Com o movimento desinstitucionalização de moradores de manicômios, foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiram serviços diversificados de cuidado longitudinal e intensivo para o atendimento à crise. O cuidado direcionado aos portadores de transtornos mentais objetiva o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de seus sintomas. Para tanto, fomentou-se a ampliação de serviços territoriais, com a participação de usuários e articulação de redes com outras políticas públicas, como moradia, trabalho e educação e cultura⁵. Inicia-se então no Brasil, na década de 2000, uma rede transversal e ampliada voltada para os cuidados em saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na RAPS se visa o atendimento integral e humanizado focado no acolhimento, acompanhamento e vinculação entre usuário e rede. Nestes dispositivos são atendidos usuários de todas as idades e em diversos níveis de complexidade. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial estão os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, as Unidades Básicas de Saúde, entre outros⁵.

No tocante aos atendimentos em saúde mental na atenção primária, a partir da experiência em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, foi possível identificar que mulheres responsáveis pelos cuidados de criança e/ou de adolescente, apresentaram impactos na forma de se perceberem e de se relacionarem com seus filhos devido a sobrecarga na função do cuidado com o outro. Dados históricos demonstram desfavorecimento desse público na própria construção de sociedade, necessitando de observação às suas particularidades e possibilidade de visibilidade às suas demandas.

Tanto a criança, quanto a mulher, desde a antiguidade eram consideradas inferiores, com distinção no tratamento, muitas vezes sendo percebidas de forma desvalorizada e mantendo uma visão da criança como um instrumento de manipulação dos adultos⁶. Com o

passar dos tempos, a visão sobre a criança foi sofrendo alterações e ganhando maior preocupação, ainda que aliada aos preceitos do capitalismo e suas funções. No Brasil, foi somente com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.069 de 1990, que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente e as diretrizes no campo das políticas públicas, que surge mais revolucionário um olhar voltado ao público infantojuvenil, dando espaço e visibilidades às necessidades específicas desses sujeitos e garantindo sua prioridade, especialmente devido às suas características particulares de desenvolvimento. Para tanto, essa proteção da criança e do adolescente acontece de forma articulada com a família, sociedade e Estado, exigindo cuidados e responsabilidades tutelares específicas¹.

Esses cuidados direcionados à infância e à adolescência, como apontam diversas literaturas, na maioria das vezes não ocorrem de forma homogênea, reduzindo o conceito de família muitas vezes à figura feminina. A mulher cuidadora precisa reorganizar seu cotidiano, gerenciar afazeres domésticos, vida laboral e cuidados rotineiros de crianças e adolescentes⁷.

As mulheres são as principais responsáveis pelas atividades ligadas aos cuidados domésticos e familiares. No Brasil, em 2016, as mulheres dedicaram aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos cerca de 73% a mais de horas do que os homens⁸.

A história do Brasil e do mundo demonstra que as mulheres sempre estiveram em uma posição social abaixo dos homens. O discurso puramente biológico dos sexos, identifica as mulheres como “sexo frágil” e ideologicamente inferiores. A demora pela conquista ao voto, as desigualdades nas ocupações de vagas políticas, a diferença de salários, os dados de violência e feminicídio reforçam o pensamento de subalternidade da mulher, que historicamente vem caminhando para uma alteração no quadro de desigualdade de gênero. Tais separações de papel são tão intrínsecas que se apresentam nas relações familiares e de cuidados, na qual homens e mulheres desempenham papéis diferenciados em que a função de cuidadora, manutenção da casa, de crianças e adolescentes ainda permanece centrada na figura feminina.

No âmbito educacional desde a antiguidade havia formas dualistas visíveis entre homens e mulheres. Para as meninas o estudo era direcionado desde cedo a atividades como: dona de casa, mãe de família, enquanto aos meninos as atividades eram voltadas ao espaço público e ao domínio das ciências⁹.

Entendendo que o cuidado em saúde mental, como saúde pública universal, se estende a toda população, é imprescindível direcionar o olhar de saúde também ao cuidador. Diante de tanta sobrecarga e acumulação de funções, se faz inegavelmente necessário pensar a saúde mental das mulheres cuidadoras já historicamente tão desvalorizadas. Compreendendo que só através de políticas públicas de qualidade seja possível elevar a qualidade de atendimentos direcionadas à população e através das políticas seja possível modificar a estrutura social que reproduz mulheres com desigualdades no acesso a direitos, discriminação de gênero, baixa valorização a respeito dos trabalhos domésticos e hiper responsabilização no cuidado de crianças e adolescentes, esta pesquisa, baseada nos preceitos éticos e princípios fundamentais do Serviço Social¹⁰, pretende escutar a percepção dessas mulheres acerca de suas queixas e demandas sobre as responsabilidades, para que possa dar visibilidade às suas livres manifestações sobre seu cotidiano direcionado aos cuidados de dependentes, fornecendo relatos, dados e exposições que fomentem a mobilização para atenção ao cuidado à quem cuida.

Uma das maneiras de escutar as cuidadoras tão estigmatizadas sobre sua obrigação de cuidar e compreender os sofrimentos que lhe acometem sobre as responsabilidades da tutela de crianças e adolescentes se dá através dos serviços públicos de saúde, especialmente os de saúde mental. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) preconiza uma série de serviços direcionados à saúde mental da população, nos mais diversos níveis de atenção disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Um desses dispositivos de cuidado, inseridos na atenção Primária à Saúde, porta de entrada do usuário, se encontra no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que, de acordo com o

Ministério da Saúde, tem como objetivo o apoio às equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e visa contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde.

O Ministério da Saúde¹¹ também apresenta algumas atividades que podem ser desenvolvidas no NASF-AB: discussão de casos; atendimentos compartilhados; atendimentos individuais; construção de PTS; educação permanente; visitas domiciliares; ações de prevenção e promoção de saúde; dentre outros, sempre objetivando à saúde da população e o cuidado do sujeito acompanhado (BRASIL). Através dos atendimentos do NASF-AB foi possível perceber demandas e dar visibilidade às questões pessoais dessas mulheres, pensando estratégias, intervenções e cuidados da paciente atendida¹².

Durante os atendimentos realizados no NASF-AB se fez possível identificar uma parcela de usuários, geralmente mulheres, que referem queixas relacionadas ao processo diário de responsabilidades com crianças e adolescentes. Essas queixas perpassam pelas mais diversas causalidades, se apresentando em: mães que não possuem o desejo da maternidade, maternidade essa tão socialmente reforçada como papel existencial da mulher; na sobrecarga do cuidado de dependentes com transtorno mental; nas dificuldades de conciliar trabalho, lazer e afazeres domésticos; na rotina exaustiva e de prejuízo a saúde mental das mulheres cuidadoras; dentre outros discursos que pretendem ser melhor explorados no desenvolvimento desta pesquisa, sempre objetivando apreender a percepção e manifestação das mulheres sobre seu próprio processo de existir nessa função social e seus impactos também na saúde das crianças e adolescentes tutelados.

MÉTODO

O presente trabalho se deu mediante aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização de uso de Imagem e Som de Voz por parte das participantes e da autora da pesquisa (CAAE: 46610721.9.0000.5553). A entrevista ocorreu em local adequado para garantia de privacidade e foi esclarecida a participação voluntária e possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízos.

A metodologia utilizada foi pesquisa de campo, qualitativa, de cunho exploratório, a partir de entrevista semiestruturada abrangendo perfil demográfico, socioeconômico, cultural e de rotinas diárias, de mulheres cuidadoras de crianças e adolescentes, com demandas de saúde mental identificadas pela equipe de saúde e direcionadas ao atendimento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) da UBS. As entrevistas foram individuais, gravadas e transcritas, preservando o sigilo de informações.

Como critério de inclusão, participaram mulheres que desempenham o papel de responsáveis pelos cuidados diários de crianças e adolescentes, e que tenham aceitado participar da entrevista mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização de uso de Imagem e Som de Voz.

Para critério de seleção das mulheres, foi utilizada consulta aos encaminhamentos da Equipe de Saúde da Família aos atendimentos em saúde mental pelo NASF-AB. A partir desses dados, foram selecionadas mulheres cuidadoras que referiram demanda relacionada à sobrecarga ou às dificuldades nos cuidados de crianças e adolescentes sob suas responsabilidades. As participantes são nomeadas cuidadoras pois não há intenção de se fazer separação por nível de parentesco, e sim incluir qualquer mulher que se enquadre nos critérios de participação e que seja a principal responsável público infantojuvenil.

Dessa maneira, foram selecionadas três mulheres, responsáveis pelos cuidados de crianças e/ou adolescentes, que tenham sido atendidas no âmbito da saúde mental pela equipe no NASF-AB no período de Janeiro de 2020 a Abril de 2021. Dentre as três mulheres selecionadas, com uma não houve resposta para agendamento de entrevista e as outras duas mulheres compõem os dados dessa pesquisa.

A análise se deu por meio do método de análise de conteúdo, após gravação e transcrição das entrevistas. O processo de análise de conteúdo é composto por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, de acordo com Bardin¹³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o processo de análise, os resultados dentro dessa pesquisa apresentam-se para exposição subdivididos em 5 categorias: 1. Dados demográficos; 2. Relação da mulher com a criança e/ou adolescente cuidado; 3. Aspectos de cultura e saúde da mulher; 4. Rotinas de cuidado e percepções individuais e; 5. Possíveis fatores de cuidado identificados pelas mulheres.

No que se refere aos dados demográficos, as mulheres entrevistadas apresentam as informações descritas abaixo:

Tabela 1. Dados das entrevistadas

Entrevistada 1	Entrevistada 2
Gênero feminino	Gênero feminino
Divorciada	Solteira
Branca	Negra
Ensino Superior Completo	Cursando Ensino Superior
Não recebe nenhum benefício socioassistencial	Recebe Bolsa Família e DF sem Miséria

Atualmente reside sozinha	Reside com três filhos
Genitora - Responsável por um adolescente	Genitora - Responsável por uma criança e duas adolescentes

Fonte própria

Relação da mulher com a criança e/ou adolescente cuidado

Nesse campo de análise, foram levantadas temáticas a respeito da rotina de cuidados e responsabilidades cotidianas sobre a criança e/ou adolescente. As respostas se assemelham entre as entrevistadas e ambas respondem que são elas as únicas responsáveis pelos cuidados de seus dependentes e não possuem o auxílio de outras pessoas nas responsabilidades com os seus filhos. Em ambos os casos, ainda, os genitores das crianças/adolescentes nunca exerceram funções paternas relacionadas a presença física de cuidados.

A partir da análise dessas informações, é possível identificar que a responsabilidade com os filhos recai grande parte das vezes na mulher. Ao se analisar o índice de famílias brasileiras chefiadas por mulheres, é possível perceber que este cresceu 105% entre 2001 e 2015, segundo a pesquisa ‘Mulheres Chefes de Família no Brasil: Avanços e Desafios’. Esses dados resultam em 28,9 milhões de famílias chefiadas por mulheres no ano de 2015¹⁴. Sobre essa informação cabem diversas discussões a respeito do empoderamento feminino e as novas possibilidades de rearranjo familiar, contribuindo para a autonomia da mulher e novos espaços no mercado de trabalho, porém, ao se analisar o mesmo estudo, é apontado que as famílias compostas por uma mãe solteira, separada ou viúva junto de seus filhos compõem mais de 15,3% de todas as formações de famílias e, segundo o Censo Escolar de 2011, divulgada pelo Conselho Nacional, mais de 5 milhões de estudantes no Brasil não possuem registro de paternidade em sua certidão de nascimento¹⁴, o que ressalta o papel feminino como o grande responsável pela criação, educação e manutenção das famílias. Esses dados

são exemplificados nas entrevistas realizadas e suas implicações atuam diretamente na forma de perceber a função materna no contexto que estas mulheres estão inseridas socialmente.

A função materna é vista socialmente como atribuição das mulheres e diversos discursos reforçam essa perspectiva. O discurso da literatura vem apresentando uma visão da mulher como mãe realizada e feliz com o papel, separando-se de sua natureza as que não sentissem o desejo genuíno de serem mães. Outro discurso presente na sociedade é o de atenção integral, na qual mulheres precisam abandonar seus empregos ou atividades de lazer para se dedicarem exclusivamente aos filhos. Porém, existem tensões nesses discursos, pois, ao mesmo tempo em que a mãe é vista nessa função integral, ainda existem necessidades nos trabalhos domésticos e em suas várias jornadas de trabalho, o que faz com que a mulher desenvolva sentimentos ambíguos com relação à maternidade e sinta-se culpada quando abandona ou não os seus projetos para cuidar dos filhos¹⁵. Todos esses discursos são elementos que impulsionam a visão forçada e naturalizada da maternidade. “Dividida entre o lar e o trabalho, os filhos e a carreira, e a necessidade de ‘dar conta de tudo’, a mulher acaba ocupando o não-lugar, o limbo social e emocional”¹⁵ e isso reflete diretamente nas mulheres que optam por não serem mães, como se fugissem da sua natureza ou como se fossem menos mulheres devido à sua decisão, assim, “as mulheres que abdicam da maternidade são vistas como egoístas, estranhas, doentes. Pessoas que não querem cumprir um "papel divino" que lhes foi dado”¹⁵.

Aspectos de Cultura e Saúde da mulher

Questionadas sobre a existência de momentos de lazer para si mesmas, as respostas se assemelham em serem poucos os momentos de relaxamento ou foco em si mesmas. Há a presença de caminhadas diárias ou viagem direcionada a resolução de pendências, geralmente sozinhas, pois possuem a presença de poucos ou nenhum amigo. Há entre ambas o

sentimento de sobrecarga e pouco apoio de pessoas próximas, tendo suas atividades majoritariamente direcionadas ao papel da maternidade.

Os acompanhamentos de saúde existentes entre as mães foram compostos pelo NASF-AB e Equipe de Saúde da Família, por ambas as entrevistadas, e por uma delas o acompanhamento também pelo CAPS. Ambas fazem ou já fizeram uso de medicação psiquiátrica. Uma das entrevistadas relata histórico de acompanhamento de saúde mental desde os doze anos de idade, diretamente relacionado à violências vivenciadas no seu seio familiar. Durante esse período há, ainda, histórico de internação. Entrevistada relata que foi durante seu processo de acompanhamento de saúde mental que identificou a necessidade de assistência também aos seus filhos.

Dados mostram que devido a sobrecarga da função materna, doméstica e até mesmo laboral, menores possibilidades se apresentam para o autocuidado feminino. Em 2020, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (Pnad Contínua) mostrou que o trabalho doméstico recai principalmente sobre as mulheres em suas famílias, mesmo que elas possuam algum trabalho remunerado fora do domicílio. A participação masculina vem aumentando de 2016 a 2019 de 71,9% para 78,6%, porém majoritariamente ainda recai sobre as mulheres¹⁶.

Rotinas de cuidado e percepção individual

As respostas demonstram que existe a sensação de se perceber diferente de quando não eram mães. Nos relatos há forte presença de preocupação com os filhos em primeiro lugar, com seu bem-estar e conforto, além de se sentirem impossibilitadas e limitadas a realizar atividades de seu interesse. Quanto aos fatores dessas limitações, aparece a necessidade de atendimento especial e mais focalizado pela presença de um filho diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista. Também aparece a falta de tempo devido

à rotina intensa, especialmente em período de pandemia, onde as atividades escolares, de lazer e contra-turno dos filhos foram restritas, estando todo o tempo sob os cuidados da genitora.

Um aspecto comum e intensamente mencionado pelas entrevistadas a respeito da maior dificuldade nos cuidados com os filhos é a falta de apoio. Ambas afirmam se sentirem solitárias no processo de criação e educação de seus filhos. A rede de apoio e as relações formadas entre seres influenciam na personalidade, no desenvolvimento e na resposta às crises que se apresentem ao longo da vida. “Conforme Bowlby (1988), uma rede de apoio social e afetiva eficiente está associada à prevenção de violência e ao fortalecimento de competências, bem como do senso de pertencimento e da maior qualidade dos relacionamentos”¹⁷.

No que tange à ausência da figura do genitor na relação de cuidados, reflexões diversas se apresentam. Há o sentimento de sobrecarga e solidão por administrar sozinha a função do cuidado. Ao mesmo tempo identifica-se ser positivo estar só por possibilitar escolher a sua forma de repassar a educação, valores e criações aos filhos, sem mais um fator estressante de divergência entre os pais. Há também a preferência por estar só na função, para não passar por situações de violência cometida contra a mulher por algum parceiro a que venha se relacionar, como já ocorrido em situações anteriores, esse é um fator de preocupação e receio pela genitora.

No Brasil a violência doméstica, segundo a Lei nº 11.340/2006 é determinada como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”¹⁸. Esse tipo de violência ocorre no país em graus altíssimos, ocupando o 5º lugar mundial em feminicídios, segundo o Mapa da Violência de 2015. A violência contra mulheres no país acontece em dados alarmantes no país, mas não se restringe somente à violência física, mas também à violência psicológica,

moral, sexual e patrimonial e foi só em 2006 que passou a existir a Lei Maria da Penha, garantindo uma proteção legal.

Apesar de sancionada a lei de proteção, dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), em 2013, demonstram que de 2006 à 2011 não houve redução significativa dos casos de feminicídio no país, o que indica que os agressores não se sentem acuados pela legislação e esta não confere a proteção e confiança necessárias as mulheres que se sentem coagidas, ameaçadas ou agredidas¹⁹.

Além das dificuldades presentes durante todo o período de cuidados com a criança/adolescente e com a discriminação de gênero já presente em todo contexto de sociedade, as dificuldades se tornaram ainda maiores devido ao contexto pandêmico vivenciado ao longo do ano de 2020 e 2021.

Segundo a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), pelo menos 85 países fecharam escolas para tentar conter a disseminação do novo coronavírus. A medida impactou em mais de 776,7 milhões de crianças e jovens, ausentes das escolas²⁰. Esses efeitos do distanciamento afetam não somente na qualidade dos estudos, mas refletem em um contexto de saúde mental impactado pelo medo da doença existente e no afastamento de redes de apoio habituais.

Afonso e Figueira ressaltam que o “isolamento social é importante para proteger a nossa saúde física, impedindo o contágio pelo vírus”, por outro lado, quanto mais tempo a população ficar em isolamento social, maiores serão as chances de surgimento de distúrbios psiquiátricos. Em direção semelhante, Danzmann, Silva e Guazina (2020) destacam que o isolamento pode acarretar em respostas psíquicas como tristeza, estresse e desamparo, além de propiciar o aumento do nível de cortisol, que pode vir ocasionar sintomas de depressão, ansiedade e problemas na memória, o que compromete a saúde mental do indivíduo isolado²¹.

Esses impactos podem ocorrer tanto nas crianças/adolescentes em fase de aprendizagem e desenvolvimento que se encontram distantes da rotina, dos estudos e de outros vínculos afetivos para além de sua residência, como também impactam na sua mental de seus responsáveis que agora passam a assumir tarefas integrais e de cuidados que antes se

viam compartilhados com a escola, com os profissionais de saúde e com amigos e familiares com quem mantinham relacionamentos próximos. Dados mostram que o envolvimento da família, no processo ensino-aprendizagem, que já era bem escasso e solicitado pelos professores, na pandemia tornou-se ainda mais difícil por conta de diversos fatores externos como o acesso à internet, a dificuldade no uso das tecnologias e a falta de tempo dos responsáveis²². Houve com a pandemia uma necessidade maior do comprometimento de pais e responsáveis no processo educacional e para tanto, é importante a participação da família nas devolutivas de atividades e no comportamento social dos aprendizes das crianças/adolescentes, assumindo em casa função de ensinar conteúdos antes adquiridos dentro dos espaços das escolas. Nas entrevistas, alterações na rotina, e dificuldades em lidar com o isolamento e falta de suporte também foram relatadas.

Possíveis fatores de cuidado identificados pelas mulheres

As entrevistadas identificam, dentre as falas relatadas, ausências e fatores que poderiam prestar apoio e auxiliar nas funções do cuidado cotidiano com seus filhos. Um desses fatores é a necessidade de um maior respaldo e olhar direcionado não somente aos dependentes, mas também às mulheres cuidadoras. Há a presença de inseguranças e sensação de abandono por parte do Estado quanto às suas necessidades e papel enquanto mulher em um país que possui alto índice de abandono paterno. Há a percepção de que a justiça é mais branda com os genitores que não arcam com suas responsabilidades do que na cobrança com o papel materno. E, segundo as entrevistadas, um eficaz trabalho de responsabilização dos genitores, por parte da justiça, um acesso às políticas sociais, e campanhas inclusivas e afirmativas, poderiam auxiliar no peso da maternidade.

Dados apontam que mulheres estão mais expostas que os homens a trabalhos sem vínculo empregatício ou com remuneração inferior, especialmente em período pandêmico

que limita as possibilidades de trabalho e de atividades externas²³. Emprego formal nem sempre é uma opção para grande parte de mulheres que acabam optando pelo empreendedorismo ou trabalhos informais sem vínculo empregatício, o que não lhes garante acesso a direitos trabalhistas fundamentais e acaba deixando as mulheres mais suscetíveis a situações vulneráveis e de violências²³. O trabalho feito para garantir a sobrevivência, tem impactado também na saúde mental das mulheres. Dessa maneira, as mães, em especial as mães-solo, por serem as provedoras da família, encontram-se num lugar de maior desgaste, sendo necessário um olhar voltado especialmente para suas demandas, especialmente no contexto de isolamento social²³.

A saúde mental vai além da ausência de perturbação mental e tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais. Fatores como emprego, educação, pobreza, habitação, discriminação, violência, interação familiar e estresse são alguns dos segmentos impactantes na saúde mental de um indivíduo²⁴. A partir dos relatos é possível perceber que a ausência de suporte familiar e social, bem como a dificuldade de acesso a recursos financeiros como emprego estável e a própria discriminação vivenciada pelas mães influencia diretamente na sua percepção enquanto sujeito e na sua função de cuidados com os filhos. Segundo as entrevistadas, com a possibilidade de políticas de conscientização, de acesso a serviços e de qualidade de vida, a realidade dessas mulheres poderia se transformar, trazendo maior conforto e garantia de saúde às famílias.

Ambas as entrevistadas relatam que o suporte emocional e de rotina de cuidados seria fundamental para amenizar o sentimento de exaustão vivenciado pelas mulheres. E o desejo dessas mulheres é legítimo como direito à saúde que deve ser garantido pelo Estado. A saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, definindo que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, “saúde e

bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”²⁴. Dessa maneira, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, e portanto deve abranger às necessidades de mulheres, de usuárias e de famílias.

CONCLUSÃO

A pesquisa relata que mulheres sentem-se sobrecarregadas com a função solitária de cuidar de seus filhos. Fatores como falta de suporte familiar e social, histórico de violências vivenciadas, dificuldade de acesso a serviços públicos e pressão social, impactam diretamente na qualidade de vida das mulheres e de suas crianças e adolescentes. Para tanto, é fundamental que se pense e se atualize uma políticas públicas que incluam as vozes e percepções dessas mulheres historicamente discriminadas e sobrecarregadas.

O fator sobrecarga não deve ser visto de maneira individual aos relatos, mas como parte de um sistema que hiper-onera as mulheres que necessitam desempenhar múltiplas funções e jornadas ao longo de suas vidas. O olhar se estende também aos seus dependentes, compreendendo que crianças e adolescentes estão suscetíveis ao meio e a realidade em que vivem e são prioridades do Estado na proteção e garantia de direitos segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

São diversas as pressões sofridas pelas mulheres ao longo dos anos, já que elas estão inseridas em uma sociedade patriarcal e machista. Por isso há uma urgência na sociedade em se discutir o papel da maternidade no objetivo de desmistificá-la, compreendendo que cada mulher tem um processo e uma decisão. Há que desmistificar o “dom divino” da maternidade e sua romantização, entendendo todos os processos construídos socialmente que dificultam e adoecem as mulheres nas funções de cuidados¹⁵, para tanto, deve vir através do Estado o olhar e atuação frente às necessidades dessas mulheres, fornecendo outras possibilidades de existência e de suporte na sociedade.

A saúde mental almejada aqui para esse público não se faz de maneira isolada, são necessárias intervenções de diversos setores públicos que possibilitem prioridade para as mães, especialmente as mães solo, no setor da educação e trabalho, garantindo a progressão dos estudos, a empregabilidade e a qualificação profissional para adequada inserção no mercado de trabalho. São necessários reforços na política de habitação, transporte e lazer, bem como a intensificação de políticas feministas que prezem por uma sociedade igualitária e que visem romper com desigualdades decorrentes do gênero.

A saúde é cada vez mais entendida numa perspectiva abrangente, ampliando o seu significado e seus olhares. A criação do SUS está diretamente relacionada à tomada de responsabilidade por parte do Estado. A ideia do SUS vai além de disponibilizar postos de saúde e hospitais para quando precisam, “a proposta é que seja possível atuar antes disso, através dos agentes de saúde que visitam frequentemente as famílias para se antecipar os problemas e conhecer a realidade de cada família”²⁵ e a saúde mental só acontece alinhada aos diversos elementos que compõem e interferem na vida do indivíduo. O acolhimento, a escuta qualificada das demandas e das múltiplas realidades, o acesso a serviços públicos e de qualidade são elementos que caminham juntos e intrínsecos para um cuidado em saúde mental e para isso precisam ocorrer de forma multissetorial e integral.

Esse trabalho não esgota todas as possibilidades de cuidado ao público aqui mencionado, os sentimentos e vivências se estendem muito além do que pode ser descrito em um documento, porém, espera-se que esses dados contribuam na visibilidade e na ampliação de direitos das mulheres, na formulação de políticas públicas, e na observação com mais proximidade às vivências manifestadas neste documento.

REFERÊNCIAS

1. Muyelart CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis* 25 (1) Jan-Mar 2015.
2. OMS, Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. USP.
3. Rotelli F, *et al.* Desinstitucionalização São Paulo: Hucitec; 1990.
4. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Revista Ciênc. saúde coletiva* 14 (1). Fev 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. Barbosa AA, Magalhães MGSD. A concepção de infância na visão de Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais, História e Relações Internacionais.* v. 1, n. 1 (2008).
7. Minayo, MC de S.: Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciênc. saúde coletiva* vol.26 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2021 Epub Jan 25, 2021.
8. De Oliveira AL. A espacialidade aberta e relacional do lar: a arte de conciliar maternidade, trabalho doméstico e remoto na pandemia de Covid-19. *Rev. Tamoios*, São Gonçalo (RJ), ano 16, n. 1, Especial COVID-19. pág. 154-166, Maio, 2020.
9. Ribeiro TA, França FF. Simone de Beauvoir e o movimento feminista: contribuições à Educação. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014 GT6 – Questões de Gênero na Educação Científica - Coord.Maria Lúcia.

10. Brasil. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: *Conselho Federal de Serviço Social*, [2011]. 60 páginas “Atualizado em 13.3.1993, com alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.290/94, 293/94, 333/96 e 594/11.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família* (NASF). Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/ape/nasf/perguntasfrequentees/>> . Acesso em Março 2021.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
13. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191.
14. Lencione C. 28,9 milhões de famílias no Brasil são chefiadas por mulheres. Redação Observatório 3º Setor. 20 de março de 2019. Disponível em: <<https://observatorio3setor.org.br/carrossel/289-milhoes-de-familias-no-brasil-sao-chefiadas-por-mulheres/>>. Acesso em Dezembro 2021.
15. Loures AF, Andrade, BBS. v. 10 n. 2Sup (2019): Revista Mosaico Suplemento 2. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher, 20 de março de 2020.
16. Amarante S. Mulher: sobrecarga de trabalho e maternidade. *Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira* (IFF/Fiocruz). 29 Março de 2022. Disponível em: <<http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/836-mulher-sobrecarga-de-trabalho-e-maternidade>>. Acesso em Abril 2022.

17. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*. São Paulo v. XVII, n. 3 n p. 135-154 n jul.-set. 2014.
18. Brasil. Lei Nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
19. Guerreiro, et al. O Serviço Social e a violência contra a mulher. *Social Meeting Scientific Journal*, São Paulo, Brasil, v. I, n. 1, ano 1 junho de 2020 (edição especial de lançamento).
20. Agência Brasil. Unesco: Covid-19 deixa mais de 776 milhões de alunos fora da escola. Publicado em 17/03/2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2020-03/unesco-covid-19-deixa-mais-de-776-milhoes-de-alunos-fora-da-escola>>. Acesso em Março 2021.
21. Gomes AMC, Oliveira C de M, Junior MTRF. Os impactos da pandemia nos âmbitos escolar, familiar, social e na saúde mental. *Repositório Universitário da Ânima* (RUNA). 8 de Julho de 2021.
22. Lopes MRSM, et al. A importância da família no processo e aprendizagem em tempos de pandemia. Disponível em: <<https://facunicamps.edu.br/repositorio.php?campos=&categoria=&q=A+IMPORT%C3%82NCIA+DA+FAM%C3%8DLIA+NO+PROCESSO+E+APRENDIZAGEM+EM+TEMPOS+DE+PANDEMIA>>. Acesso em Maio 2022.

23. Silva JMS et al. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. *Revista Feminismos*, 8(3). Vol.8, N.3, Set. - Dez. 2020.
24. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; 28(2):127-131.
25. Brasil. Direito à saúde. *FioCruz*. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude>>. Acesso em Abril 2022.

DECLARAÇÃO RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

As autoras vêm por meio de esta declarar que o artigo intitulado “**A percepção de mulheres acompanhadas pelo NASF-AB Asa Norte sobre os desafios nos cuidados de crianças e de adolescentes**” submetido para aprovação e publicação na Revista Health Residencies Journal – HRJ é um trabalho original, que não foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. As autoras do manuscrito acima citado também declaram: 1. Declaro que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo. 2. Declaro que o uso de qualquer marca registrada ou direito autoral dentro do manuscrito foi creditado a seu proprietário ou a permissão para usar o nome foi concedida, caso seja necessário. 3. Declaro que todas as afirmações contidas no manuscrito são de fato verdadeiras ou baseadas em pesquisa com razoável exatidão.