



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Silva Santana, Clarice; Gomes Galvão, Gíssia; de Carvalho Costa, Paulini Malfei; Lobato
Tavares, Maria de Fátima

Geração de trabalho e renda como estratégia de Promoção da Saúde: o caso das
mulheres mastectomizadas em Nova Iguaçu, RJ, Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 6, junio, 2016, pp. 1921-1930

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046187025>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Geração de trabalho e renda como estratégia de Promoção da Saúde: o caso das mulheres mastectomizadas em Nova Iguaçu, RJ, Brasil

Employment and income generation as a Health Promotion Strategy: the case of women submitted to mastectomy in Nova Iguaçu, RJ, Brazil

Clarice Silva Santana¹

Gíssia Gomes Galvão²

Paulini Malfei de Carvalho Costa³

Maria de Fátima Lobato Tavares²

Abstract The topic covered in the present article, generating employment and income for women submitted to mastectomy, came from the need to redirect the health practice developed by a breast oncology physical therapy outpatient clinic of a city of the Baixada Fluminense region of the State of Rio de Janeiro, based on Health Promotion. Given the dilemma that most women physically fit for work were not in the labor market because of complications of surgery and changes in post-mastectomy care routine, an intervention project was developed aimed at empowering these women in order to restore their productive capacity and economic independence. Although it has not been completely implemented, expected results are greater autonomy, increased purchasing power, social recognition and strengthening the link between women and other players, thereby creating a support network. The results are in line with National Health Promotion Policy values, such as solidarity, humanization, co-responsibility, justice, and social inclusion.

Key words Health promotion, Breast neoplasms, Job market, Income

Resumo O tema abordado neste artigo é a geração de trabalho e renda de mulheres mastectomizadas. Surgiu a partir da necessidade da reorientação das práticas de saúde desenvolvidas em um ambulatório de fisioterapia em mastologia oncológica de um município da baixada fluminense do Estado do Rio de Janeiro, baseada na Promoção da Saúde. Diante do dilema de que a maioria das mulheres possuía condições físicas para exercerem uma atividade laborativa, porém não eram absorvidas pelo mercado de trabalho devido às sequelas da cirurgia e as mudanças na rotina de cuidado pós-mastectomia originou-se um projeto de intervenção, com objetivo de promover o empoderamento dessas mulheres, com vistas ao restabelecimento da sua capacidade produtiva e independência econômica. Embora ainda não tenha sido completamente operacionalizado, espera-se como resultados maior autonomia, aumento do poder aquisitivo, valorização social e reforço do vínculo entre as mulheres e outros atores criando uma rede de apoio. Esses resultados estão em consonância com valores da Política Nacional de Promoção da Saúde, como solidariedade, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social.

Palavras-chave Promoção da saúde, Neoplasma de mama, Mercado de trabalho, Renda

¹ Ambulatório de Fisioterapia em Mastologia Oncológica, Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu. R. Dom Walmor 234, Centro. 26215-020 Nova Iguaçu RJ Brasil. claricefisio@hotmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O tema abordado neste artigo é geração de trabalho e renda como estratégia de Promoção da Saúde de mulheres mastectomizadas, que serão tratadas sem o adjetivo que caracteriza sua condição de doença, entendendo-se que, independentemente de sua condição são mulheres enquanto sujeitos em sua integralidade, com direitos amplamente conquistados e constituídos. Esta temática parte de um projeto de intervenção¹ que originou uma ação de Promoção da Saúde em um ambulatório de fisioterapia em mastologia oncológica de um município da baixada fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Ao conceber a Promoção da Saúde como um processo político de construção de capacidade para proteger e manter a saúde e diminuir vulnerabilidades, os projetos de intervenção na sua perspectiva, implicam ações no campo social e político, isto é, nos determinantes sociais de saúde, na criação de capacidades para intervenção e na viabilidade para realizar as intervenções segundo diferentes contextos sociopolíticos, o que significa promover a ação social como investimento em condições de vida favoráveis².

Tendo em vista a perspectiva teórica e prática da Promoção da Saúde, entendida como processo de transformação que visa melhorar as condições de saúde e vida com base na reorientação das ações de saúde, surgiu a necessidade de redirecionar as práticas desenvolvidas pelo serviço de fisioterapia, no sentido de avançar para ações com base na Promoção da Saúde das usuárias, em função dos dilemas vivenciados no cotidiano do processo de reabilitação pós-mastectomia.

A reorientação dos serviços de saúde, como um dos campos de ação da Promoção da Saúde presente na carta de Ottawa³, coloca a importância da participação social, na medida em que destaca que a responsabilidade pela Promoção da Saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Assim ressalta que nessa perspectiva, o processo de trabalho conduzirá a uma mudança de atitudes e da organização dos serviços, focalizando-os nas necessidades dos indivíduos, enquanto sujeitos, compreendidos na sua globalidade, tendo como eixos, à investigação em saúde e a educação e formação dos profissionais.

A reorientação das práticas com foco na Promoção da Saúde requer que as instituições e suas formas de organização sejam permeáveis e

tenham critérios para valorá-la, na perspectiva de possibilitar maior integração entre usuários e trabalhadores de saúde buscando o surgimento de alianças, que envolvam instituições formadoras, empresas locais e movimentos sociais. Esse deslocamento se fez necessário em função da existência de mulheres que possuíam condições físicas para exercerem uma atividade laborativa, mas que não eram absorvidas pelo mercado de trabalho devido às sequelas da cirurgia e às mudanças que a rotina de cuidado pós-mastectomia traziam para sua vida.

Diante da dificuldade em ser absorvida pelo mercado de trabalho e de ter acesso aos benefícios que lhes eram assegurados por lei, as mulheres que realizaram mastectomia já fragilizadas e vulneráveis por todo percurso entre o diagnóstico e a cura, ainda tinham que enfrentar a falta de perspectiva profissional decorrente das limitações físicas após a cirurgia, principalmente, quando considerado o contexto de crise econômica no Brasil, em que a dificuldade de inserção no mercado de trabalho se agrava para todos.

Para Ayres⁴, a definição de contextos inter-subjetivos geradores de vulnerabilidade articulado com a de contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades constituem um dos mais decisivos desafios para a prevenção e para a Promoção da Saúde. Abramovay e Castro⁵ fazem o debate sobre o conceito de vulnerabilidade social buscando sair da referência aos riscos para a concepção de *vulnerabilidades positivas*. Vulnerabilidades positivas, segundo as autoras, também abrangem questões que podem potencializar mudanças civilizatórias e engajamentos positivos, podendo-se compreender que essa proposta aqui em análise pode significar instrumento importante para redução das vulnerabilidades das mulheres na medida em que pode propiciar engajamentos positivos, entre outros.

Para além da necessidade financeira somase a importância da reinserção social dessa mulher, que traz consigo uma sequela de cirurgia muitas vezes mutiladora e que pode, através do trabalho, restabelecer sua autonomia e capacidade produtiva. É de grande importância que esta mulher não se veja como inválida, mas que se perceba como sujeito ativo na busca de seus direitos e de sua reabilitação, recolocação social e feminilidade.

Na busca pela autonomia da mulher mastectomizada e de oferecer a possibilidade de se tornar economicamente independente, este artigo, que tem como base o projeto de interven-

ção citado, apresenta como ferramenta de Promoção da Saúde o empoderamento, almejando construir com essas mulheres o sentimento de pertencimento e valorização de suas potencialidades, além de dar suporte para a luta que envolve a conquista dos seus direitos e colaborar com equidade e oportunidade de acesso que resultem em melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, o conceito de empoderamento como ferramenta de Promoção da Saúde, é fundamental para o restabelecimento da capacidade produtiva e independência econômica das mulheres mastectomizadas; bem como para contribuir com o fortalecimento da autonomia dessa mulher na busca por melhor qualidade de vida, tendo como pano de fundo a superação das vulnerabilidades e repercussões negativas que a retirada da mama traz para si e sua família, que serão tratadas com mais profundidade em outro momento do artigo.

O conceito de empoderamento constitui um eixo central da Promoção da Saúde e é definido por Perkins e Zimmerman⁶ como “um construto que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos com políticas e mudanças sociais”. Numa concepção emancipatória, a principal questão tem como centro processos dialógicos e políticos que possibilitem novas práticas democráticas e distributivas em termo dos recursos existentes na sociedade, redirecionando políticas públicas que, ao mesmo tempo que reduzam vulnerabilidades socioambientais, ampliem os direitos humanos e a cidadania das populações excluídas. É o processo pelo qual indivíduos angariam recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão⁷.

Essa concepção difere da Promoção da Saúde behaviorista centrada nos comportamentos de forma descontextualizada e que acabam por culpar as vítimas. A perspectiva emancipatória do empoderamento busca estimular nas mulheres, o seu protagonismo social considerando os determinantes sociais da saúde local e o fortalecimento da participação social nas questões de saúde. O enfrentamento do problema ora apresentado gira em torno da seguinte questão: como pensar programas e projetos que possibilitem a geração de renda para as mulheres que realizaram mastectomia, na perspectiva da Promoção da Saúde, respeitando suas limitações físicas?

Para responder a essa questão recorremos, entre outros referenciais, à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁸, que traz em sua base o conceito ampliado de saúde e um conjun-

to de estratégias, de âmbito individual e coletivo, caracterizadas pela articulação e cooperação intra e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Dentre os objetivos específicos da PNPS, destacamos abaixo os incisos II e VII do artigo sétimo que mais se relacionam com o tema apresentado:

Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais⁸.

Promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida⁸.

Em relação aos temas transversais da PNPS, destaca-se a produção de saúde e cuidado, que incorpora o tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social, promovendo o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado que contribuam para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos princípios e diretrizes da PNPS⁸.

No que diz respeito às mulheres mastectomizadas, é importante a articulação com a “Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência”, que busca qualificar a atenção à saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS⁹. No município em questão essa rede é incipiente, o fortalecimento da mesma pode ser um resultado indireto da ação de Promoção da Saúde apresentada neste artigo.

O câncer de mama, suas repercussões e a contribuição da Promoção da Saúde

O câncer, segundo Barbosa¹⁰, “acarreta um enorme choque de realidade e custo, além de muito sofrimento físico e psicológico”, tais como: susto com a notícia do diagnóstico, medo da morte e de deixar os filhos; tratamentos agressi-

vos e, muitas vezes mutilantes. No Brasil, o câncer é considerado um grave problema de saúde pública e dois aspectos contribuem para caracterizar esse problema:

O aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer, proporcionalmente ao crescimento demográfico, ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico e o desafio que isso representa para o sistema de saúde no sentido da garantia do acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença¹¹.

O controle do câncer tem sido prioridade do Governo Brasileiro diante do aumento dos casos e da complexidade que seu enfrentamento traz para o sistema de saúde e para a população. Essa prioridade se traduz na formulação de políticas que sustentam as ações dirigidas ao enfrentamento do câncer e na implantação de ações e programas criados pelos gestores do SUS e executados pelos profissionais e trabalhadores da saúde¹².

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, pois a estimativa mundial realizada em 2012 apontou que dos 14 milhões de casos novos estimados, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento¹³. A estimativa para o Brasil, Biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, sendo que em 2016 são esperados 57.960 novos casos de câncer de mama, destes, 8.020 ocorrerão no estado do Rio de Janeiro, sendo este o segundo tipo de câncer mais frequente nas mulheres da região sudeste¹³.

O câncer mamário é uma neoplasia maligna, complexa pelos diferentes graus de agressividade tumoral e pelo potencial metastático, ocorrendo principalmente após os 40 anos de idade, embora ultimamente tenha havido aumento da incidência em mulheres mais jovens¹⁴. O câncer de mama é o que possui maior incidência e mortalidade na população feminina em todo o mundo e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento¹³. O tratamento é diversificado e inclui, sobretudo, cirurgias como mastectomias, conservadoras ou radicais.

Para Cavalcanti¹⁵, “o diagnóstico de câncer de mama e a possibilidade de mastectomia geram muitas incertezas, medos e ansiedades, estudos apontam para uma “sequela psicológica”, a qual pode ser mais grave que a própria deformidade deixada pela mastectomia”, trazendo consequências para a saúde e à qualidade de vida da mulher, além de transtornos sociais.

“Os sentimentos que mais comumente são despertados em uma mulher ao ser mastectomizada são o medo, a rejeição, a culpa e a perda [...] Entre os medos encontra-se o da rejeição social”¹⁶. Essa mulher precisa de uma rede de suporte para enfrentar esse novo momento necessitando de esclarecimentos sobre os cuidados pós-mastectomia, para que se torne agente ativo no processo da sua reabilitação¹¹.

Para Ferreira e Mamede¹⁷, “a mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta”. Reconstruir “o viver” após a mastectomia é o grande desafio da mulher vítima do câncer de mama. Após a cirurgia os vínculos sociais precisam ser fortalecidos na busca por melhor qualidade de vida, pois para muitas a vitória perante a doença é um recomeço, no qual estão presentes todas as necessidades socioeconômicas existentes antes da doença e que são agravadas pelos gastos relacionados à patologia.

Uma questão central é que por mais funcional que essa mulher se encontre, segundo a OMS¹⁸, funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade; ela terá que conviver com cuidados como não exposição solar; não apertar o braço do lado operado; evitar movimentos bruscos, repetidos e de longa duração; não carregar objetos pesados no lado da cirurgia¹⁹ e dependendo da função laborativa essas restrições poderão impossibilitá-la de exercer sua atividade profissional.

A realização de ações de Promoção da Saúde nos serviços especializados de atenção a mulheres mastectomizadas, dentre outras ações, pode contribuir para a superação dessas dificuldades, pois a perspectiva promocional traz a ideia de sujeito como ser integral, com foco na capacitação e na valorização das suas capacidades, reforçando a importância de se trabalhar a autonomia dos sujeitos no processo de construção da saúde²⁰. Para tanto, é importante efetivar ações que fomentem as capacidades das mulheres, dentro da sua realidade, com vistas a construir um cenário viável de geração de trabalho e renda, fortalecendo sua autonomia e recolocando-as como protagonistas de suas histórias de vida.

Essa perspectiva está em consonância com alguns princípios da PNPS, especialmente, participação social, quando as intervenções consideraram a visão de diferentes atores na identificação de problemas e solução de necessidades,

atuando como corresponsáveis no planejamento, execução e avaliação das ações; autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades; empoderamento, compreendido como processo que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e escolhas de modos de vida adequados às suas condições sócio-econômico-culturais e integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais⁸.

Promoção da saúde, empoderamento e geração de trabalho e renda

A moderna Promoção da Saúde tem alguns antecedentes mundiais importantes como, por exemplo, o Relatório Lalonde, publicado em 1974, pelo Ministério de Bem-Estar e Saúde do Canadá, que sintetizou um ideário que preconiza como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não saudáveis²¹. O Informe Lalonde, apesar de sua grande importância na ruptura do modelo biomédico hegemônico, continha uma excessiva ênfase em intervenções behavioristas que fomentavam o processo de responsabilização dos indivíduos por problemas de saúde cujas causas não possuíam governabilidade para atuar, gerando por consequência a culpabilização dos indivíduos doentes²¹.

Ainda no final da década de 70, a Organização Mundial de Saúde realiza a I Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata, onde é colocada a meta “Saúde para todos no ano 2000”, reforçando a proposta da atenção primária em saúde. A Conferência de Alma-Ata desdobra-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que traz como eixo central a questão da saúde e doença na Sociedade, isto é, a incorporação da determinação positiva da saúde, essa concepção aponta para o compromisso da sociedade com seus ideais de saúde e não apenas como uma dependência exclusiva do campo médico²².

A Carta de Ottawa³, em 1986, documento fundador da Promoção da Saúde contemporânea a define como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”²³. A Promoção da Saúde pode ser compreendida como processo

político das demandas sociais, propondo ações direcionadas ao desenvolvimento e fortalecimento das capacidades e habilidades individuais e coletivas, relacionadas aos determinantes sociais de saúde²⁴.

Um dos núcleos filosóficos da abordagem promocional, segundo Carvalho et al.¹⁴, é o conceito de *empowerment*, que neste artigo traduzimos por empoderamento. De acordo com Meis²⁵, “o empoderamento significa a tomada de controle, por indivíduos e coletivos, de suas vidas e do meio ambiente, tornando possível a organização comunitária e a sustentabilidade dos projetos de Promoção da Saúde na comunidade”.

É essa perspectiva emancipatória de empoderamento, já apresentada anteriormente, que temos como foco ao construir com as mulheres mastectomizadas o protagonismo no cuidado com a sua saúde e a busca de sua autonomia enquanto sujeitos socialmente produtivos. Na busca de possibilitar a essa mulher, subsídios para seu desenvolvimento enquanto sujeito ativo na conquista de sua autonomia e da sua recolocação como ser produtivo, o empoderamento se faz estratégia ideal por se referir ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, com o objetivo de potencializar a participação social²⁶.

No Brasil, a desigualdade social fez com que parcela da população economicamente ativa, excluída dos postos formais de trabalho, retomasse formas diferenciadas de organização do trabalho, da produção e da geração de renda com vistas a amenizar o desemprego, a pobreza e a exclusão, em busca da emancipação social. Dentre as novas alternativas de trabalho encontram-se experiências relacionadas à Economia Popular Solidária, protagonizadas pelas classes populares²⁷, formada com pouco recurso financeiro e que tem como fator de produção a força de trabalho dos seus integrantes, em busca da satisfação de necessidades básicas e melhoria da qualidade de vida.

Formas associativas e solidárias de atuação comunitária constituem modo privilegiado de participação dos atores sociais, essas ações coletivas fortalecem o sentimento de pertença e solidificam vínculos comunitários se revelando como riquíssimos elementos de construção de cidadania, de resgate da autoestima e de conscientização do lugar que cada ator ocupa no mundo social²⁸. Diferentemente de propostas assistencialistas caracterizadas pelo assistencialismo afetivo e emocional como forma de sustentar relações de dominação, inviabilizando o sujeito como ator social transformador da sua realidade²⁹, busca-se

fomentar a emancipação social a partir de ações coletivas de construção da cidadania.

Como exemplo de uma experiência positiva de ações coletivas, que envolvem a Promoção da Saúde, o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e o Ministério da Saúde, em uma iniciativa frente às questões da Promoção da Saúde e do desenvolvimento local de municípios pernambucanos, desenvolveram a partir de janeiro de 2002, o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Iniciativa executada pelo NUSP e que teve como objetivo a criação de mecanismos, numa abordagem afirmativa valorativa, para o desenvolvimento do potencial individual e coletivo das populações para a transformação social³⁰.

Com base no projeto citado acima se desenvolveu o Método Bambu, que estimula a inclusão social e o fortalecimento das potencialidades locais para melhoria da qualidade de vida da população. Tendo como fundamento uma metodologia afirmativa, o Método Bambu:

Propicia a elevação da autoestima a partir de microações transformadoras da realidade cotidiana gerando pequenas mudanças produtoras de autoconfiança, autonomia e reconhecimento da necessidade de criação de laços, parcerias e redes no dia-a-dia, tendo como base o sentimento de pertencimento comunitário e valoriza a participação do indivíduo³⁰.

O Método Bambu foi utilizado para possibilitar a construção de um ambiente saudável, visto que, segundo Sá³⁰ “um município inicia um processo de ser saudável quando o poder público, organizações locais e cidadãos se comprometem e iniciam processos de trabalho em direção à melhoria da qualidade de vida fortalecendo o pacto social”. Os conceitos fundamentais desse método estão em consonância com o objetivo de oportunizar iniciativas de geração de trabalho e renda para mulheres mastectomizadas, considerando que um ambiente saudável pode fortalecer o vínculo entre os atores sociais, atuando como disparador e suporte para que possam buscar a conquista de seus direitos.

Desenvolvimento de uma ação de Geração de Trabalho e Renda: o caso das mulheres mastectomizadas em Nova Iguaçu

Atualmente aproximadamente cem mulheres são acompanhadas pelo Ambulatório de Fisioterapia em Mastologia Oncológica, desse

total, foram selecionadas cinquenta para participar do projeto, visto que se adequam ao perfil definido, ou seja, aquelas que realizaram mastectomia radical ou conservadora, não estejam realizando tratamento de quimioterapia, façam acompanhamento com oncologista no hospital em que realizaram a cirurgia e não possuam renda mensal.

A faixa etária das mulheres é de 37 a 70 anos, distribuídas da seguinte forma: 3 entre 30 e 40; 29 entre 40 e 50; 14 entre 50 e 60 e 4 entre 60 e 70. Desses 50 mulheres, 49 residem na Baixada Fluminense e 1 na cidade do Rio de Janeiro. Todas são alfabetizadas; 42 possuem nível médio de escolaridade e nenhuma tem nível superior. Os dados citados são recentes, 2016, e foram extraídos das fichas de avaliação do ambulatório de fisioterapia em mastologia oncológica.

Após vencer todas as etapas do tratamento oncológico, observa-se que as mulheres assistidas no ambulatório de fisioterapia em mastologia oncológica, apresentam dificuldades, tais como, acessar os recursos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), de serem readaptadas no antigo emprego ou mesmo absorvidas em um novo emprego. Após avaliação, iniciam a reabilitação com o objetivo de retornar as atividades de vida diária com mais funcionalidade e melhorar a qualidade de vida. No decorrer da reabilitação são indagadas quanto à importância do trabalho como função econômica e social e ao desejo de realizar uma atividade laborativa adaptada para sua nova condição após a mastectomia.

Mediante a afirmativa do desejo de retomarem uma atividade laborativa, surge a proposta da construção de ações com vistas a geração de trabalho e renda, como um meio para o fortalecimento do vínculo entre mulheres e trabalhadores, possibilitando a formação de rede de apoio para uma nova inserção no mercado de trabalho. Essas ações serão construídas coletivamente com as mulheres diretamente envolvidas, a partir da realização de oficinas, utilizando a metodologia do Método Bambu³¹, pois a mesma tem como base potencializar as iniciativas de empoderamento com vistas a aumentar as competências individuais e coletivas dos participantes.

As oficinas, orientadas por uma perspectiva construcionista social, que entende o conhecimento como sendo elaborado em conjunto pelas pessoas, ou seja, sendo sempre resultado de uma ação coletiva³², se dividem em dez momentos: Semeando o Bambu – mobilização e reunião do

grupo; Começando a conversa – apresentação dos participantes, da metodologia e estabelecimento de regras de convivência; Apresentação da proposta de geração de trabalho e renda; Identificando as potencialidades do grupo; Desejando e criando – descrever a realidade que o grupo deseja alcançar; Fazendo juntos e elaborando escala de prioridades; Elaborando o mapa das prioridades; Planejando as atividades – escolher objetivos mais centrais do mapa de prioridades, definir responsabilidades e o detalhamento das ações; Avaliando a oficina; Acompanhando e apoiando as ações propostas pelo grupo.

Alguns conceitos fundamentais precisam ser desenvolvidos nas oficinas a fim de construir com as mulheres os sentimentos de autonomia e desejo de participação para que se tornem sujeitos ativos na busca pelos seus direitos e na conquista de sua independência econômica, fortalecendo sua luta pelo protagonismo social³³. Essas características aproximam a ação de saúde à Promoção da Saúde, pois tem como base ações que potencializam as iniciativas de empoderamento com vistas a aumentar as competências individuais e coletivas das mulheres.

Para a realização dessa ação de saúde, foi importante o estabelecimento de parceria com a prefeitura municipal, a partir do ambulatório de fisioterapia em mastologia oncológica. Porém, mesmo com o estabelecimento dessa parceria, ainda não foi possível implementar essa ação em sua totalidade, em função de entraves políticos e econômicos, tais como mudanças no governo municipal e, mais especificamente, na gestão dos serviços de saúde, além da falta de recursos materiais e insumos. Embora já possam ser observadas mudanças nas práticas do serviço, decorrentes da capacitação de trabalhadores em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social e do envolvimento das mulheres com a construção das ações, as oficinas de geração de trabalho e renda ainda não foram implementadas em decorrência dos entraves citados.

Na perspectiva de fortalecer essa iniciativa, além da parceria com a prefeitura, será necessário buscar outras, com empresas locais para o fornecimento da matéria-prima para confecção do produto a ser comercializado. Para capacitação das mulheres será primordial buscar parceria com instituições de ensino voltadas para o setor do comércio de bens e serviços, bem como com um serviço de apoio às micro e pequenas empresas, para apoio técnico e financeiro do projeto, como uma incubadora de empresa.

A avaliação periódica, com objetivo de proporcionar melhorias nas ações do projeto como

as oficinas serão realizadas com base no Método Bambu que propõe uma avaliação participativa, dando voz às mulheres e a todos os atores sociais envolvidos para que possam perceber os avanços conquistados e o poder de continuar realizando e aperfeiçoando ações em conjunto. Levando-os à tomada de decisão sobre o que foi executado, cuja função e valor são também fortalecer a autonomia, e assim contribuir para a superação das adversidades e favorecer a corresponsabilidade na construção do projeto.

Para o pleno desenvolvimento da ação de geração de trabalho e renda será necessário formalizar o interesse das mulheres quanto a sua participação; aplicar o questionário Método Bambu para avaliação da motivação antes e depois do processo de construção da ação; realizar em conjunto com as mulheres a escolha das datas e horários das oficinas e do produto a ser comercializado. Além disso, a busca do comprometimento do poder público e dos parceiros citados acima será fundamental para a sustentabilidade do mesmo, fortalecendo a rede de apoio às mulheres participantes.

Considerações finais

Uma ação de geração de trabalho e renda possibilita uma nova perspectiva de atuação para as mulheres mastectomizadas, pois busca proporcionar uma forma de atividade econômica orientada para as suas necessidades e limitações, aproximando-se dos fundamentos teóricos e práticos da promoção da saúde. Segundo Facchin et al.³⁴, a efetividade de um projeto de Promoção da Saúde se relaciona com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas, ou seja, estaria relacionada às modificações introduzidas por uma intervenção num contexto da vida real. Nesse sentido, é importante que o trabalho não prejudique o processo de recuperação dessa mulher, mas que promova ações positivas de saúde e a possibilidade de capacitação e modificação dos determinantes sociais da saúde em benefício da sua qualidade de vida³³.

Pretende-se com a implantação plena dessa ação de saúde estimular o reconhecimento da função social e econômica das mulheres participantes, enquanto sujeitos produtivos, a partir do empoderamento e da capacidade de criação de vínculos, do compartilhamento de sentimentos e ampliação da consciência sobre os problemas enfrentados e busca de soluções. Entre os resultados esperados podemos citar maior autonomia, aumento do poder aquisitivo e valorização social das mulheres.

Busca-se também o reforço do vínculo entre – as mulheres participantes, os trabalhadores diretamente envolvidos, o poder público, os comerciantes locais, as instituições formadoras e entidades de apoio à criação de projetos de geração de trabalho e renda – como forma de criar uma rede de apoio que dê suporte ao protagonismo dessas mulheres em reconstruir o seu viver e o vivenciar a possibilidade de reescrever uma nova história pós-mastectomia, com a melhoria de sua condição financeira e social, tornando-se sujeito ativo da sua própria história de vida.

Esses resultados estão em consonância com os valores fundantes da PNPS, como solidariedade, felicidade, ética, respeito à diversidade, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social. Pois tendo como eixo central a participação social, contribui para a transformação dos sujeitos individuais e coletivos, valoriza as habilidades pessoais e fortalece as potencialidades das mulheres envolvidas, com vistas à superação das vulnerabilidades.

Colaboradores

CS Santana trabalhou na concepção e delineamento de todo processo do projeto de intervenção; participou da revisão teórica, da redação do artigo e da aprovação da versão final a ser publicada. GG Galvão trabalhou na orientação da concepção e delineamento de todo projeto de intervenção; participou da revisão teórica, redação do artigo e da aprovação da versão final a ser publicada. PMC Costa trabalhou na orientação da concepção e delineamento de todo projeto de intervenção; participou da revisão teórica, redação do artigo e da aprovação da versão final a ser publicada. MFL Tavares trabalhou na revisão teórica, redação do artigo e da aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Santana CS. *Reconstruindo o viver após o câncer de mama: Promoção da saúde e geração de trabalho e renda*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
2. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica 1996; 557:6-14.
3. World Health Organization (WHO). Carta de Ottawa. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), Fiocruz. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: MS; 1986. p. 11-18.
4. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)* 2002; 6(11):11-24.
5. Abramovay M, Castro MG. Juventudes no Brasil: Vulnerabilidades negativas e positivas. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População; Caxambu; MG, Brasil. [Internet]. 2004 Set [acessado 2010 fev 10]. Disponível em: http://www.alap.org/2009/images/PDF/ALAP2004_295.PDF
6. Perkins DD, Zimmerman MA. Empowerment theory, research, and application. *Am J Community Psychol* 1995; 23(5):569-579.
7. Horochovski RR, Meirelles G. Problematizando o conceito de empoderamento. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia: 2007 Abr 25-27; Florianópolis, Brasil. [Internet]. 2015 Jul-Dec [acessado 2015 out 4]; Disponível em: http://www.sociologia.ufsc.br/npmss/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf.
8. Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014. Dispõe sobre a redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União* 2014; 11 nov.
9. Brasil. Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 24 abr.
10. Barbosa A. *Câncer, direito e cidadania: como a lei pode beneficiar mulheres e familiares*. São Paulo: Atlas; 2010.
11. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):317-326.
12. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro; EAD/INCA; 2011.
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
14. Carvalho APR, Santos TMB, Linhares FMP. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. *Cogitare Enferm* 2012; 17(3):485-491.
15. Cavalcanti R. Reconstrução da mama. [Internet]. 2008 [acessado 2015 nov 5]. Disponível em: http://www.saudevidaonline.com.br/reconstrucao_da_mama.htm
16. Pereira SG, Rosenhein DP, Bulhosa MS, Lunardi VL, Filho WDL. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *REB En* 2006; 59(6):791-795.
17. Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev Latino-am Enferm* 2003; 11(3):299-304.
18. Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
19. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Orientações às pacientes mastectomizadas. [acessado 2015 Dez 15]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=108
20. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
21. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):1088-1095.
22. Tavares MFL. Promoção da Saúde: marco conceitual e histórico. Aula proferida na disciplina Introdução à promoção da saúde. Pós-graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. Mimeo.
23. World Health Organization (WHO). *Rapport sur la santé dans le monde. La vie au 21e siècle. Une perspective pour tous*. Geneva: WHO; 1998.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2002.
25. Meis C. Cultura e empowerment: promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas no Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1437-1444.
26. Baquero M. *Reinventando a sociedade na América Latina: cultura política, gênero, exclusão e capital social*. Porto Alegre: UFRGS; 2001.
27. Nascimento AF. Economia popular solidária: alternativa de geração de trabalho e renda e desafio aos profissionais do Serviço Social. *Rev Textos & Contextos* 2007; 6(2):264-281.
28. Nasciutti JCR, Dutra FS, Matta JS, Lima TR. Cooperação e autonomia: desafios das cooperativas populares. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho USP* 2003; 6:91-107.
29. Costa LF, Brandão SN. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade* 2005; 17(2):33-41.
30. Sá RF, Freire MSM, Yamamoto S, Salles RPS, organizadores. Caderno de formação de promotores de municípios saudáveis e promoção da saúde. Universidade Federal de Pernambuco [Internet] 2007. [acessado 2015 dez 01]. Disponível em: <https://www.ufpe.br/nusp/images/boletins/Caderno%20de%20Formacao.pdf>
31. Sá RF, Araújo JA, Freire MSM, Salles RPS, Chuma J, Royama H, Yuasa M, Yamamoto S, Filho AM. Manual do Método Bambu – Construindo Municípios Saudáveis. Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil [Internet] 2007. [acessado 2015 dez 01]. Disponível em: <https://www.ufpe.br/nusp/images/boletins/Manual%20Bambu.pdf>
32. Rueda LI. El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. In: Rueda LI. *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC; 2003. p. 83-124.

33. Freire MSM, Castro AEG, Sá RF. Artesanato e Design: identidade e capital social na formação cooperativa - Identidade, valores e governança das cooperativas. V Encontro de Pesquisadores Latino-americanos de Cooperativismo. São Paulo. 2008. [acessado 2012 jun 29]. Disponível em: http://www.fundace.org.br/cooperativismo/arquivos_pesquisa_ica_la_2008/208-freire.pdf
34. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s159-s172.

Artigo apresentado em 02/02/2016

Aprovado em 23/03/2016

Versão final apresentada em 25/03/2016