

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Mariana Fagundes de Almeida Rivera

**Gênero na Atenção Básica do SUS: reflexões a partir das práticas de saúde**

São Paulo

2020

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Mariana Fagundes de Almeida Rivera

**Gênero na Atenção Básica do SUS: reflexões a partir das práticas de saúde**

**Versão original**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,  
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fagundes de Almeida Rivera, Mariana

Gênero na Atenção Básica do SUS: reflexões a partir das práticas de saúde /  
Mariana Fagundes de Almeida Rivera; orientadora Ianni Regia Scarcelli. -- São  
Paulo, 2020.

107 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) --  
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Psicologia social. 2. Gênero. 3. Políticas públicas. 4. Saúde pública.  
I. Regia Scarcelli, Ianni, orient. II. Título.

Nome: Rivera, Mariana Fagundes de Almeida

Título: Gênero na Atenção Básica do SUS: reflexões a partir das práticas de saúde

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Psicologia Social.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

A quem defende a Atenção Básica do SUS em seus princípios mais radicais: universalidade, equidade, integralidade.

Agradeço às pessoas que estiveram ao meu lado em todo o processo que envolveu esta pesquisa de Mestrado:

À minha família, por me darem as condições que me permitiram esta realização: minha mãe, meu irmão e meu companheiro Eduardo.

À minha amiga Alessandra Martins que tanto me auxiliou no processo seletivo para este Programa de Pós-Graduação e que, se estivesse ainda conosco, estaria seguindo com seu lindo sorriso nesta caminhada.

À minha amiga Tatiana Mascarenhas que também me auxiliou na entrada ao Programa e segue me acompanhando por todo esse tempo.

Às queridas amigas: Patrícia Andrade, que tanto me ouve, orienta e que generosamente revisou este texto. Carolina Martins, por todos os momentos de partilha tão carinhosa. Fernanda Heinzelmann, por dividir comigo as inquietações a respeito das questões de gênero. Agradeço também pelas suas leituras valiosas deste material.

Ao Grupo de Orientação, cujo apoio se mostrou parte desta pesquisa, principalmente à Tatiana Romão, Kate Delfini, Paula Cavalcante, Fernanda Heinzelmann e Carolina Martins, companheiras de escritas.

Agradeço à Kate Delfini, Aline Martins, Fernanda Heinzelmann, Carolina Martins e Profa. Eliane Costa pela leitura do diário de campo desta pesquisa e suas reflexões.

Às secretárias do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do IPUSP: Nalva, Rosângela, Tereza e Selma, por cada momento em que doaram atenção e carinho.

Às Professoras Vera Paiva e Heloisa Buarque de Almeida, pelas contribuições valiosas em ocasião do Exame de Qualificação.

Às profissionais de saúde das unidades em que trabalhei, onde as ideias para esta pesquisa nasceram, principalmente a Juliana Haruko e Ana Paula Paz, companheiras de NASF, que tanto me fortaleceram durante aquele tempo e me encorajaram a entrar neste Programa.

Às profissionais e estudantes da Unidade Básica de Saúde visitada durante esta pesquisa, que gentilmente me concederam tempo, atenção, espaço e principalmente a oportunidade de acompanhar suas vivências, o que se tornou fundamental para este trabalho.

À Profa. Ianni Scarcelli, que além de orientadora, foi verdadeira mestre no processo de pesquisar, escrever e elaborar uma experiência como esta. Agradeço pelo carinho, paciência, confiança e parceria.

## RESUMO

Rivera, M. F. de A. (2020). Gênero na Atenção Básica do SUS: reflexões a partir das práticas de saúde (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Gênero no campo da saúde é um tema de relevância atualmente, que vem sendo discutido por autoras feministas. Esta pesquisa teve o objetivo de analisar como se manifestam questões de gênero na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como suas implicações nas práticas de saúde, tanto do ponto de vista do cuidado, quanto das relações, concepções e políticas públicas, a partir de uma perspectiva da Psicologia Social. Para tanto, foram realizadas visitas a uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, onde foram observadas diversas ações de profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica do SUS, entre atendimentos, grupos, visitas domiciliares e discussões de caso. Como modo de sustentar esta pesquisa, lançou-se mão dos pressupostos da Psicologia Social postulada por Enrique Pichon-Rivière, tendo o grupo operativo como instrumento de investigação. As observações e reflexões realizadas na UBS foram registradas em diário de campo, que foi analisado tomando-se como referência o aporte teórico pichoniano a fim de verificar o que se emergia das situações vivenciadas. A partir da articulação dessas observações a estudos feministas que criticam dicotomias como público/privado, cultural/natural, homem/mulher, bem como discursos naturalistas, foram feitas discussões que se articularam em três pontos: a) divisão sexual do trabalho, maternidade e ausência paterna; b) centralidade das práticas de saúde da mulher na reprodução; e c) binarismo das políticas públicas de saúde. Considerando a análise em três direções (psicossocial, sociodinâmica e institucional), como postulada por Pichon-Rivière, assim como a perspectiva da interseccionalidade (em que gênero, raça e classe são tomados em suas interconexões), foram feitas indagações a respeito das possibilidades do campo da saúde se relacionar com outros setores da sociedade, promovendo políticas intersetoriais.

**Palavras chave: Psicologia social. Gênero. Políticas públicas. Saúde pública.**

## ABSTRACT

Rivera, M.F. de A. (2020). Gender in Brazilian National Health System's Primary Care: reflections based on health practices (Dissertation for Master Degree). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Gender in the field of health care is a topic of relevance today, which has been discussed by feminist authors. This research aimed to analyze how gender issues are manifested in the Brazilian National Health System's Primary Care and what are their implications for health practices, from the point of view of care, relationships, conceptions and public policies, from a Social Psychology perspective. To this end, visits were made to a basic health unit in the city of São Paulo, where practices developed by health professionals, such as care, groups, home visits and case discussions, were observed. As a way of supporting this research, the assumptions of Social Psychology postulated by Enrique Pichon-Rivière were used, considering the operative group as a research instrument. The observations and reflections made at the basic health unit were recorded in a field diary, which was analyzed using the Pichon-Rivières's theoretical contributions as a reference in order to verify what emerged from the situations experienced. Since the articulation of these observations with feminists studies that criticize dichotomies such as public/private, cultural/natural, man/woman, as well as naturalists speeches, some discussions were made and articulated in three points: a) sexual division of labor, motherhood and paternal absence; b) centrality of women's health practices in reproduction; and c) binarism of health public policies. Considering the analysis in three directions (psychosocial, sociodynamic and institutional), as postulated by Pichon-Rivière, as well as the perspective of intersectionality (in which gender, race and class are taken in their interconnections), questions were asked about the possibilities of the field of health care to relate to other sectors of society, promoting intersectorial policies.

**Keywords:** Social Psychology. Gender. Public policies. Public health.



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>09</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1 DE ONDE PARTIMOS</b> .....	<b>18</b>
1.1 A Psicologia Social a partir de Enrique Pichon-Rivière .....	18
1.2 Um caminho para pensar gênero .....	22
<b>2 OS CAMINHOS DA PESQUISA</b> .....	<b>26</b>
2.1 Observação, ou o se “deixar levar” na pesquisa .....	27
2.2 Diário de campo, ou como não estar sozinha na pesquisa .....	29
2.3 Análise a partir da Psicologia Social .....	31
2.4 A Atenção Básica no Brasil .....	36
2.5 A UBS visitada .....	39
2.6 As visitas à UBS .....	41
<b>3 GÊNERO E PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA</b> .....	<b>43</b>
3.1 Maternidade idealizada e solitária .....	45
3.2 Trabalho doméstico e exaustão .....	50
3.3 Solidão e tristeza .....	53
3.4 Mulher e mãe .....	56
3.5 Saúde da “mulher” .....	58
3.6 A UBS é um espaço para mulheres? .....	61
<b>4 CAMPO DA SAÚDE E ESTUDOS FEMINISTAS: ALGUMAS ARTICULAÇÕES</b> .....	<b>65</b>
4.1 Divisão sexual do trabalho, maternidade idealizada e ausência paterna .....	66
4.2 Programa de saúde da mulher: “Programa do útero feliz” .....	75
4.3 Políticas públicas binárias .....	86
4.4 Especificidades e diferenças .....	91
<b>CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS</b> .....	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>103</b>

## APRESENTAÇÃO

Foi inserida como psicóloga no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) que as inquietações para uma pesquisa de Mestrado como esta foram gestadas. O caminho de lá até aqui foi intenso e nada fácil. Dúvidas e inseguranças a todo momento. Certos encontros tornaram possível chegar onde estou. Encontros com pessoas de carne, osso e paixões, no grupo de orientação, em eventos, na unidade de saúde onde realizei parte da pesquisa. Pessoas também que conheci pelos livros, verdadeiras companheiras de caminhada.

Este trabalho é fruto de muitas sensações e reflexões que vieram a partir dessas vivências, que me atravessaram por completo. Esta escrita pretende contar como foi esse caminho, compartilhando pensamentos, vivências e leituras que realizei nesse tempo, desde o início de 2017.

O tema escolhido, gênero e saúde, tem me preocupado desde meu trabalho no SUS. Lá, percebia a dificuldade de se ampliar o olhar sobre gênero para além da violência doméstica, além de notar questões que se relacionavam à culpabilização das mulheres pelas violências sofridas, da invisibilidade de pessoas trans<sup>1</sup> na unidade de saúde e da escassa reflexão acerca das próprias relações entre profissionais e pessoas atendidas no serviço e a possível reprodução de violências.

A saída dessa angústia foi, então, adentrar o Programa de Pós-Graduação, de volta à instituição em que me formei psicóloga quase dez anos atrás. Com essa escolha, pude estudar mais a fundo a formação do conceito de gênero e me aproximar novamente dos feminismos. Isso já havia feito parte da minha trajetória no Ensino Médio, quando participei de um movimento de secundaristas de escolas públicas de São Paulo e de uma organização política de esquerda.

Compreendo, então, a importância de não pensar em “o feminismo”, mas em “feminismos”, pela diversidade e multiplicidade de movimentos e perspectivas em defesa dos direitos das mulheres. Avtar Brah<sup>2</sup> trouxe uma definição interessante: “O objetivo principal do

---

<sup>1</sup> Para Jaqueline de Jesus (2013, p. 1), o termo “pessoas trans” marca referência às pessoas “que vivenciam papéis de gênero fora dos modelos normativos predominantes na sociedade, as quais se pode denominar genericamente como integrantes da população transgênero, composta predominantemente por travestis e transexuais, mas também por quaisquer outras pessoas que não se identificam com o gênero que lhe foi atribuído socialmente”.

<sup>2</sup> Ao longo deste trabalho, procuro explicitar os nomes de autores, como forma de posicionamento. Quando escrevemos apenas os sobrenomes, perdemos de vista os gêneros das pessoas que fazem as

feminismo tem sido mudar as relações sociais de poder imbricadas no gênero” (Brah, 2006, p. 342).

A escassez desses debates no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo me fez buscar outros terrenos. Particpei de diversos eventos acadêmicos, sobretudo no primeiro ano do Mestrado, para absorver tudo que pudesse a respeito dos temas que me interessavam para o projeto. Mulheres das ciências sociais foram grandes aliadas nessa busca e me apresentaram um mundo de outras pesquisadoras e pensadoras. Nesse sentido, meu percurso de estudo de trabalhos de autoras feministas foi feito de forma bastante autônoma.

Com o tempo, fui me incomodando ao notar o uso da categoria gênero como sinônimo de mulher e o quanto parece ainda necessário o esforço de relacionar aspectos que ficam mais ligados ao âmbito do privado àqueles que costumam ser mais remetidos ao âmbito do público. Como profissional psi conectada à Psicologia Social e sobretudo às contribuições de Enrique Pichon-Rivière, entendo ser possível, no entanto, a articulação entre diferentes dimensões, como a do sujeito, a sociodinâmica e a institucional.

Nesse sentido, o contato que fui tomando com autoras dos feminismos negros, tanto brasileiras quanto norte-americanas, também foi importante. Suas provocações me trouxeram dores e amores: pensar sobre minha posição de privilégio, enquanto mulher cisgênero<sup>3</sup> branca de classe média, foi essencial. Suas ideias também me fizeram retomar antigas reflexões, da época em que trabalhei como psicóloga em um Serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, na periferia de São Paulo. Lá, conheci e estive com muitos adolescentes negros que, relatando suas vidas, me impulsionavam necessariamente a pensar sobre racismo estrutural. Busco, então, pensar sobre gênero abordando também aspectos ligados a raça e classe, de mãos dadas com autoras que me inspiram justamente por isso.

Também me inspiram as críticas feministas à produção do conhecimento e as epistemologias elaboradas por certas autoras desse campo, como Donna Haraway.

O feminismo ama outra ciência: a ciência e a política da interpretação, da tradução, do gaguejar e do parcialmente compreendido. O feminismo tem a ver com as ciências dos sujeitos múltiplos com (pelo menos) visão dupla. O feminismo tem a ver com uma visão crítica, consequente com um posicionamento crítico num espaço social não homogêneo e marcado pelo gênero (Haraway, 1995, p. 31).

---

afirmações com as quais dialogamos. Como os feminismos e a Psicologia Social nos ensinam, é importante sabermos onde estamos localizados.

<sup>3</sup> Cisgênero é a pessoa que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído socialmente (Jesus, 2013).

Já Sandra Harding (1999), em consonância, nos diz que nos melhores estudos feministas, os objetos das pesquisas são inseparáveis das origens dos problemas da própria investigação.

*Mientras los patrones suelen contratar investigaciones para descubrir la manera de contentar a los trabajadores con menos poder y salario, los trabajadores casi nunca han estado en situación de asumir o contratar estudios acerca de nada, y mucho menos sobre cómo contentar a los patrones con menos poder y ganancia. De manera similar, los psiquiatras han realizado estudios interminables sobre las que consideran las peculiares características mentales y conductuales de las mujeres, pero las mujeres no habían comenzado a estudiar sino hasta hace muy poco tiempo las extrañas características mentales y conductuales de los psiquiatras [itálicos nossos] (Harding, 1999, p. 24).*

Essas ideias foram importantes para eu considerar o modo como gostaria de realizar esta pesquisa. Foi ao longo dos primeiros semestres do Mestrado, em meio a disciplinas e reuniões do Grupo de Orientação, que realizei leituras que me alimentaram nesse sentido. Assim, as reflexões que vieram fizeram o projeto se refazer algumas vezes nesse período. À medida em que aprofundava minhas leituras sobre a temática escolhida, novas questões emergiam. Com o importante apoio das discussões no Grupo de Orientação, do Exame de Qualificação e de vivências durante os estágios do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), fui reorganizando minha pesquisa.

Passei pela primeira vez pelo Estágio PAE já no quarto semestre do Mestrado, na disciplina “Políticas Públicas, Saúde Coletiva e Psicologia Social”, oferecida por minha orientadora, Professora Ianni Scarcelli. Seguindo as tarefas desse estágio, tive a oportunidade de ministrar uma aula sobre as relações de gênero no campo da saúde, onde tentei articular o que vinha estudando no Mestrado com as minhas experiências enquanto trabalhadora do SUS. Nesse processo, além do acompanhamento das visitas que estudantes realizavam a serviços públicos no contexto da disciplina, entrei em contato novamente com as inquietações de quando estive atuando no SUS e acabei repensando meu projeto.

No quinto semestre dentro do programa de pós-graduação, então, realizei parte da pesquisa em uma UBS. Foi um semestre intenso, de muitos encontros. Andar naquela unidade de saúde, com meu diário de campo em mãos, se tornou minha rotina. Tanto quanto trabalhar, estudar, estar com minha família. Mergulhei naquele mundo, sem me perder, graças à força dos objetivos da pesquisa, como minha orientadora me ensinou.

Este escrito que se segue é um dos resultados deste trabalho. Os outros, levo comigo e conto pelos caminhos para quem quiser ouvir.

## INTRODUÇÃO

- Você é a nova psicóloga? Você vai precisar atender esse homem!
- O que está acontecendo?
- Ele se veste de mulher! De dia, ele trabalha vestido de homem e de noite ele sai vestido de mulher!

Esse diálogo, com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), decorreu em uma reunião do chamado “matriciamento”. Eu trabalhava<sup>4</sup> em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como psicóloga da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e reuniões como essa tinham o objetivo de proporcionar discussões e reflexões acerca das situações de saúde da população que mais assolavam profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Vale dizer que ambas, ACS e eu, somos mulheres cisgênero.

A partir de diversos diálogos como esse nas reuniões, visitas domiciliares, grupos e ações em que estive acompanhando ACS’s, enfermeiras, médicos, entre outros profissionais de saúde, observei a questão de gênero atravessando as práticas de saúde na Atenção Básica. Tal vivência se deu entre os anos 2014 e 2016, em quatro UBS’s da zona norte do município de São Paulo – um total de vinte e uma equipes de saúde da família apoiadas pelas equipes NASF nas quais estive inserida como psicóloga nesse período.

Questões se levantavam a todo momento: por que aquela profissional de saúde via como um problema a ser “atendido pela psicóloga” o fato daquela pessoa ora “se vestir de homem”, ora “se vestir de mulher”? Como será que ocorriam as relações mais diretas entre profissionais de saúde e as pessoas que não se apresentam, seja pela identidade de gênero, seja pela orientação sexual, de acordo com a hetero e cisnormatividades? Será que essas pessoas procuram a UBS quando sentem alguma necessidade? Como se dá esse acolhimento? Essas questões se manifestam na situação de saúde dessas pessoas? Como?

Aquele era um momento de movimentação também por parte das novas gerações de feministas, que retomavam pautas importantes como o combate à violência contra a mulher,

---

<sup>4</sup> Nesta dissertação, as vozes em primeira pessoa no singular e no plural se intercalam. Quando a referência fora vivências e reflexões próprias – o que no contexto deste trabalho se mostrou importante – o uso no singular fará mais sentido. Quando o texto se referir à visão de mundo e problematizações do grupo de pesquisa em que estive inserida, assim como do mundo acadêmico de forma geral, a primeira pessoa do plural será utilizada.

mas também buscavam, por meio de campanhas disseminadas na internet, mudar as “mentalidades e comportamentos naturalizados”, como afirma Heloisa Buarque de Almeida (2016). Assim, ampliando a reflexão para além das pessoas trans, tornaram-se integrantes questões de gênero que perpassam toda e qualquer relação interpessoal no contexto da saúde. Com a crítica à classificação de pessoas e ao “equivoco lógico de igualar mulher e gênero” (Haraway, 2004, p. 235), adotamos a compreensão de que gênero, como propõe Donna Haraway:

é um conceito desenvolvido para contestar a naturalização da diferença sexual em múltiplas arenas de luta. A teoria e a prática feminista em torno de gênero buscam explicar e transformar sistemas históricos de diferença sexual nos quais ‘homens’ e ‘mulheres’ são socialmente constituídos e posicionados em relações de hierarquia e antagonismo (Haraway, 2004, p. 211).

Questionar essa naturalização das diferenças sexuais e das desigualdades de gênero se justifica na esfera de um estudo em Psicologia Social, que compreende o sujeito imerso em suas relações sociais, reconhecendo a mútua determinação entre sujeito e estrutura social conforme contribuições de Enrique Pichon-Rivière (2005). Essa perspectiva, como afirma Ianni Scarcelli (2017), ultrapassa a dicotomia indivíduo/sociedade, compreendendo que a própria Psicologia Social deve dar conta da dialética que se constitui nessa relação.

E se estamos no campo social, faz sentido nos determos numa reflexão que reconheça a mútua determinação que se dá entre sujeito e estrutura social, a partir de um olhar cuidadoso sobre o que ocorre nos grupos/instituições que intermediam essa articulação, considerando que todo e qualquer traço da vida psíquica somente poderá se constituir a partir da experiência, de relações concretas (Scarcelli, 2017, p. 37).

Partindo da ideia de que existe, então, uma imbricação entre diferentes dimensões sociais e as práticas de saúde que se passam no cotidiano do SUS, estas podem ser analisadas tendo como mote a contestação de que as desigualdades de gênero, raça e classe não são naturais, mas sustentadas por meio de concepções que ocultam o que há de social, histórico e político destas construções. Torna-se, assim, possível realizar reflexões tanto sobre a cotidianidade dos serviços de saúde, quanto sobre o campo das políticas públicas, tomado como um campo de conhecimento (Scarcelli, 2017).

Apesar das políticas públicas serem compreendidas como um fenômeno que nasce com a necessidade de concretizar os direitos sociais a partir do início do século XX (Bucci, 2006; citado por Scarcelli, 2017), estas acabam frequentemente se configurando em ações estatais que almejam a permanência do *status quo* (Oliveira, 1987; citado por Scarcelli, 2017). Tomando especificamente o campo da saúde, José Ricardo Ayres (2011) afirma que este tem vivido um momento crítico, de crise, cujos limites se sobressaem, de modo a haver um esgotamento de padrões que eram anteriormente tidos como os melhores ou aceitáveis.

Ao longo das últimas décadas, diversos avanços nas políticas públicas de saúde foram observados, no sentido de ampliação do acesso e de diversificação das ações ofertadas. O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de mobilização social ao redor da chamada Reforma Sanitária brasileira, trouxe o desafio da saúde para todas as pessoas. Estão a isso diretamente relacionados os chamados “princípios do SUS”, como o da universalidade e o da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Paim, 2009).

Além disso, as próprias concepções de saúde, promoção, prevenção e reabilitação foram aprofundadas pelo debate feito por disciplinas que se congregaram em torno da saúde coletiva, como afirmam Ianni Scarcelli e Virgínia Junqueira (2011). Saúde, então, não é mais entendida nem como ausência de doença (Paim, 2009), nem apenas como um estado de normalidade relacionado a bem-estar biopsicossocial (Scarcelli & Junqueira, 2011). É também uma sucessão de compromissos com a realidade do ambiente material, com a realidade afetiva, relacional e familiar e com a realidade social (Dejours, 1986).

No entanto, vícios ideológicos podem fazer das propostas de ações somente um rearranjo político-institucional de um mesmo sistema de saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social (Ayres, 2001). Ou, como posto por Scarcelli (2017, p. 216): “a ideologia se apodera da palavra inédita e a reveste de um discurso oficial dominante”. É preciso, então, compreender que há determinadas concepções de Estado, sujeito e sociedade que possibilitam que as políticas públicas estejam em vigência (Scarcelli, 2017). Ou seja, é necessário que projetos e proposições políticas sejam contextualizados e que não sejam tomados como verdades inquestionáveis que representariam modelos a serem apenas aperfeiçoados (Scarcelli & Junqueira, 2011).

Scarcelli e Junqueira (2011) destacam a importância dos saberes psi adentrarem os espaços que se voltam para a construção do conhecimento na área de saúde coletiva e na definição de políticas públicas.

Para isso, é fundamental que não se perca de vista a preocupação com a filiação histórica das ideias e do confronto de interesses que integram políticas, projetos e saberes, inclusive os das diversas disciplinas no âmbito da produção de conhecimento, incluindo a própria Psicologia. Caso contrário, corre-se o risco de, mais uma vez, reproduzirmos um papel que também essa disciplina já teve no decorrer de sua história, ou seja, o de tomar explicações de caráter eminentemente ideológico, que mascaram a possibilidade de uma relação de conhecimento com a realidade que procuramos desvendar e sobre ela intervir (Scarcelli & Junqueira, 2011, p. 352).

Isso tudo é importante se for considerada a dimensão institucional na análise de uma realidade complexa e mutante, conforme proposto por Pichon-Rivière (2005). Esse aspecto da teoria pichoniana mobiliza indagações sobre as instituições, mas também sobre as práticas e diretrizes políticas no campo das políticas públicas (Scarcelli, 2017).

Pichon, ao formular sua proposta de Psicologia Social, elaborou uma teoria de grupo operativo que pode ser compreendida como instrumento de intervenção e técnica de investigação (Scarcelli, 2017), que analisa três dimensões: psicossocial (o estudo do sujeito através de seus vínculos e relações interpessoais), sociodinâmica (o estudo centrado no grupo) e institucional (o estudo da relação dos grupos entre si e as instituições que os regem). As três dimensões (ou direções) não são excludentes e nem separáveis; ao contrário, todo estudo deve abarcá-las em sua unidade e interjogo (Bleger, 1984). “Através do estudo psicossocial, sociodinâmico e institucional, é possível ter um conjunto de informações coletadas no exterior que dizem respeito também ao interior do sujeito” (Scarcelli, 2017, p. 143).

No entanto, como apontado por Scarcelli (2017), é frequente que profissionais e pesquisadores psi se concentrem na direção do sujeito, tendo dificuldade de transitar entre essas três dimensões, principalmente pela institucional, também compreendida como a investigação dos grandes grupos, sua estrutura, origem, composição, história, economia, política, ideologia etc.

A Psicologia Social postulada por Pichon-Rivière, então, centra-se numa abordagem interdisciplinar de uma situação social, de modo que propõe o estudo – em detalhe, em profundidade e no âmbito total – de todas as partes de um problema. Para Pichon-Rivière (2005), nisso se dá a síntese dialética entre texto e contexto.

Essas contribuições pichonianas são consideradas quando se toma a complexidade do campo das políticas públicas de saúde. Como afirmam Scarcelli e Junqueira,

não é tarefa simples construir o SUS quando se busca radicalizar seus princípios. Não é tarefa fácil traduzir nos serviços, nas práticas do dia-a-dia, as ações que possibilitem o avanço da organização da rede de atenção à saúde, integrada a um processo de territorialização, articulada aos diversos setores do governo e que efetive os princípios de intersetorialidade (Scarcelli & Junqueira, 2011, p. 352).

A intersetorialidade é uma estratégia política que busca superar a fragmentação das políticas em suas diferentes frentes, de modo que articule os vários setores da sociedade no sentido da garantia do direito à saúde (Paim, 2009). A isso está relacionada a ideia da saúde como resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida (Paim, 2009).

Desse modo, a intersetorialidade:

*Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ ideia de Rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a*



*participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde* [itálicos do autor] (Paim, 2009, pp. 120-121).

A efetivação de princípios do SUS é um desafio de grande magnitude, sobretudo considerando as atuais discussões das questões de gênero. A Atenção Básica é um âmbito de realização de ações no interior do SUS cuja atuação refere-se às demandas de saúde mais frequentes da população. Este nível de atenção é considerado a “porta de entrada” do sistema de saúde, assim como organizador dos fluxos de atendimento entre os demais níveis.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo analisar como se manifestam questões de gênero na Atenção Básica do SUS, bem como suas implicações nas práticas de saúde, tanto do ponto de vista do cuidado, quanto das relações, concepções e políticas públicas, a partir de uma perspectiva da Psicologia Social. Para tanto, foram realizadas visitas a uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, onde foi possível observar a diversidade de ações de profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica do SUS. Como modo de sustentar esta pesquisa, trabalhos anteriores de Ianni Scarcelli (1998, 2002, 2011, 2017) e os pressupostos da Psicologia Social postulada por Enrique Pichon-Rivière (2005) foram considerados.

Os feminismos também são importantes aqui pois, como diz Luiza Bairros:

Feminismo é o instrumento teórico que permite dar conta da construção de gênero como fonte de poder e hierarquia que impacta mais negativamente sobre a mulher. É a lente através da qual as diferentes experiências das mulheres podem ser analisadas criticamente com vistas à reinvenção de mulheres e de homens fora dos padrões que estabelecem a inferioridade de um em relação ao outro (Bairros, 1995, p. 462).

Compreendendo que há intersecção entre gênero, raça e classe, esta dissertação também analisou questões que perpassam essa relação. Isso é fundamental em um país imerso na desigualdade social, marcada não só por gênero, mas também por classe e raça. Como afirma Sueli Carneiro, “A raça social e culturalmente construída é determinante na configuração da estrutura de classes no Brasil” (Carneiro, 2011, p. 18).

Essa realidade desigual produz vivências de humilhação (Gonçalves Filho, 1998) e discriminação (S. Almeida, 2018). Para José Moura Gonçalves Filho:

A humilhação é uma modalidade de angústia que se dispara a partir do enigma da desigualdade de classes. Angústia que os pobres conhecem bem e que, entre eles, inscreve-se no núcleo de sua submissão. Os pobres sofrem frequentemente o impacto dos maus tratos. Psicologicamente, sofrem continuamente o impacto de uma mensagem estranha, misteriosa: “você são inferiores” (Gonçalves Filho, 1998, p. 16).

Já Silvio Almeida (2018) afirma que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento e é sempre estrutural por ser um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. Ele se manifesta por meio de “práticas

conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencam” (S. Almeida, 2018, p. 25). Contudo, essas dimensões não são separadas. Como aponta Luiza Bairos (1995), do ponto de vista da reflexão e da ação políticas, uma não existe sem a outra. Considera-se neste trabalho, então, a perspectiva da interseccionalidade (Collins, 2000).

As observações realizadas na unidade de saúde trouxeram questões que ultrapassam os objetivos desta dissertação. Desse modo, foi necessário selecionar os elementos a serem discutidos neste texto. Esta seleção passou pelo crivo do objetivo da pesquisa. Questões interessantes a respeito da formação de profissionais da saúde, abordagem integral da saúde, funcionamento de um serviço de Atenção Básica, entre outras, compõem o “pano de fundo” da pesquisa, mas não serão discutidas aqui.

Esta dissertação é apresentada em quatro capítulos. No primeiro, são apresentadas as concepções de onde partimos neste trabalho. No segundo, elucidamos o caminho metodológico, relatamos a pesquisa na UBS, bem como apresentamos características da Atenção Básica no SUS e da UBS visitada. No terceiro capítulo, apresentamos a seleção de pontos para reflexão feita a partir do que foi observado na unidade de saúde. No quarto e último capítulo, relacionamos essas observações a contribuições de estudiosas de gênero e dos feminismos. E, por fim, apresentamos algumas considerações que salientamos serem provisórias, uma vez que estão abertas a novas reflexões.

## **CAPÍTULO 1 – DE ONDE PARTIMOS**

Estando no campo social, o problema de pesquisa não se desencosta de sua origem, das necessidades da pesquisadora, de sua visão de mundo e posicionamento. Dialeticamente, estamos todos entrelaçados: pesquisadora, problema investigado, forma de investigação, objetivos. Assim, nesse primeiro capítulo, apresentamos perspectivas que foram importantes tanto para formular o problema de pesquisa, quanto para sua elaboração e análise. Isso se mostra importante para poder localizar de onde partimos. Em primeiro lugar, realizamos uma introdução à Psicologia Social sobre a qual este trabalho se baseia. E, na sequência, uma exposição do caminho para pensar gênero que foi adotado aqui.

### **1.1 A Psicologia Social a partir de Enrique Pichon-Rivière**

O teórico argentino Enrique Pichon-Rivière postulou a perspectiva de Psicologia Social sobre a qual nos baseamos neste trabalho. Nessa abordagem, o ser humano é compreendido como um ser de necessidades que só se satisfazem socialmente em relações que o determinam. O sujeito não é só um sujeito relacionado, é um sujeito produzido numa práxis, de modo que nele não há nada que não seja resultante da interação entre indivíduo, grupos e classes.

Assim, essa psicologia social aponta para uma visão integradora do “homem em situação”, objeto de uma ciência única, ou interciência, localizado numa determinada circunstância histórica e social. Pichon afirma que essa visão é alcançada por meio de uma epistemologia convergente, na qual “todas as ciências do homem funcionam como uma unidade operacional, enriquecendo tanto o objeto do conhecimento como as técnicas destinadas à sua abordagem” (Pichon-Rivière, 2005, p. 170).

Assim reunidas, essas ciências trazem elementos para a construção de um instrumento único que o autor chama de ECRO – esquema conceitual, referencial e operativo<sup>5</sup> – que está

---

<sup>5</sup> O E de ECRO designa esquema, entendido como conjunto articulado de conhecimentos que proporciona linhas de trabalho e investigação. O aspecto conceitual do ECRO refere-se ao fato deste ser um conjunto organizado de conceitos universais que permite uma abordagem adequada da situação concreta a pesquisar. Se não houvesse um sistema conceitual adequado, a investigação seria, para Pichon, cega e infrutífera. Já o aspecto referencial do ECRO faz alusão ao segmento de realidade sobre o qual se pensa e opera, assim como aos conhecimentos relacionados a isso. E, por fim, em relação à última sigla de ECRO, Pichon afirma que o critério de operatividade é fundamental, representando aquilo que, em outros esquemas, o faz o “critério tradicional de verdade”. Dessa forma, diante de uma situação social concreta, não interessa simplesmente que a interpretação seja exata, mas sua adequação em termos de operação. Ou seja, a possibilidade de promover uma modificação criativa ou adaptativa segundo um critério de adaptação ativa à realidade (Pichon-Rivière, 2005).

orientado para a aprendizagem através da tarefa. É com o ECRO que se opera no campo da Psicologia Social. Seria possível dizer que o ECRO é um modelo, um instrumento que por analogia nos permite a compreensão de certas realidades. Dessa forma, é instrumento de apreensão da realidade (Pichon-Rivière, 2005).

O ECRO da Psicologia Social postulada por Pichon é interdisciplinar, articulando contribuições de diferentes disciplinas (epistemologia convergente). Essas “são provenientes do materialismo dialético, do materialismo histórico, da psicanálise, da semiologia e das contribuições daqueles que trabalham numa interpretação totalizadora das relações entre estrutura socioeconômica e vida psíquica” (Pichon-Rivière, 2005, p. 239). Em relação à gênese e estruturação da personalidade, foram importantes as contribuições de Sigmund Freud, Melanie Klein, George H. Mead, entre outros; enquanto para a compreensão dos processos sociais, principalmente os grupais, Pichon levou em conta as contribuições de Kurt Lewin.

Um dos conceitos básicos que está incluído nesse ECRO é o de grupo interno, o que permite definir a psicologia como Psicologia Social. Essa compreensão parte de Freud, que trabalhou essa questão em “Psicologia das massas e análise do ego” (Freud, 1921/1990), ainda que não tenha desenvolvido em profundidade tal linha de pensamento a posterior. “Entendemos o grupo interno como um conjunto de relações internalizadas, isto é, que passaram do ‘fora’ ao mundo interno e se encontram em permanente interação” (Pichon-Rivière, 2005, p. 252).

Pichon realizou uma passagem da Psicanálise à Psicologia Social, que pôde ser feita através da formulação do conceito de estrutura vincular. Este se tornou instrumento de análise da gênese e das formas de relação entre estruturas de personalidade e estrutura social. Pichon esclarece, no entanto, que ao considerar isso uma “passagem”, não significa que renegue as contribuições da teoria psicanalítica, “pois é a partir delas, integradas às da teoria marxista e aos elementos elaborados por aqueles que trabalharam numa tentativa de totalização, que se pode fundamentar e construir a psicologia social” (Pichon-Rivière, 2005, p. 231).

Assim, o conjunto de contribuições presentes nesse ECRO permite a compreensão horizontal (a totalidade comunitária) e vertical (o sujeito nela inserido) de uma sociedade que está em permanente mudança, assim como dos problemas de adaptação do sujeito a seu meio. “Como instrumento, portanto, permite planejar um manejo das relações com a natureza e seus conteúdos, nas quais o sujeito se modifica a si mesmo e modifica o mundo, num constante interjogo dialético” (Pichon-Rivière, 2005, p. 171).

---

Pichon entende que a Psicologia Social tem como objeto de estudo o desenvolvimento e a transformação da relação dialética entre estrutura social e fantasia inconsciente do sujeito, fundada sobre suas relações de necessidade e abordada através da noção de vínculo. Busca, assim, uma mudança social, que consiste no desenvolvimento pleno da existência humana por meio da “modificação do homem e da natureza” (Pichon-Rivière, 2005, p. 170).

Para tanto, é necessário se voltar para uma práxis que se resolve em uma contínua realimentação da teoria, por meio de sua confrontação com a prática e vice-versa (tese-antítese-síntese). A experiência prática é, então, conceituada por uma crítica e uma autocrítica, de modo a realimentar e corrigir a teoria mediante mecanismos de retificação e ratificação, o que se configura em uma “marcha em espiral” (Pichon-Rivière, 2005).

Sendo a relação entre estrutura social e fantasia inconsciente do sujeito o objeto dessa psicologia social, o campo operacional privilegiado é o grupo. Grupo, aqui, pode ser compreendido como todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna. A estrutura dos grupos é dada pelo interjogo de mecanismos de assunção e atribuição de papéis, ou seja, pelos modelos de comportamentos correspondentes à posição dos sujeitos nessa rede de interações, o que se associa às expectativas próprias e às dos outros membros do grupo. Todo grupo propõe explícita e implicitamente uma tarefa, que constitui sua finalidade. A tarefa, a estrutura grupal e o contexto no qual se relacionam tarefa e grupo constituem uma equação da qual surgem fantasias inconscientes, que seguem o modelo primário do acontecer do grupo interno (Pichon-Rivière, 2005).

Para Pichon (2005), o grupo permite a investigação do interjogo entre o psicossocial (grupo interno) e o sociodinâmico (grupo externo), através da observação das formas de interação, dos mecanismos de adjudicação e assunção de papéis. A análise dessa interação é que vai nos permitir estabelecer hipóteses sobre seus processos determinantes. Ao adotar o grupo como instrumento primordial de investigação, quem se ampara nessa perspectiva centra-se no fenômeno da interação, num diálogo em intercâmbio permanente, que segue uma trajetória em espiral. No interior dos agrupamentos sociais surge a possibilidade de estudar a rede de comunicações, os vínculos inter-humanos que tornam possível a convivência e aquilo que têm enquanto tarefa em comum (Pichon-Rivière, 2005).

Partindo do pressuposto de que a situação transferencial não é específica da relação terapêutica, mas está presente em maior ou menor grau em cada ocasião em que um sujeito encontra com outro, Pichon afirma que:

Quando várias pessoas se reúnem em um grupo, cada membro projeta seus objetos de fantasia inconsciente sobre vários membros do grupo, relacionando-se com eles de acordo com essas

projeções, que se tornam patentes no processo de atribuição e assunção de papéis (Pichon-Rivière, 2005, p. 225).

E acrescenta: “A estrutura interacional do grupo não só permite, como também estimula, a emergência de fantasias inconscientes” (Pichon-Rivière, 2005, p. 225). A contra-transferência, por sua vez, seria o conjunto de reações inconscientes do sujeito diante do grupo, da tarefa e dos processos transferenciais que ali ocorrem. É isso que vai permitir ao sujeito fantasiar, para estabelecer hipóteses sobre o acontecer implícito do grupo.

Essas concepções serão importantes neste trabalho e alguns destes conceitos serão discutidos no próximo capítulo. A Psicologia Social proposta por Pichon está baseada em uma crítica da vida cotidiana, que se torna possível porque considera as condições concretas de existência diretamente relacionadas às formas de vida, à cotidianidade. A crítica da vida cotidiana, então, compreende a pessoa imersa em suas relações sociais, em suas relações concretas de existência (Quiroga, 1998). Dessa forma, se propõe a analisar:

os modos como a existência material se produz e se reproduz, como se dá a inserção dos sujeitos no processo produtivo, a distribuição do que se produz e a relação entre o produzido e sua distribuição de acordo com as necessidades dos sujeitos que constituem uma organização social. Todos esses fatores são determinantes da cotidianidade (Scarcelli, 2017, p. 87).

Essa cotidianidade seria a manifestação em um tempo, ritmo e espaço das relações que as pessoas travam entre si e com a natureza, em função de suas necessidades; seria a manifestação das relações sociais que regulam as vidas das pessoas em um determinado momento histórico. Essa vida cotidiana é percebida como ação, como “mundo-em-movimento”, e, mais que isso, mostra um mundo subjetivo experimentado por uma pessoa, e ao mesmo tempo, um mundo intersubjetivo, social, compartilhado (Quiroga, 1998). A crítica, então, feita por Pichon e sistematizada por Ana P. Quiroga, se refere à noção de que:

o modo de viver se transforma em um mecanismo irreflexivo, não consciente e de ação. Os fatos são aceitos de forma naturalizada, como partes de um todo conhecido e autoevidente, como algo que não cabe ser questionado e nem requer verificação já que constituiriam o real por excelência (Scarcelli, 2017, p. 88).

O sistema social de representações ou ideologias vigente encobre e distorce o cotidiano, de modo que se valoriza como “autoevidente e inquestionável”; e esse encobrimento ocorre a partir dos interesses hegemônicos da sociedade (Scarcelli, 2017). Dessa forma, o caráter de manifestação concreta das relações sociais fica ocultado, naturalizando-se o social, universalizando-se o particular e se a-temporalizando o histórico (Scarcelli, 2017). Pichon critica a concepção de uma natureza humana que seria a-histórica e pré-social, afirmando que esta é sustentada pela ideologia dominante (Quiroga, 1998). Adotando a ideia de uma

cotidianidade uniforme e homogênea, se perde de vista que existiria uma heterogeneidade de cotidianidades.

Ao partir da crítica ao fato de tomarmos como naturais e inquestionáveis determinados aspectos da realidade, a Psicologia Social formulada por Pichon-Rivière nos possibilita discutir questões ligadas a gênero e raça, ainda que ele próprio não o tenha feito, já que seu olhar esteve centrado para a dimensão de classe. A crítica amparada na desnaturalização e questionamento da realidade também é preconizada pelas autoras com as quais dialogaremos a seguir.

## **1.2 Um caminho para pensar gênero**

Entendendo que há diferentes caminhos para se pensar “gênero”, afirmamos que aqui se traça apenas uma das possibilidades: um diálogo com autoras brasileiras e norte-americanas que possa apoiar a não utilização de “gênero” como diferenciações binárias de pessoas – homens e mulheres, machos e fêmeas. Isso é fundamental quando estamos diante de um serviço de saúde pautado em políticas públicas que, como veremos nos próximos capítulos, partem de determinadas suposições do que vem a ser “mulher” e “homem”. Portanto, seguimos aqui a posição que entende gênero como um conceito desenvolvido para contestar a naturalização da diferença sexual (Haraway, 2004).

Essa contestação também pode ser feita em relação a concepções que tendem a assumir que as categorias de gênero e os sentidos de gênero são artifícios culturais destinados a compreender e gerir o fato óbvio das diferenças sexuais binárias, suposição implícita de que essas são subjacentes às categorias de gênero e às relações de gênero, mesmo que não as determinem. Argumentos desse tipo ainda postulam uma distinção radical entre sexo (biológico) e gênero (culturalmente construído) (Moore, 1997). No entanto, ao conceber a “biologia” como o corpo em si mesmo, não se percebe que ela é, em realidade, um discurso social aberto à intervenção (Haraway, 2004).

Para Henrietta Moore (1997), essa categorização sexual binária é justamente efeito do discurso cultural ocidental, que tem uma relação mutuamente constitutiva com o discurso biomédico. Essa autora, então, defende que tanto o sexo quanto o gênero, não apenas o gênero, são socialmente construídos, um em relação ao outro. Corpos, processos psicológicos, partes do corpo, relações sexuais e a reprodução humana não são processos fisiológicos apenas, mas atividades sociais e não têm sentido fora das suas compreensões socialmente construídas (Moore, 1997).

Judith Butler (2018), nesse sentido, postula que o gênero não deve ser concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado, mas tem de designar também o aparato de produção pelo qual os próprios sexos são estabelecidos. As mesmas leis que buscam estabelecer linhas causais de ligação entre o sexo biológico, o gênero e a expressão de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual produzem também normas de continuidade e coerência entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, de modo que a descontinuidade e a incoerência são constantemente proibidas. As pessoas só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade (Butler, 2018).

Há, então, uma expectativa de uma continuidade causal entre sexo, gênero e desejo, onde se espera que um eu verdadeiro seja simultânea ou sucessivamente revelado no sexo, no gênero e no desejo. Necessário levar-se em conta que há também a instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada nesse contexto, que exige e regula o gênero como uma relação binária em que o masculino se diferencia do feminino e essa diferenciação se realiza por meio das práticas do desejo heterossexual (Butler, 2018).

Lembrando de Foucault, Butler (2018) defende que é recorrente a noção de que pode haver uma “verdade” do sexo, que é produzida pelas práticas reguladoras que geram identidades coerentes por via de uma matriz de normas de gênero coerentes. Essa matriz exige, assim, que certos tipos de identidade não possam existir – aquelas em que o gênero não decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não decorrem nem do sexo nem do gênero. A partir desse ponto de vista, certos tipos de “identidade de gênero” parecem ser falhas do desenvolvimento ou “impossibilidades lógicas”.

Caminhando no mesmo sentido, Joan Scott (1995) levanta a ideia de que a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito são processos de diferenciação e de distinção que exigem a supressão das ambiguidades e dos elementos opostos para que se possa assegurar uma coerência e uma compreensão comuns que, na verdade, são ilusórias.

Essa autora traz a possibilidade de articulação entre gênero e política, definindo gênero como um modo primeiro de significar as relações de poder e entendendo que gênero é, então, sempre relacional e político (Scott, 1995). A historiadora afirma ainda que, sendo comum o pensamento dicotômico e polarizado sobre os gêneros, também se costuma conceber homem e mulher como pólos opostos que se relacionam dentro de uma lógica invariável de dominação/submissão (Scott, 1995). Essa oposição binária nos faz equiparar outros pares de conceitos, como produção/reprodução, público/privado, razão/sentimento. Para Scott (1995),



entretanto, é indispensável implodir essa lógica que parece apontar para um lugar natural e fixo para cada gênero.

Essa concepção natural de gênero pressupõe especificidades de “mulheres” e de “homens” que são descontextualizadas política, social e culturalmente. Autoras da interseccionalidade vêm afirmando há décadas que gênero têm imbricações com raça e classe, por exemplo, de modo que não só não é possível falar dessas especificidades, como também não se pode conceber que exista uma opressão comum a todas as mulheres. A interseccionalidade se refere às formas particulares de intersecção de opressões, como por exemplo, intersecção entre raça e gênero, ou entre sexualidade e origem (Collins, 2000). Ainda que seja comum se privilegiar, no entanto, um tipo de opressão, Angela Davis (2011) nos mostra que não podemos assumir tal posição:

As organizações de esquerda têm argumentado dentro de uma visão marxista e ortodoxa que a classe é a coisa mais importante. Claro que classe é importante. É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (Davis, 2011, n/p.).

No contexto racista brasileiro essas ideias são fundamentais. Lélia Gonzalez, desde há muito, afirmava que:

O lugar em que nos situamos determinará nossa interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo. Para nós o racismo [grifo da autora] se constitui como a sintomática [grifo da autora] que caracteriza a neurose cultural brasileira [grifo da autora]. Nesse sentido, veremos que sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular (Gonzalez, 1984, p. 224)

Já Luiza Bairros (1995) destaca que as imagens costumeiramente associadas ao masculino – principal provedor da família, ocupante das posições mais valorizadas do mercado de trabalho, atleta sexual, iniciador das relações amorosas, agressivo – cruzadas com o racismo no Brasil reconfiguram a forma como homens negros vivenciam gênero.

Assim o negro desempregado ou ganhando um salário minguado é visto como o preguiçoso, o fracassado, o incapaz. O atleta sexual é percebido como um estuprador em potencial, o agressivo torna-se o alvo preferido da brutalidade policial. Só que estes aspectos raramente são associados aos efeitos combinados de sexismo e racismo sobre os homens, que reforçam o primeiro na ilusão de poder compensar os efeitos devastadores do segundo (Bairros, 1995, p. 461).

A perspectiva interseccional é, para nós, necessária para dar conta de nos aproximarmos de qualquer realidade em uma sociedade marcada pelo sexismo, pelo classismo e pelo racismo. Claro que estes não são os únicos eixos de opressão aos quais a população brasileira está submetida – também há discriminação relacionada à origem, à geração, à diversidade funcional,

à sexualidade etc – mas aqui olhamos “apenas” para gênero, raça e classe por dois motivos. O primeiro tem a ver com as principais questões que foram observadas na unidade de saúde visitada, como abordamos no terceiro capítulo desta dissertação. O outro tem relação com o apontado pelas autoras que foram estudadas neste trabalho, como discutido principalmente no quarto capítulo. Por ora, seguimos ao segundo capítulo, em que os caminhos da pesquisa são apresentados.

## CAPÍTULO 2 – OS CAMINHOS DA PESQUISA

A partir da discussão apresentada no capítulo anterior e das orientações recebidas no Exame de Qualificação, realizamos uma pesquisa exploratória nos campos de trabalho da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. A proposta era compreender como as questões de gênero se manifestariam nesse contexto de práticas de saúde.

Para este trabalho, foi necessário estar perto das situações em que profissionais e pessoas atendidas se relacionam, dialogam, convivem e realizam trocas, de modo a permitir uma apreensão dos elementos que buscava estudar. O método a ser adotado, assim, devia permitir uma aproximação desses fenômenos tal qual se dão, em seu próprio ambiente, ou seja, em uma unidade de saúde.

Ianni Scarcelli (2017), com o objetivo de mostrar a viabilidade da teoria pichoniana na construção de um método de pesquisa, vem discutindo como é possível realizar uma análise a partir da perspectiva de grupos operativos. A técnica de grupo operativo como instrumento-procedimento foi elaborada por Pichon-Rivière (2005) e tem sido pensada como técnica de intervenção e instrumento de investigação (Scarcelli, 2017).

Isso é possível porque Pichon-Rivière (2005), ao adotar a técnica de grupo operativo como instrumento primordial de trabalho, de tarefa e investigação, partiu da hipótese de que o grupo é uma estrutura básica de interação, o que o transforma em unidade básica de trabalho e investigação, conforme citado por Scarcelli (2017). “Assim, dessa técnica decorre uma teoria que permite compreensões de fenômenos que transcendem o *setting* [itálico da autora] específico no qual ocorre seu manejo” (Scarcelli, 2017, p. 123). É feita, assim, uma passagem do âmbito específico da técnica para o campo de uma Psicologia Social que tem o grupo como cenário e instrumento da constituição do sujeito, e onde se procura compreender esse sujeito e a articulação entre suas determinações internas e externas (Scarcelli, 2017).

Desse modo, Scarcelli (2017) entende que:

ter o grupo operativo como instrumento de investigação não significa constituir um grupo assim formalizado ou investigar um grupo constituído a partir do que propõe a técnica. Em outros termos, do grupo operativo decorre um conjunto de conceitos que orientam nosso olhar quando examinamos situações de maneira geral (Scarcelli, 2017, p. 192).

O grupo operativo, então, utilizado como instrumento de pesquisa se justifica porque ele está referido a uma teoria que a sustenta, como a autora aponta. Por isso, “podemos considerar esse conjunto – teoria e técnica – como instrumento de investigação válido na condução de pesquisas no campo social” (Scarcelli, 2017, p. 196). Entrevistas, observações

(participante ou silenciosa), pesquisa a documentos podem ser, assim, conduzidas tendo esse referencial como guia (Scarcelli, 2017).

Ademais, recuperando as ideias de José Bleger (1989), Scarcelli (2017) afirma que toda instituição pode ser entendida como um grupo – em seu exemplo, ela afirma que todo o clube de futebol é um grupo e não apenas os onze jogadores em campo. Isso nos permite, assim, investigar instituições a partir dessa perspectiva.

A escolha pela unidade de saúde visitada nesta pesquisa se deu logo após o Exame de Qualificação, a partir de nossa rede de contatos. Em janeiro de 2019, recebemos autorização da gestão da unidade de saúde para realizar a pesquisa e planejamos, em conjunto com a psicóloga que atua no serviço, as visitas que ocorreriam ao longo de todo o semestre.

A seguir, apresentamos como se deram as observações realizadas, o registro em diário de campo e a fundamentação para a análise do que foi feito, a partir dos objetivos do trabalho.

## **2.1 Observação, ou o se “deixar levar” na pesquisa**

A partir da entrada no serviço de saúde, a pretensão era de questionar fenômenos relacionados às questões de gênero, apresentadas anteriormente. A experiência da pesquisa exigiu, desse modo, idas e vindas entre teoria, vivências e reflexões. Se, por um lado, foi essencial mergulhar entre os encontros e experiências vividas no serviço de saúde, por outro, foi necessário também encontrar o caminho de volta aos objetivos do trabalho e às relações com suas fundamentações teóricas. Isso é possível a partir do enquadre, que auxilia aquela que pesquisa a “entrar” e a “sair” do outro, assumindo o papel de um salva-vidas (Bohoslavsky, 1991). Além disso, a ideia pichoniana de tarefa, que será mais trabalhada à frente, pode também ter uma função de enquadre. O objetivo do trabalho é o que pode ser considerado como tarefa, se tornando o eixo que permite a circulação do pensamento, o ir e vir e voltar ao objetivo (Scarcelli, 2017).

Realizei diversas visitas a uma UBS do município de São Paulo, a partir dos acordos com a gestão do serviço. Essas visitas ocorreram entre os meses de fevereiro e junho de 2019. Nelas, fiz uso de instrumentos como observação e entrevistas individuais ou grupais (sem gravador), que mais se aproximaram de uma conversa do que de um “interrogatório”, de acordo

com o que emergia na situação. Diferentemente da proposta advinda das ciências sociais, a pesquisa realizada não se caracteriza como uma “etnografia”<sup>6</sup>.

Estando no campo da Psicologia Social, aqui foi de suma importância o se “deixar levar” (Scarcelli, 2002) entre conversas, ações, olhares, silêncios, movimentos e paralisias, em busca daquilo que emergisse no acontecer grupal e inspirasse em mim reflexões acerca dos objetivos da pesquisa. Isso significava também estar disponível para o que fosse sendo proposto pelas profissionais da unidade de saúde visitada. Uma conversa de corredor que virava um convite para conhecer alguma ação. Uma chamada para entrar em um atendimento ou ouvir uma discussão. Impedimentos e receios, por outro lado.

As observações realizadas se prestaram, então, para questionarmos acerca daquilo que se processa no sujeito e nos arranjos e rearranjos grupais. Pela perspectiva aqui adotada, é necessária uma constante análise do mundo interno, de modo a ser possível também acessar os processos intersubjetivos. Pichon-Rivière (2005) define mundo interno como um sistema no qual interagem relações e objetos, numa mútua realimentação. Para esse autor, quando se afirma que o sujeito é um ser de necessidades que só se satisfazem socialmente em relações que o determinam, ou ainda que o sujeito é produzido em uma práxis, decorre disto que os processos psíquicos são a expressão de uma relação dialética entre sujeito e mundo externo (entre necessidade e mundo externo), e que o mundo externo é determinante dessa vida psíquica como repertório de possibilidades, como condição de desenvolvimento da necessidade e de sua satisfação (Pichon-Rivière & Quiroga, 1972). O mundo interno, assim, não se configura em um sistema fechado, mas por mecanismos de projeção e introjeção, se relaciona constantemente com o mundo externo (Pichon-Rivière, 2005).

Assim, como Pichon propõe, é necessário estar atenta a duas dimensões de fenômenos presentes nesse processo: o observável (explícito) e as fantasias inconscientes (implícito). O autor fornece, a fim de melhorar a compreensão desse processo, a imagem de um cone invertido e de uma espiral dialética. Na base do cone estão os conteúdos emergentes, manifestos ou explícitos e em seu vértice, os conteúdos implícitos. A espiral dialética, por sua vez, representa o movimento dialético de indagação e esclarecimento que vai do explícito ao implícito, com o objetivo de explicitá-lo, de tal sorte que analisar é tornar explícito o implícito (Pichon-Rivière, 2005).

---

<sup>6</sup> A etnografia foi trabalhada por Bronisław Malinowski como ferramenta de pesquisa antropológica já no início do século XX, como forma de se aproximar e conhecer uma sociedade distinta daquela do pesquisador. Clifford Geertz, mais à frente, também se utilizou da etnografia em suas pesquisas, buscando compreender a cultura a partir do universo social no qual o indivíduo e comunidades estão inseridas (Szeremeta, 2017).

Para Pichon, “todo processo implícito manifesta-se, dentro do campo de observação, pelo surgimento de uma qualidade nova nesse campo, a qual será denominada emergente. O emergente destaca-se como conceito por representar a articulação possível entre os âmbitos da intra e intersubjetividade” (Scarcelli, 2002, p. 102).

Esse conceito pichoniano, assim, sustentou a pesquisa de campo e a análise do trabalho. O emergente expressa-se por um conjunto de fantasias inconscientes explicitadas através do processo de atribuição e assunção de papéis (Pichon-Rivière, 2005). Este se relaciona diretamente àquele que pode ser considerado um dos pilares da teoria pichoniana: o conceito de porta-voz (Scarcelli, 2002), um membro do grupo que em um momento denuncia o acontecer grupal, as fantasias que o movem, as ansiedades e necessidades do grupo. Não fala, entretanto, só por si, mas por todos, pois é no porta-voz que se conjugam a verticalidade e horizontalidade grupais. Nesse sentido, o sujeito porta-voz é veículo de uma qualidade emergente que afeta toda a estrutura grupal. Ele nos remete, assim, às relações infra-estruturais, implícitas, nas quais estão comprometidos todos os integrantes do grupo (Pichon-Rivière, 2005). Assim, o emergente representa uma nova situação grupal, sendo o porta-voz aquele que explicita as fantasias inconscientes do grupo (Scarcelli, 2002).

De acordo com a abordagem pichoniana, o grupo é o lugar privilegiado para a investigação dos fenômenos aqui pretendida porque permite a indagação do interjogo entre o intra e o intersubjetivo. Isso é possível pela observação das formas de interação e os mecanismos acima mencionados, de atribuição e assunção de papéis. Assim, para Pichon-Rivière (2005), a análise das formas de interação permite estabelecer hipóteses sobre os próprios processos que as determinam. Fundamental para isso, foi o uso de um companheiro na pesquisa, o diário de campo, apresentado na sequência.

## **2.2 Diário de campo, ou como não estar sozinha na pesquisa**

O diário de campo foi meu grande aliado neste trabalho. Nele registrei as observações e reflexões que fui podendo realizar, a cada visita. Pude, assim, incluir tudo: informações sobre o local e as pessoas, datas e horários, ocorridos, contatos, acordos e combinados, bem como questões subjetivas, reflexões acerca do tema da pesquisa e diálogos com leituras que já havia feito. Todo esse registro formou um diário de uma experiência vivida nas relações que travei com pessoas, assim como de uma experiência vivida na instituição, com sua (des)organização, hierarquia, cultura e história.

A escolha por essa ferramenta se inspira nos usos dos diários e cadernos de campo em pesquisas etnográficas, mas não corresponde exatamente a isso. Os escritos no diário de campo aqui representam uma construção na qual eu mesma, enquanto pesquisadora, participo, já que até mesmo o que foi selecionado para registro passou por minha atenção, interpretação e vida interna. Esta, por sua vez, pode ser teorizada a partir de uma teoria de grupos concebida no âmbito da Psicologia Social da Práxis (Kazi, 2006) pichoniana.

O diário de campo foi depois digitado em computador e armazenado, sendo seu conteúdo utilizado apenas para fins desta pesquisa. Não foi feito nenhum outro tipo de registro – de imagem ou voz – assim como não são registradas nesta pesquisa as identidades das pessoas que participaram das situações observadas e das conversas. O interesse não está em identificar pessoalmente os participantes, mas em vislumbrar o acontecer grupal. Dessa forma, o anonimato da unidade de saúde visitada e dessas pessoas está garantido.

Para fins desta dissertação, são utilizados trechos do diário de campo para elucidar os fenômenos observados, assim como as reflexões realizadas durante as visitas à UBS. Nestes trechos, os nomes e demais dados que pudessem levar à identificação das pessoas foram trocados ou ocultados, para que o anonimato permanecesse garantido.

Essa seleção no uso do conteúdo do diário de campo se justifica conforme o relato de Florence Weber (2009), a respeito de sua própria experiência com a ferramenta:

Se eu me reportar à minha própria experiência, o diário do etnógrafo, na sua escrita primeira, não é ainda um “texto”: é um conjunto sem coerência prevista em cadernos ou em folhas, mais ou menos estruturadas, mais ou menos ordenadas, segundo os momentos da pesquisa e as fases da investigação. Mesmo que o etnógrafo tivesse intenção de maior objetividade, não seria possível publicá-lo “tal e qual”: ele necessita de um considerável trabalho editorial. As notas podem, entretanto, ser publicadas em partes, sofrendo o texto original cortes e edição. Dessa forma, eu utilizei certos fragmentos do diário de investigação como documentos do mesmo título e com as mesmas precauções críticas dispensadas às entrevistas transcritas ou aos arquivos. Outras passagens, mais reflexivas, que fazem parte do diário de pesquisa (ou do relato de pesquisa), são publicadas no texto final, quase que sem retoques, como os fragmentos finais da análise. Mas o diário de pesquisa está destinado a permanecer em parte secreto: não nos livramos facilmente das especulações teóricas e conceituais, das hipóteses inúteis ou abandonadas, onde a ingenuidade ou os enganos registrados, se tornados públicos, teriam impacto na imagem do pesquisador, uma imagem que é construída pacientemente, ao longo dos textos publicados pelo etnógrafo-intelectual (Weber, 2009, p. 159-160).

A etnógrafa, está preocupada com o a “censura” do diário de campo: “Censurar a publicação permite não censurar a escrita. Os materiais censurados não são da ordem do íntimo, mas da ordem do não (ainda) inteligível” (Weber, 2009, p. 157). Para se tornar, assim, “inteligível”, o texto do diário foi lido e relido (por mim mesma e por colegas do grupo de pesquisa) à luz dos objetivos da pesquisa e dos referenciais teóricos utilizados, de modo a extrair certas situações e cenas. A seguir, a fundamentação para sua análise é apresentada.

### 2.3 Análise a partir da Psicologia Social

Para Pichon-Rivière, analisar é tornar explícito o implícito e isso é possível por meio de um determinado conjunto de pressupostos e técnicas sobre o qual a Psicologia Social postulada por ele se fundou. Para darmos conta de apresentar esse processo de análise, é preciso explicar, primeiramente, alguns conceitos pichonianos.

Como afirmado anteriormente, essa perspectiva de Psicologia Social considera a possibilidade de uma análise em três direções: psicossocial, sociodinâmica e institucional. O estudo psicossocial analisa o sujeito através de seus vínculos e relações interpessoais; o sociodinâmico analisa as diversas tensões que existem entre todos membros do grupo; e o institucional investiga os grandes grupos, sua estrutura, origem, composição, história, economia, política, ideologia etc. Esses campos de investigação não são separados; na verdade, vão se integrando sucessivamente (Pichon-Rivière, 1982, citado por Scarcelli, 2017).

Do mesmo modo, lembra Scarcelli (2017), as três áreas de expressão do comportamento são entendidas por Pichon como inseparáveis: mente, corpo e mundo exterior. Pichon, ao formular essas questões a partir da concepção dialética, acaba por integrar antinomias tradicionalmente concebidas (como indivíduo/sociedade), e assim entende que “a sociedade está dentro e está fora, mas a sociedade que está dentro o está de uma forma particular para cada indivíduo” (Pichon-Rivière, 1982, p. 70, citado por Scarcelli, 2017, p. 111).

A relação dialética que se dá entre estrutura social e fantasias inconscientes do sujeito é possível de ser estudada por meio da noção pichoniana de vínculo.

*Vínculo* [itálico da autora] se refere, em grande parte dos escritos pichonianos, à modalidade de interação que ocupa lugar no contexto de sua prática analítica: é estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, as reações do sujeito frente ao objeto, as reações do objeto frente ao sujeito e a relação estabelecida entre ambos, o que envolve atribuição e assunção de papéis (Scarcelli, 2017, p. 113).

A Psicologia Social pichoniana tem como objeto teórico o vínculo, sendo o grupo lugar privilegiado de investigação, no qual um conjunto restrito de pessoas se propõe, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade (Scarcelli, 2017). A tarefa consiste na elaboração de duas ansiedades básicas: medo da perda (ansiedade depressiva) das estruturas existentes e medo do ataque (ansiedade paranóide) na nova situação. Esta última advém quando o sujeito se sente inseguro por carência de instrumentação para lidar com as novas estruturas. Essas duas ansiedades são coexistentes e cooperantes e configuram a situação denominada como “resistência à mudança” (Pichon-Rivière, 2005).



Essa resistência é denunciada, no grupo operativo, pelo que Pichon chama de “obstáculo epistemofílico”, que diz respeito ao estancamento da aprendizagem. Assim, a resistência à mudança deve ser superada em um acontecer grupal no qual se cumprem os três momentos dialéticos de tese, antítese e síntese, através de um processo de esclarecimento que vai do explícito ao implícito (Pichon-Rivière, 2005).

Nesse ponto, articulam-se conceitos pichonianos centrais nesta pesquisa. Como dito anteriormente, o grupo se estrutura com base no interjogo dos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis. Desses mecanismos, destacam-se o papel de porta-voz, o de bode expiatório e o de líder.

Esses papéis não são estereotipados, mas funcionais e rotativos. Abordamos com o conceito de porta-voz o que pode ser considerado um dos pilares de nossa teoria. Porta-voz de um grupo é o membro que num momento denuncia o acontecer grupal, as fantasias que o movem, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo. Mas o porta-voz não fala só por si, mas por todos; nele se conjugam o que chamamos verticalidade e horizontalidade grupal, entendendo-se por verticalidade aquilo que se refere à história pessoal do sujeito, e por horizontalidade o processo atual que acontece no aqui e agora, na totalidade dos membros. O porta-voz pode desempenhar seu papel porque nele se dá uma articulação entre sua fantasia inconsciente . . . e o acontecer do grupo em que se insere. Esse encaixe permite a emergência do material que deve ser interpretado. A interpretação utilizará esses dois elementos: o vertical e o horizontal. Através do problema enunciado pelo porta-voz em sua verticalidade, deve-se exemplificar a situação de todos os membros do grupo, no aqui e no agora, e em relação com a tarefa (Pichon-Rivière, 2005, pp. 179-180).

O bode expiatório, por exemplo, é um tipo de papel que se expressa nos grupos. Nessa situação, um membro do grupo se faz depositário dos aspectos negativos ou atemorizantes do grupo ou da tarefa, num acordo tácito no qual tanto ele como os outros estão comprometidos. Nisto aparecem mecanismos de segregação. Por outro lado, outro membro do grupo, pelo mesmo processo de atribuição de papéis, pode fazer-se depositário de aspectos positivos do grupo, constituindo-se no líder. Para Pichon, os dois papéis estão intimamente ligados. Há ainda o papel de sabotador, que é geralmente a liderança da resistência à mudança (Pichon-Rivière, 2005).

Esses conceitos estão relacionados a dois níveis que Pichon atribui aos grupos, o vertical e o horizontal. O primeiro está relacionado com o histórico, o individual de cada sujeito, que lhe permite a assunção de determinados papéis adjudicados pelos demais integrantes do grupo. Já o horizontal é o compartilhado pelo grupo, o denominador comum que os unifica. É o vertical que vai permitir que o sujeito esteja disponível para estabelecer uma atualização, onde opera um processo transferencial. Essa disponibilidade é que vai conferir-lhe condição para se transformar no porta-voz de um conflito vivido como seu, mas que denuncia o conflito do arranjo grupal (Pichon-Rivière, 2005).

O porta-voz, assim, é veículo de uma qualidade emergente que afeta toda a estrutura grupal e que remete às relações infra-estruturais, implícitas, nas quais todos os membros do grupo estão comprometidos. Todo processo implícito se manifesta pelo surgimento, no interior do campo de observação, de uma qualidade nova nesse campo, denominada por Pichon (2005) como emergente, que remete a um acontecer implícito.

A interpretação será, assim, um instrumento de operação no âmbito grupal que deve incluir as dimensões vertical e horizontal. Ela é uma hipótese, formulada a partir do explícito, que se faz sobre o acontecer implícito. Ou seja, sobre o vertical do porta-voz e o horizontal do grupo (Pichon-Rivière, 2005).

A análise do acontecer grupal se desenvolve por meio do método dialético proposto por Pichon. Esse método implica um tipo de análise que desvende princípios opostos e tendências contraditórias a partir dos fatos fundamentais, das relações cotidianas. A dialética grupal consiste numa relação entre processos implícitos e acontecer explícito, entre o manifesto e o latente (Pichon-Rivière, 2005). Além disso, essa análise permite a investigação da infraestrutura inconsciente das ideologias que estão em jogo e que determinam as ambiguidades e, assim, o surgimento de confrontos entre subgrupos que se manifestam como contradição (Scarcelli, 2002).

As ideologias emergentes nos grupos são sistemas de representação, de pensamentos conscientes ou inconscientes com grande carga emocional. Frequentemente se assemelham a crenças religiosas, embora seus portadores considerem seus pensamentos como resultado de um raciocínio lógico. Representam fator fundamental na organização da vida, podendo ser transmitidas de pais para filhos, de professores para alunos, de técnicos para usuários dos serviços, por processos de identificação, por exemplo. O conteúdo manifesto da ideologia pode ser compreensível ou não. Ao funcionarem de maneira mais ou menos inconsciente, as ideologias constituem-se em barreiras que impedem a manifestação de novas descobertas na convivência grupal. Nesse sentido, faz-se necessário analisar a infra-estrutura inconsciente manifestada nos discursos e práticas; portanto, a análise das palavras ou da linguagem, análise semântico-semantística, constitui uma parte fundamental na investigação das ideologias. Fundamental, também, é a análise sistemática da ambigüidade das ideologias presentes no grupo e que se apresentam em forma de contradição (Scarcelli, 2002, pp. 91-92).

Pichon afirma a necessidade da análise das ideologias do grupo, o que

conduz à análise semântica, ou à análise de sua formulação, e à análise sistêmica que aborda a estrutura interna da ideologia e sua ambigüidade, que se manifesta em forma de contradição. É por isso que a análise sistemática das contradições . . . constitui uma das tarefas fundamentais do grupo operativo e de toda investigação social (Pichon-Rivière, 2005, p. 178).

Importante lembrar, como apresentado anteriormente, que a Psicologia Social postulada por Pichon se inscreve numa crítica da vida cotidiana, de modo que aborda o sujeito imerso em suas relações cotidianas. Para o autor: “Nossa consciência dessas relações perde sua trivialidade

na medida em que o instrumento teórico e sua metodologia nos permitem investigar a gênese dos fatos sociais” (Pichon-Rivière, 2005, p. 238).

Pichon afirma que a Psicologia Social consiste na averiguação das formas de interação, sendo o esquema do “cone invertido” construído para essa averiguação. Tudo o que acontece num grupo pode ser representado por esse esquema, que indica uma situação espiralada que desemboca num ponto determinado no qual se formula a resistência à mudança.

O trabalho grupal configura a espiral que vai se internalizando pouco a pouco mediante a utilização dos vetores de interpretação para poder chegar ao núcleo onde reside a resistência à mudança. Toda aprendizagem produz uma vivência de medo da perda e de medo do ataque que são os pontos importantes de solução no processo de aprendizagem (Pichon-Rivière, 2005, p. 267).

O medo da perda refere-se àquilo que já foi conseguido, enquanto o medo do ataque, à perda das defesas. Para Pichon, esses são os medos básicos que dificultam toda aprendizagem. É preciso, então, resolver as situações de estancamento – na doença, na aprendizagem, ou em qualquer aspecto da vida – de modo que esta se torne uma situação dialética. Tese, antítese e síntese é que podem levar à situação de movimento no interior do grupo, com a possibilidade de aprender sem o temor de perder (Pichon-Rivière, 2005). Nas palavras do autor:

O processo de esclarecimento num grupo tende a tornar-se dialético, a romper as situações dilemáticas, que caracterizamos como situações que impedem a mudança, porque os problemas são formulados de modo dilemático [itálico do autor] como opção entre o ‘sim’ e o ‘não’, onde não há possibilidades de solução. Opõem-se às situações com solução, que são as situações dialéticas [itálico do autor], em que, através do processo de interjogo, se maneja o problema até resolvê-lo na forma de uma solução, que é uma síntese que por sua vez se transforma no ponto de partida de uma nova situação dialética. Resolvido antes o conflito através de uma síntese, essa síntese volta de novo a funcionar como tese, que gerará uma operação, porque aí mesmo se estabelecem novas situações de contradição (Pichon-Rivière, 2005, p. 277).

Essas contribuições pichonianas, que se agrupam em torno dos grupos operativos, amparam uma investigação como esta. No entanto, os conceitos apresentados acima, como afirma Scarcelli (2017), privilegiam o olhar para as dimensões psicossocial e sociodinâmica, isto é, para o sujeito e para o grupo, deixando um tanto de fora a análise institucional. Ainda que não seja possível separar esses três âmbitos,

o fato de haver uma apropriação maior de conceitos que permitem um exame mais detalhado sobre cada um deles, pode funcionar de modo a fragmentar o olhar, o pensamento, e, conseqüentemente, a ação; e esta corre o risco de se constituir com características fundamentalmente ideológicas (Scarcelli, 2017, p. 144).

Isso se torna ainda mais importante se levarmos em conta que, a partir da perspectiva aqui adotada, a realidade social e psíquica é compreendida como uma totalidade em constante movimento, onde tudo tem a ver com tudo, tendo características de interdependência, impermanência e transformação (Scarcelli, 2017).

Scarcelli (2017) destaca que as três direções de investigação – psicossocial, sociodinâmica e institucional – são guias para direcionar o olhar, organizar o pensamento e planificar uma ação, se configurando em um modo de ter acesso a informações coletadas no exterior mas que dizem respeito também ao interior do sujeito. É, assim, impossível interpretar os dados recolhidos em um nível sem apelar para os que foram obtidos nos outros (Scarcelli, 2017).

A autora, então, tem proposto um recorte para subsidiar a formulação de perguntas, problemas e compreensões acerca da dimensão institucional no campo das políticas e práticas. Esse recorte metodológico tem caráter de apoio e não é possível fazer uma clara separação entre eles, possibilitando agregar conhecimentos sobre os fenômenos numa perspectiva pluridimensional e interdisciplinar (Scarcelli, 2017). Foram formulados, para tanto, quatro âmbitos:

- Político-jurídico: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não governamentais decorrentes dessas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros.
- Social-cultural: indaga sobre grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição, implantação e implementação de políticas e práticas;
- Teórico-conceitual: indaga sobre fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis, etc.
- Técnico-assistencial: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimentos de práticas de programas, diretrizes políticas e lei (Scarcelli, 2017, p. 218).

Para Scarcelli (2017), as perguntas que podem ser feitas a partir desses âmbitos auxiliam-nos a colocarmos sob suspeita a “autoevidência do cotidiano e a naturalização do instituído”, questionando sobre concepções relacionadas à dinâmica institucional em situações no campo das políticas e práticas. A autora salienta que a ligação dessa proposta à teoria pichoniana propicia agregar novas compreensões à dinâmica institucional.

Aqui ocorre uma possibilidade de deslocamento das questões especificamente relacionadas ao vínculo (objeto da psicologia social) que permitem a elaboração de compreensões e, conseqüentemente, ampliar as referências para outros campos que, por sua vez, podem retornar à problemática do vínculo, expandindo o entendimento sobre aquelas mesmas questões. Considerando que esse é um recorte sem implicação direta com a teoria pichoniana, ele tem sido útil para delimitar problemas na análise das políticas e programas de maneira geral (Scarcelli, 2017, p. 232).

Sendo assim, o presente trabalho de pesquisa no campo social e de políticas públicas de saúde, leva em consideração as contribuições acima. Estas propiciaram a formulação dos objetivos, a aproximação da unidade de saúde visitada, as observações realizadas, o registro em diário de campo e sua análise.

A seguir, são apresentados a Atenção Básica no SUS e aspectos ligados ao serviço de saúde em que ocorreu parte desta pesquisa, assim como as visitas desenvolvidas.

## **2.4 A Atenção Básica no Brasil**

Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde são termos que têm sido utilizados como sinônimos no Brasil. Guilherme Mello, Bruno Fontanella e Marcelo Demarzo (2009) entendem que eles podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual, mas em algumas ocasiões, seus referenciais variam e o uso indiscriminado não percebe o contexto conceitual e ideológico a que os termos estão submetidos. Em contraste com a tendência internacional do uso de Atenção Primária, a expressão Atenção Básica acabou sendo oficializada no Brasil (por meio de seu uso em documentos governamentais e denominação de secretarias), o que vem sendo entendido por alguns autores como uma forma de posicionamento em se negar a denominação utilizada pelas agências internacionais, como o Banco Mundial (Mello et al., 2009). Aqui, seguiremos a adoção corrente no Brasil de Atenção Básica.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em torno de uma hierarquia tecnológica da assistência à saúde – classificada em primária, secundária e terciária – tendo a Atenção Básica como eixo ordenador de um modelo de atenção à saúde construído na perspectiva da atenção integral. O atendimento integral pode se referir ao fato deste envolver a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (Paim, 2009), bem como considerar o sujeito em sua condição integral, e não parcial. A assistência integral, assim, contempla a continuidade do atendimento, quando necessário, nesses distintos níveis (Paim, 2009).

A Atenção Básica é considerada como tendo a possibilidade de resolução de 80% dos casos que chegam ao sistema de saúde. Os demais seriam, de modo sistemático e organizado, encaminhados para os outros níveis do sistema, que são compostos por serviços ambulatoriais e hospitalares. No entanto, como aponta Jairnilson Paim (2009), para que as pessoas tenham acesso a serviços especializados e exames complementares, o SUS se tornou dependente do setor privado, nos níveis secundário e terciário. Isso pode ser, em partes, explicado pelo subfinanciamento do sistema público de saúde, considerado como um dos maiores entraves para o desenvolvimento do SUS (Paim, 2009). De todo modo, há avanços importantes na implementação das políticas públicas de saúde no Brasil. A Atenção Básica, mesmo com obstáculos, se configura em um conjunto de ações, individuais e coletivas, fundamental para a

promoção, proteção e prevenção da saúde da população. E tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde das pessoas.

A Política Nacional da Atenção Básica (Portaria N. 2488/2011) preconiza que esta deve ser o contato preferencial dos usuários do SUS e a principal porta de entrada ao Sistema. Por conta disso, é fundamental que se oriente por alguns princípios: universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização, equidade, vínculo, responsabilização e participação social (Brasil, 2012). Profissionais da Atenção Básica são de diferentes categorias e formações, trabalhando em conjunto a fim de atingir objetivos comuns no acompanhamento da saúde da população atendida. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os equipamentos públicos onde se desenvolvem e se organizam as ações da Atenção Básica nos municípios. Estas se encontram regionalizadas, isto é, atendem populações adscritas nos territórios pelos quais cada UBS é responsável, de modo que as pessoas sejam acompanhadas próximo aos seus locais de moradia, às suas comunidades e realidades sociais próprias.

Dentre os desafios impostos à Atenção Básica está o da humanização, que diz respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (Deslandes 2004; citado por Teixeira, 2005).

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam da sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio de gestão participativa, com os trabalhadores e usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS (Paim, 2009, p. 90).

Isso não quer dizer que as ações dos serviços de saúde não devam levar em conta a importância do controle da doença – de sintomas, infecções, epidemias -, mas que deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. Esse sucesso tem sido atribuído tão somente à dimensão de êxitos técnicos. Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas, uma vez que são práticas que supõem uma relação estática, individualizada, individualizante e objetificadora das pessoas atendidas (Ayres, 2001).

Para Ricardo Teixeira (2005), as características da Atenção Básica conferem especial relevância à proposta de humanização porque a extensão e a capilaridade da rede de serviços são únicas e não encontram paralelo em nenhum outro equipamento da rede de serviços de saúde, e porque sua atuação refere-se às demandas de saúde mais frequentes da população, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os “problemas da vida” e a “patologia”

objetivamente definida. Por isso, as demandas de saúde das pessoas que buscam a Atenção Básica nem sempre têm, para o autor, uma configuração cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina (Teixeira, 2005).

Disso, segundo Teixeira (2005), decorrem duas outras características fundamentais desse nível de atenção à saúde no SUS. A primeira é a “importância excepcional” que as chamadas “tecnologias de conversa” têm para facilitar a identificação, elaboração e negociação com as pessoas atendidas das suas necessidades. A outra é a importância da atuação multiprofissional e da articulação intersetorial, uma vez que a Atenção Básica

possui inevitavelmente essa vocação de ‘porta de entrada’ não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão (Teixeira, 2005, p. 592).

Esse autor entende que o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional e, por isso, desenvolveu ideias sobre as “tecnologias de conversa” como uma resposta adequada aos problemas do acolhimento e do vínculo nos serviços de saúde. Teixeira (2005) propõe que o acolhimento seja “dialogado”, podendo ser operado por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, ou seja, em qualquer encontro, em qualquer conversa. Nesse acolhimento, é que se identifica, se elabora e se negocia as necessidades que podem vir a ser satisfeitas, de modo a se fundamentar em três aspectos: no reconhecimento do outro como um legítimo outro; no reconhecimento de cada um como insuficiente; e no reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. “Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (Teixeira, 2005, p. 593).

No entanto, ao observarem a rede básica de serviços de saúde presente na maioria dos municípios mais desenvolvidos socioeconomicamente, Emerson Merhy e Marcos Queiroz (1993) afirmam que se, por um lado, é possível ver um sucesso significativo no que diz respeito à implantação de uma rede de serviços municipalizada e universalizada, de outro, o que se percebe é a dificuldade de se libertar do predomínio da clínica individual, baseada no paradigma biológico. Os autores avaliam, nesse sentido, que há uma:

redução do problema saúde-doença a uma questão de organização racional (custo/eficácia) das ações médicas, auxiliadas pelas ações coletivas, na qual a rede básica de serviços de saúde se transforma numa verdadeira triagem dos problemas de saúde, a partir do eixo ‘queixa/procedimento’, descaracterizando a dimensão coletiva do processo saúde-doença e realizando, em nome da unificação das ações de saúde, uma ‘deslavada’ medicalização (Merhy & Queiroz, 1993, p. 182).

Além disso, como Mello et al. (2009) destacam, a acentuada desigualdade social no país fez com que a Atenção Básica fosse priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente.

Em si, isso não é um problema, pelo contrário, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a AB [Atenção Básica] é entendida por alguns como ‘medicina para pobres’, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos. Neste caso, as políticas tendem a se voltar prioritariamente para a ‘cobertura’ do sistema, ou seja, permanecem focadas, sobretudo, na extensão do acesso àquela população, sem, contudo, envolver a consideração tecnológica devida, reforçando um caráter de classe . . . (Mello et al., 2009, p. 210).

O mesmo se deu diante da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Paim, 2009). Esta tem sido o modo de organização da Atenção Básica no Brasil nos últimos anos, uma política pública que busca favorecer a reorientação do processo de trabalho com um potencial maior de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, assim como de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde da população (Brasil, 2012). No entanto, o investimento na ESF ocorre de forma desigual ao longo do país, tendo sido sua implementação prioritariamente realizada em regiões pobres e periféricas (Feuerwerker, 2016). Em São Paulo, então, a realidade da Atenção Básica e da ESF tem suas particularidades.

O município de São Paulo configura uma das experiências mais complexas de construção do SUS no Brasil. É uma megalópole, centro de uma região metropolitana de mais de 20 milhões de habitantes, maior centro econômico-financeiro do país, que convive com profundas desigualdades econômico-sociais e uma profunda descontinuidade político-administrativa, particularmente no que diz respeito à política de saúde, desde 1988 até os dias atuais (Feuerwerker, 2016, p. 198).

A UBS visitada nesta pesquisa encontra-se no âmbito da Atenção Básica do município, mas não se organiza em torno da ESF. Essa realidade não é exclusiva. As unidades de saúde da Atenção Básica em São Paulo caracterizam-se por uma diversidade de modelos organizativos, o que é justificado pelas intensas dificuldades que a urbanização e as desigualdades sociais impõem à implantação da Estratégia de Saúde da Família (Viana, Rocha, Elias, Ibañe, & Novaes, 2006).

## **2.5 A UBS visitada**

A unidade de saúde onde foi realizada parte da presente pesquisa é uma UBS no município de São Paulo, compondo a rede de serviços da Atenção Básica. Essa UBS é responsável por uma área de 25 mil pessoas, que vivem em dois territórios descontínuos, muito



diversos socioeconômica e demograficamente, com condições de saúde e de vulnerabilidades distintas. O território mais próximo ao serviço tem dez mil habitantes, entre adultos jovens, idosos e poucas crianças. Seus moradores dispõem de melhores condições socioeconômicas e muitos têm convênio de saúde particular.

A outra área atendida pela UBS, com quinze mil pessoas, é composta por vários bairros distantes da região mais central onde o serviço se encontra. É um território mais extenso e mais diverso em si mesmo. Possui residências e prédios de classe média, assim como áreas de maior vulnerabilidade social, onde está a maior parte das crianças matriculadas na unidade de saúde.

O grupo de profissionais do serviço divide-se para atender essas duas áreas. A mais próxima da UBS é atendida por uma equipe que se aproxima da proposta da ESF, sendo formada por médicos de família e comunidade, enfermeira e auxiliares de enfermagem. Não há, entretanto, Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) tal qual a ESF dispõe, o que traz grandes diferenças para o trabalho. A outra área é atendida por uma diversidade de profissionais: médicos generalistas, ginecologistas, pediatras, psiquiatras, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e psicóloga. Vale mencionar que esse serviço de saúde recebe regularmente estudantes de graduação e de programas de residência em saúde (médicas e multiprofissionais) para realizarem estágios.

As ações de saúde da unidade como um todo são realizadas por meio de consultas individuais e em grupos, visitas domiciliares e atenção à demanda espontânea, buscando integrar o atendimento não agendado a atividades de promoção e cuidado da saúde.

Essa UBS tem, ainda, além das equipes administrativas, um setor de vigilância em saúde e um setor de informação. Este último produziu seu próprio sistema de informação, que coleta dados a partir das matrículas das pessoas atendidas pelo serviço (informações socioeconômicas e demográficas) e das atividades ali desenvolvidas por meio da digitação dos prontuários, que são registros internos do acompanhamento da saúde dessas pessoas.

Vale dizer que, em tempos de aprofundamento de políticas neoliberais, com o enxugamento dos serviços públicos, neste vêm sendo feitas dispensas de profissionais, assim como o oferecimento de demissão voluntária, o que chegou também às unidades de saúde.

Estudantes de graduação e programas de residência que circulam pela UBS também fizeram parte das observações na unidade. Assim, não apenas as profissionais de saúde, mas também as estudantes aparecem neste trabalho.

Escolhemos utilizar o feminino ao fazer referência a estudantes e profissionais deste serviço de saúde pelo fato de que ambas categorias eram majoritariamente compostas por

mulheres. Compreendemos que a utilização das palavras no masculino obscureceria a forte presença observada de mulheres.

As mulheres trabalhadoras desta unidade de saúde eram brancas, negras e orientais, mas apenas uma médica era negra. Os homens eram profissionais administrativos em sua maioria, sendo alguns, médicos. Os médicos homens eram todos brancos. Não havia homens enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, de modo que toda a equipe de enfermagem era composta por mulheres. Na equipe de médicas pediatras, também só havia mulheres. Todas essas pessoas eram cisgênero, não há pessoas trans trabalhando na unidade.

## **2.6 As visitas à UBS**

No início de fevereiro de 2019, realizamos uma reunião com a gerente e a psicóloga da unidade de saúde para pensar a pesquisa. A partir desse encontro, foi aberta a possibilidade de circular pelo serviço durante o semestre. Até junho do mesmo ano, foram realizadas de uma a três idas por semana à unidade, totalizando mais de trinta visitas.

Cabe mencionar que diante do fato da UBS compor campo de estágios de cursos de graduação pós-graduação ocorreram situações que importam a esta pesquisa. Invariavelmente, as profissionais achavam que eu era uma aluna de graduação ou de programa de residência, embora meu tipo de inserção sempre fosse esclarecido. Consideramos que isso as levava a me ofertarem as mesmas atividades que as demais estudantes costumavam realizar. Se, por um lado, isso permitiu uma circulação por determinadas situações que em outro serviço poderiam ser dificultosas (como a observação dos atendimentos), por outro, pode ter provocado um engessamento. Isso porque, aquelas ações e atividades que as demais estudantes não costumam participar (como reuniões de equipe, reuniões e ações com demais serviços e instituições da rede) não foram oferecidas a mim.

De qualquer modo, tive a possibilidade de realizar observações, para os fins desta pesquisa, em diferentes contextos: reuniões gerais, discussões de caso, supervisão de estudantes, atendimentos individuais e grupos com as usuárias do serviço. Utilizamos aqui o feminino para designar as pessoas atendidas pela UBS pois estas também se constituíam em maioria, fato este que implicará em discussões neste trabalho.

Diversas conversas com as profissionais, sendo em momentos agendados para isso, entre atendimentos ou ainda “no corredor”, também foram fonte de registros no diário de campo e serviram para os fins da pesquisa. Seguimos, agora, ao terceiro capítulo, em que são

apresentadas cenas e situações vivenciadas durante as visitas à UBS que foram selecionadas a partir da leitura do diário de campo.

### CAPÍTULO 3 – GÊNERO E PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Para a tarefa de refletir à luz dos estudos de gênero o que foi observado na UBS com o apoio das contribuições pichonianas, consideramos relevante trazer certas percepções a respeito das práticas desenvolvidas na UBS visitada. Estas se relacionam ao que é apresentado neste capítulo e discutido à frente, no capítulo seguinte.

As consultas observadas na UBS envolviam principalmente ações como preencher papéis, pesar e medir as pessoas atendidas. Geralmente os atendimentos eram iniciados com uma série de perguntas cujas respostas eram anotadas pelas profissionais nas fichas do prontuário ou preenchidas no computador. Isso me trouxe questões em relação ao espaço para a escuta e para a conversa, que vem sendo valorizado nas práticas de saúde para além de profissionais psi. Era frequente acontecer das pessoas falarem comigo sobre questões de suas vidas na ausência da profissional que estava atendendo. Também era frequente as profissionais falarem comigo, no intervalo entre consultas, sobre questões afetivas relacionadas ao caso, na ausência da pessoa atendida. Por que uma não falava, no entanto, com a outra? Que papel eu estava a cumprir ali?

Isso aconteceu no atendimento de uma jovem cis negra, que vou nomear Tatiana<sup>7</sup>, que estava gestante e não se alimentava bem. Sempre triste, seu bebê não vinha ganhando o peso necessário. A médica estava preocupada e a examinava com atenção. Vinha também lhe pedindo para ir ao hospital toda semana realizar o que chamava de “exame de vitalidade do bebê”. Quando Tatiana saiu da sala, a médica me contou que ela estava desempregada quando engravidou, e morava com a mãe. Não estava planejando essa gravidez. Achando que Tatiana estava triste, a profissional disse que ela quase não comia, não tinha apetite. E que desde o início da gravidez tinha sido assim. Com o pouco de comida e o cigarro que sempre fumava, Tatiana acabava não ganhando peso.

A partir do que me disse a profissional, na ausência de Tatiana, e do que senti na sua presença, vinha-me esse contraste entre a desejada “vitalidade” do bebê e a notória “desvitalização” daquela mulher. Todas, no entanto, falamos pouco ou quase nada sobre isso. Assim, parte do que Tatiana dizia parecia não ser incluído no contexto do atendimento. Qual seria o sentido dessa sua desvitalização?

---

<sup>7</sup> Como dito no capítulo anterior, a fim de proteger a identidade das pessoas, seus nomes foram trocados por outros, fictícios.

O mesmo parecia acontecer no acompanhamento de Sônia, uma mulher negra e idosa, que vem comparecendo à UBS há tempos com diferentes queixas. Sua consulta médica que acompanhei foi rápida e confusa. Sônia contou de diferentes especialistas para onde foi encaminhada, de diversas medicações que começou e interrompeu. Na ausência da médica na sala, ela me contou que desde que se aposentou, há quatro anos, “tudo começou”, referindo-se a dores e mal estares pelo corpo. Diante da médica, no entanto, ficou parecendo que estava tudo bem e nada foi muito conversado.

Algo semelhante parecia ocorrer no atendimento de Márcio, um homem negro, que se deu em outro momento. A estudante que o atendeu já estava no corredor indo chamá-lo quando nos disseram que eu poderia acompanhá-la. Ela não parou o que estava fazendo para me contar sobre a consulta que faria. No corredor, andando, eu disse que não conhecia o caso, que ela poderia me dizer alguma coisa. Ao que ela respondeu: “é um caso de alcoolismo, é um retorno”. Uma das primeiras coisas que conversaram na consulta foi sobre se Márcio tinha tido alguma recaída, o que me fez pensar sobre a doença parecendo determinar a pessoa.

A consulta seguiu e Márcio passou a contar, todavia, que estava triste e se sentindo sozinho. Por conta do início do tratamento, tinha deixado de ir ao bar para ver os jogos de futebol e então, não estava encontrando muitas pessoas. Márcio chorou ao dizer que estava sentindo falta dos amigos. Ele parecia contar que sua vida estava sem graça. Senti que ele estava querendo conversar. Mas no atendimento essa sua vontade não pôde muito se realizar. A consulta ficou centrada nas perguntas sobre as recaídas e as medicações que deveria estar tomando como foi orientado.

Essas situações me remeteram a algo que acontecia comigo, pois em alguns momentos naquela UBS, eu sentia uma dificuldade grande em fazer perguntas às profissionais que estava acompanhando. Também não pedia alguma coisa que estivesse precisando, como permissão para acompanhar outro atendimento. Eu poderia ter feito perguntas sobre o trabalho ali desenvolvido, sobre procedimentos adotados, escolhas feitas, mas essas questões só me ocorriam depois quando estava sozinha. Ali, na hora com as profissionais, o que me vinha era uma vontade de mostrar que eu entendia do que estavam falando ou fazendo, afinal, tinha trabalhado em UBS e conhecia aquelas coisas. Como se eu não quisesse ser tomada por tola.

A dificuldade que eu sentia em dizer do que eu precisava parecia me colocar no lugar de identificação com as pessoas atendidas. Interpretei isso a partir das ideias pichonianas de que todos estávamos entrelaçados nesse grupo e isso me remeteu a pensar sobre as dificuldades de diálogo, de acolhimento, de escuta de todos nós. Somos, então levadas a pensar sobre obstáculos vividos na Atenção Básica no sentido de serem consideradas dimensões afetivas,

histórias de vida e, por consequência, de articular a dimensão política do que chega nos atendimentos. Isso é importante se levarmos em conta a dimensão institucional na análise de uma realidade complexa e mutante, conforme proposto por Pichon-Rivière (2005) e apresentado no capítulo anterior. Essas questões estão presentes ao longo do que é apresentado neste capítulo.

Pesquisar e escrever este trabalho a partir de uma perspectiva que considera que tudo tem a ver com tudo (Scarcelli, 2017) se mostrou uma tarefa intrincada. Todas as observações realizadas na UBS, reflexões registradas em diário de campo e discussões com colegas nos levaram a entrar em contato com uma realidade que é, de fato, complexa, sempre mutante e com todos seus aspectos se inter-relacionando. Assim, o esforço para selecionar o que seria apresentado aqui e discutido no próximo capítulo necessitou de amparo em trabalhos anteriores, sobretudo do campo dos estudos de gênero. Então, os pontos escolhidos não esgotam o que precisaria ser levado em conta e que foi percebido na UBS, mas esta seleção permite olhar para alguns problemas fundamentais. Problemas esses que se relacionam tanto com demandas já feitas há muito tempo pelos movimentos feministas – relacionadas a trabalho doméstico, solidão, maternidade – e que, pelo que se pôde perceber, ainda persistem enquanto questões a serem pensadas, quanto com questões mais próprias da contemporaneidade, advindas das demandas trans – uma importante crítica ao tradicional binarismo. Assim, nesse capítulo, são apresentadas situações observadas e vivenciadas na UBS que ajudaram a enunciar tais pontos. A separação, com diferentes temas denominados, tem simplesmente um papel metodológico. No fundo, são indissociáveis e precisam ser compreendidas nas articulações que se produzem entre elas. No capítulo seguinte, são feitas algumas conexões com os estudos de gênero.

### **3.1 Maternidade idealizada e solitária**

Tive a oportunidade de participar por duas vezes de um grupo aberto a cuidadores de bebês pequenos, que tem o objetivo de conversar sobre o momento de vida que estão passando, assim como trocar informações e orientações. Nos dois encontros em que estive, quase todas as participantes eram as mães dos bebês, tendo apenas um pai presente em uma das vezes. Além disso, todas essas mulheres eram cisgênero e estavam engajadas em relações heterossexuais.

No início de um dos encontros, a profissional a conduzi-lo fez uma pergunta sobre o que aquelas mulheres gostariam de falar. Logo, Stefani se abriu, uma colombiana que está há muitos anos no Brasil e com a chegada da primeira filha, tem sentido ser difícil ficar sozinha.

Sua mãe está na Colômbia e seu marido trabalha fora. Stefani fica em casa com a bebê o dia inteiro. Sente falta de ter a mãe por perto, de ter uma presença com ela nesse momento de vida. Sua mãe, por problemas de saúde, não pôde vir ao Brasil após o nascimento da neta. Quem veio foi seu pai, mas Stefani disse que “não é a mesma coisa”. Um silêncio se seguiu a esse relato. A coordenadora tentou incentivar que outras mães também falassem, mas todas seguiam caladas. Stefani, assim, permanecia sozinha. Como se as outras mães resistissem em compartilhar que também tinham suas dificuldades. Por fim, uma mulher, meio rindo, disse a Stefani que “era assim mesmo” e que ela ia se acostumar.

Essa mulher, jovem e negra, apresentou-se dizendo: “Sou Cilene, fui mãe de cinco barrigas e tenho três filhos”. Trazia os três ao grupo. Duas meninas maiores e o bebê que havia nascido há pouco tempo. Apesar dos risos no início, logo Cilene passou a contar, em meio a lágrimas, da falta que vinha sentindo também de sua mãe nesse momento. A mãe havia falecido há dois anos. Na mesma época – fiquei sabendo depois – faleceram também seu marido e um de seus filhos, em um incêndio no barraco em que viviam. Ela estava grávida naquele período e sofreu um aborto. Cilene contou no grupo que a mãe tinha podido ajudá-la na chegada dos primeiros filhos, na adaptação e amamentação. Na época, ia de sua casa para a da mãe e de volta para casa. Depois da morte de sua mãe, passou a sair de casa para ir à UBS e de lá voltar para o lar. Percebia-se sozinha. Sem trabalhar fora, Cilene sente falta de se ocupar de outras coisas além das tarefas domésticas e de cuidado com os filhos. Contou também que o atual marido, pai do bebê, trabalhava fora e não lhe apoiava como sentia que precisava e gostaria. Repetiu algumas vezes que ele não viria a esse grupo “de jeito nenhum” e que “tinha que ser ela mesma”. Sozinha com os três filhos em casa, vinha também sozinha ao serviço de saúde. Cilene disse, decidida, que queria arrumar uma vaga pro filho na creche, para poder procurar emprego novamente.

Logo a discussão sobre creche tomou o grupo. Muitas mães trouxeram preocupações e receios em relação às creches, como negligências e agressões que tomavam ciência por meio dos telejornais, com cenas de maus tratos gravadas por câmeras escondidas nas instituições. Além disso, falavam de uma percepção do quanto se sentiam cobradas para cuidarem elas mesmas de seus bebês. Como se deixar os bebês sob os cuidados de outras pessoas fosse sinal de descuido das mães.

A discussão da creche levou a dúvidas sobre parar a amamentação e iniciar a introdução de outros alimentos. As mães traziam muitas dúvidas sobre “o que pode e o que não pode” dar pro bebê. Cilene, então, com tranquilidade, começou a contar que já vinha dando comida para o seu bebê há certo tempo. Foi quando risadas passaram a ecoar no grupo. Cilene seguiu,

nomeando o que estava dando de comer a seu filho: batata, mandioca, feijão. As outras participantes do grupo – e alguns dos estudantes presentes – riam cada vez mais à medida que ela contava sobre o que vinha buscando fazer. Ao mesmo tempo, todas se esforçavam para parecer mães caprichosas e dedicadas, como quem faz tudo dentro do esperado, das normas. Cilene, no entanto, não se mitigou. Continuou a falar do que sabia que sabia. Stefani, que não tinha participado da chacota, fez uma fala reconciliadora, pontuando que às vezes falamos como se nossa realidade fosse a única e como se não existissem outras. Destacou que cada pessoa vai ter uma forma de lidar com as situações.

Essa reconciliação, promovida pela mulher estrangeira, e a resistência da mulher negra periférica, permitiram, aos poucos, que outras mães passassem a falar de outras coisas que fazem e sentem “fora das normas”. Um diálogo pôde começar a acontecer no grupo. Falavam da vontade de voltar a trabalhar fora de casa, da descoberta de que amamentar dói e nunca tinham lhes contado, das diversas frustrações e limites (uma das mães trouxe um relato intenso sobre sua dificuldade com o choro incansável do bebê, que a tomou tanto a ponto de oferecer-lhe uma chupeta, algo que antes condenava), das infinitas e diárias dúvidas sobre como proceder, do medo de não dar conta de tudo, da solidão...

A partir de Pichon-Rivière, podemos pensar que talvez Cilene condense em si as imagens da mulher negra trabalhadora no Brasil. De seu papel, emergem o racismo, sexismo, classismo, solidão, exploração, pedido de companhia, demanda por emprego, creche e socialização das tarefas domésticas, demanda por uma divisão igualitária do trabalho doméstico e de cuidado com os filhos.

As ansiedades emergentes no grupo expressam-se a partir de Cilene, relacionadas às expectativas de ser mãe, do cuidado com os filhos, relativas à idealização da maternidade. Manifestando certo medo para lidar com tais questões, houve um momento em que esse grupo riu de Cilene. Mas, se Cilene sustentou sua posição de saber, as demais participantes puderam mostrar que às vezes não sabem. O encontro se mostrou importante nesse sentido; um movimento de trocas e escuta parece ter podido acontecer. Quando Stefani enunciou que cada uma terá uma forma de cuidar dos filhos e que não podemos supor que a nossa realidade é a mesma para todas, explicitou-se o que estava ocultado em meio às risadas ansiosas das mães participantes do grupo.

Ao longo dos dois encontros do grupo que observei, estavam subjacentes ideias de como se devem fazer as coisas, o certo e o errado na criação dos filhos. Isso aparecia tanto pelas falas das mães, quanto pelas intervenções das profissionais. De modo geral, mesmo nos atendimentos individuais das crianças que observei na UBS, as mães foram interpeladas por questões que



diziam respeito a essas expectativas em relação à maternidade, ao modo certo de cuidar dos filhos.

Essa questão da alimentação, como também a da creche, pareceram ser uma expressão da dimensão institucional a qual Pichon desenvolveu nas formulações da Psicologia Social que formulou. Ou seja, tem a ver com as ideologias, discursos, saberes médicos sobre o jeito certo de cuidar dos filhos – e aí estão atravessamentos de gênero, raça, classe.

Uma estudante, com quem conversei bastante sobre a minha pesquisa, ficou animada com o tema e disparou a me contar situações que achou que seriam interessantes. Disse que fez visitas domiciliares a algumas famílias que tinham crianças com problemas mais graves de saúde e/ou com situações sociais difíceis que pudessem prejudicar a saúde delas. Disse-me que visitou casas em vielas apertadas e escuras, barracos construídos à margem de um córrego extremamente poluído. Ficou sentida ao ver que as pessoas viviam em condições muito precárias. Mas, quando entrou em um desses barracos, ficou surpresa ao ver o espaço dedicado ao bebê que a mãe havia arrumado. De acordo com o seu relato, o barraco era pobre, muito escuro e sujo, mas o lugar para a criança tinha tudo novinho, limpinho, clarinho... Contou, num misto de admiração e apaixonamento, que parecia um “templo”. Isso chama a atenção por conta da diferença de classe social que está instalada entre a estudante e a população atendida pelo serviço de saúde, mas também pelo fato de que a maternagem em meio às famílias pobres foi motivo de surpresa.

Parece circular no serviço de saúde da Atenção Básica um ideal de uma maternidade pasteurizada, limpa de questões, dificuldades e problemas. Uma maternidade ilusória na qual a mãe sabe tudo e faz bem feito, afinal, o “instinto materno” vai conduzi-la. Uma maternidade que desconsidera questões econômicas que se sobrepõem ao cuidado com os filhos (questões de moradia, renda, acesso a alimentos, água, luz, segurança, saúde, educação etc.), que limitam o tempo disponível e o acesso a recursos que facilitam o trabalho diário. Uma maternidade que omite as desigualdades baseadas na raça que dão privilégios às mulheres brancas, enquanto oprimem mulheres negras. Uma maternidade que se esquece da divisão sexual do trabalho, por meio da qual mulheres são empurradas ao trabalho doméstico e de cuidado com os filhos, enquanto os homens são impulsionados a cuidar da vida fora de casa.

Aspectos ligados a discussão sobre a naturalização do lugar da mulher no cuidado com os filhos foram pensados a partir de diferentes situações. Por exemplo, quando nos dávamos conta da ausência dos pais de bebês, crianças e adolescentes. O único pai participante em um dos encontros desse grupo que visitei manteve-se calado a maior parte do tempo e só falava quando a palavra era direcionada a ele diretamente – como se ali não fosse seu lugar de

pertencimento. Mesmo quando observei consultas de mulheres gestantes, ainda que os pais dos bebês estivessem presentes, estes passavam quietos e despercebidos, como se nada tivessem a ver com aquilo, nem a contribuir.

Pude perceber algo semelhante em outros momentos, como nas consultas individuais de crianças e adolescentes. Na discussão de um desses atendimentos, um estudante falou à supervisora que o pai de Júlio, um menino de cinco anos trazido pela avó materna, era “presente” porque “buscava para passear e pagava pensão”. Em uma outra consulta, a avó paterna de Vinícius, de doze anos, disse ao estudante que não queria mais trazê-lo à UBS e que a mãe dele é quem deveria vir. A médica disse que deveriam mesmo chamar a mãe para conversar. Já na consulta de Marina, uma menina de quase dois anos que estava tendo repetidas infecções e crescido pouco, a profissional sugeriu que a mãe tirasse a criança da creche por um período, entendendo que ela poderia fazer isso porque “não trabalhava”. Não eram, assim, incluídos aspectos ligados ao trabalho doméstico realizado por essa mulher e a possibilidade do pai dessa criança aparecer.

Também não se abria para falar nas consultas o que a ausência dos pais das crianças trazia de consequências na vida tanto delas, quanto das mães – inclusive nas suas condições de saúde. Mesmo as mães falando de sua solidão e dificuldade em lidar com tudo sozinhas. Mesmo as crianças mostrando a falta que o pai faz, como no caso de Júlio, o garoto de cinco anos citado acima, que acordava várias vezes à noite e ia até o quarto do avô pedindo para conversarem. Ou no de João, um menino negro de sete anos que, trazido pela mãe para a consulta médica, mostrava-se desvitalizado e dizia estar “triste às vezes”. Como na vida de Júlio, o pai de João também não estava próximo, e parecia não se responsabilizar pelos cuidados com o filho.

Essas observações contrastam com o que as pediatras me disseram na primeira vez em que fui visitá-las. Ao contar sobre a minha pesquisa, elas disseram ter uma percepção de que os pais vêm tanto quanto as mães trazer as crianças ao serviço de saúde.

Nesse sentido, vale contar uma outra observação. Para dar conta de orientar o seguimento das crianças no serviço, ou seja, o tempo entre as consultas e a necessidade de visitas domiciliares, as profissionais trabalham com algumas categorias de “riscos”. Estes dividem-se em clínicos, sociais ou habituais (aqueles derivados da própria condição de “ser criança”). O ponto aqui está no que era considerado enquanto riscos sociais. Entre outras situações, como questões financeiras que limitam as possibilidades de cuidado da criança ou problemas de relacionamento com a própria criança, eram também considerados riscos sociais circunstâncias como: mãe adolescente abaixo de quinze anos, mãe analfabeta, mãe sem apoio familiar, mãe dependente de álcool e/ou drogas, mãe com três filhos menores de cinco anos.

Por mais que houvesse outros critérios como questões de renda, problemas de relacionamento que repercutam na criança, família que seja de área de risco social, o foco se fazia na mãe enquanto responsável por esses cuidados.

Parece se pressupor, assim, uma centralidade desta nos cuidados com as crianças, o que nos leva a pensar na naturalização do papel da mãe como a cuidadora e do lugar social do pai como sendo aquele que, ou abandona a criança ou trabalha fora de casa – e de um jeito ou de outro, não é função dele cuidar cotidianamente.

### **3.2 Trabalho doméstico e exaustão**

“Vou te ensinar a ser mulher”, foi o que um pai disse a uma filha, após sua esposa ter saído de casa. Ela e também sua filha, que fora abusada pelo irmão mais velho, eram acompanhadas por uma equipe da UBS, que atendia situações de violência contra a mulher. Eram ambas mulheres cis e brancas.

O acompanhamento das duas foi importante para conseguirem elaborar a opressão que ambas viveram nessa família. Por mais que o marido nunca tenha batido em Lilia, esta contou à médica que a força e o poder que ele exercia sobre ela a impediram de estudar e trabalhar fora, assim como a prendiam às infundáveis tarefas domésticas e de cuidados com os três filhos do casal. O marido exigia de Lilia uma rotina com horários das refeições e trabalho doméstico. Lilia esteve casada desde os dezesseis anos com esse homem, pastor de uma igreja evangélica. Separou-se muito recentemente. Teve de travar um plano para conseguir a separação, o que levou alguns anos. O marido, após tentar dissuadi-la da decisão, ficou com a casa e os filhos, mandando Lilia procurar outro lugar para morar. A única filha do casal, Lidia, então, foi quem passou a sofrer as investidas do homem no sentido de se responsabilizar pela casa, comida, tarefas domésticas.

Essa questão do trabalho doméstico apareceu também em um grupo de acolhimento, cuja maioria era composta de mulheres, todas cisgênero. O fato dessas mulheres referirem-se a si mesmas, com frequência, como chatas, perfeccionistas e mandonas me chamou atenção. Ao mesmo tempo, falavam do quanto as outras pessoas – os maridos, geralmente – achavam que elas eram exageradas. Via de regra, essas coisas estavam associadas, no relato das mulheres desse grupo, ao trabalho doméstico que necessita ser realizado por alguém. Esse alguém era sempre a esposa.

Gisele, a única mulher negra a participar desse grupo, estava casada pela segunda vez e tinha dois filhos, sendo um adolescente do primeiro casamento. Contou que o pai do filho mais velho “não ajuda”, “não faz nada”, e que o atual marido é “dependente” dela, não fazia nenhuma tarefa doméstica. Achava que em casa acabava sendo “perfeccionista” e recebia críticas por isso, como ser chamada de “chata” e “mandona”.

Todas as mulheres nesse grupo trouxeram alguma perspectiva em relação à alta responsabilização pelo trabalho doméstico e de cuidado com os filhos. Muitas traziam queixas de sintomas físicos, como dores pelo corpo e doenças, acarretados por esse peso. Queixavam-se das investidas dos maridos no sentido de fazê-las trabalharem dentro de casa, cozinhando, limpando, lavando. A saúde mental dessas mulheres aparecia atrelada a esse fardo.

A demanda relacionada à sobrecarga com o trabalho doméstico também surgiu em um grupo com pessoas idosas, onde a maioria também era de mulheres cis. Lurdes, uma delas, exclamou, pesarosa, que “depois do casamento, tudo muda”, tendo filho, esposo, casa para cuidar. Disse que todos se tornam dependentes da mulher. Queixou-se do casamento atualmente, dizendo que “homem velho em casa é a pior coisa”. Já Célia contou que para sair de casa logo, casou-se com dezessete anos. Jovem, com três filhos para criar, não podia fazer muitas coisas fora de casa. O esposo dela faleceu há alguns anos e Célia lembra-se do casamento como algo muito ruim, que lhe fez muito mal. “Se eu pudesse, fazia festa e soltava fogos no velório”. Percebemos, então, que as queixas relacionadas à exaustão com a carga de trabalhos domésticos pareciam independem da idade das mulheres.

Diversas outras histórias como essas foram ouvidas na UBS. Em consultas médicas individuais, também apareciam situações semelhantes. Mulheres cis apresentando dores pelo corpo, sobrecarregadas ao realizarem sozinhas o trabalho em casa. Algumas delas também eram empregadas domésticas em outras casas.

Apesar da sobrecarga das mulheres com as tarefas domésticas, a solidão nessa responsabilização, a estafa diante desse quadro, essas questões não costumavam chegar ao primeiro plano dos atendimentos e grupos. Observei dores sendo medicadas, exaustão sendo diagnosticada, sobrecarga sendo compreendida como uma dificuldade de colocar limites ou de pedir ajuda. Não apenas como fruto da intervenção das profissionais de saúde, mas muitas vezes como falas das próprias mulheres.

Socorro, uma mulher branca idosa, estava indo com frequência à UBS, com queixas diferentes. Na consulta em que eu estive, ela sentia um mal estar há uma semana, tontura e dor na região lombar. Dizia ao médico que devia estar com pedra na vesícula e precisava de uma tomografia. O médico a examinou e perguntou coisas sobre sua urina. E perguntou também se

ela estava fazendo muito esforço físico. Socorro contou que além de fazer o serviço de sua casa, estava ajudando uma vizinha de quase noventa anos que havia quebrado o fêmur. O médico, então, explicou que não achava que ela estava com crise de pedra na vesícula, mas desidratada e com dor muscular por conta de muito esforço físico. A mulher ficou um tanto receosa de acreditar que “era só isso” e que ela não precisava de uma tomografia.

Miriam participou do grupo de acolhimento que observei. Uma mulher branca de meia idade que trabalha como diarista e contou de dores no corpo, que começaram há dez anos. “Dor fora do normal”, foi o que disse. Ela estava casada com um homem que também trabalhava fora, mas que “não sabia nem fritar um ovo”. Falou que o marido a obrigava a fazer o serviço da casa, mesmo que ela não estivesse em condições ou não quisesse. Sentia que ele não levava a sério o que falava sobre as dores no corpo. No grupo, Miriam contava com detalhes coisas sobre sua situação de saúde, de consultas e exames. Hérnia de disco, bico de papagaio, lordose... Falou muitas vezes sobre ressonâncias magnéticas que já fez ou que ia fazer.

Se nos lembrarmos de Pichon-Rivière, entenderemos que o ser humano é um ser de necessidades que só se satisfazem socialmente em relações que o determinam, de modo que o sujeito não é só um sujeito relacionado, mas um sujeito produzido numa práxis. Nele, assim, não há nada que não seja resultante da interação entre indivíduo, grupos e classes (Pichon-Rivière, 2005).

Nessa perspectiva, consideramos que o sujeito que adoece é o porta-voz da ansiedade, das dificuldades de seu grupo familiar. Sua enfermidade é resultante de uma interação social, da forma alienante que existe no modo dos membros do grupo se relacionarem. Assim, o adoecimento, que emerge por intermédio do porta-voz, nos remete a um processo implícito que está em andamento no grupo. Importante lembrar que Pichon afirma que às vezes não há apenas um porta-voz, “mas vários cujas palavras e reações são elementos para decifrar o quebra-cabeças desse acontecer grupal subjacente e que tende a emergir” (Pichon-Rivière, 2005, p. 266).

Além disso, ao trabalhar a partir de uma concepção dialética, Pichon contesta antinomias como endógeno/exógeno, constitucional/adquirido, herdeiras da divisão indivíduo/sociedade. Desse modo, se não considerarmos que determinado emergente em uma pessoa tem ligação com o seu entorno, estaremos qualificando-o como endógeno. (Scarcelli, 2017). “O mesmo acontece quando, de forma mecânica, situações sociais são consideradas como responsáveis pela produção de determinados efeitos e são associadas ao exógeno. Por trás desse entendimento, lembra Pichon (1982), existem ideologias” (Scarcelli, 2017, p. 112).

Poderíamos, então, pensar sobre o adoecimento das mulheres que observei na UBS. Se deixarmos de olhar para a família e para as estruturas sociais ao fazermos uma reflexão sobre as queixas e demandas que as mulheres levam à UBS, correríamos o risco de um olhar simplista do sujeito, diverso da perspectiva pichoniana aqui adotada. O mesmo se não levássemos em consideração a dimensão do sujeito e apenas olhássemos para as situações sociais. Conforme exposto anteriormente, as dimensões psicossocial, sociodinâmica e institucional não podem ser compreendidas separadamente (Pichon-Rivière, 2005).

A invisibilidade do trabalho doméstico realizado por mulheres, trabalho esse não remunerado, mas sobre o qual as famílias e a sociedade se baseiam para que haja aquelas pessoas que possam lançar-se aos setores produtivos, pode ser associada a algum dos aspectos da alienação vivida nessas relações familiares.

### **3.3 Solidão e tristeza**

Essas questões relacionadas à maternidade, ausência dos pais das crianças e estafa diante do trabalho doméstico apareciam associadas a uma forte sensação de solidão e de tristeza das mulheres cisgênero na UBS. Tanto as mais jovens, quanto as idosas traziam em consultas individuais e grupos algo ligado a isso. Nos grupos observados, isso ficou evidente, como relatei.

Emergiu algo nesse sentido também em uma situação que eu mesma vivi no tempo em que estive observando as atividades de acompanhamento da saúde de bebês e crianças. Nessas ocasiões, sentia-me sozinha e constrangida. As pediatras foram as únicas que não me convidaram para observar os atendimentos em si. Eu podia acompanhar as discussões dos casos, mas não estar nas consultas que estudantes e profissionais realizavam. Isso pode, claro, ser compreendido como um cuidado e respeito às pessoas atendidas. Mas como as outras profissionais da UBS sempre me convidavam a entrar nas consultas, pedindo autorização para quem seria atendido, a ausência desses convites pelas pediatras me chamou a atenção. Além disso, eu sentia-me constrangida de pedir para participar, então ficava bastante tempo sozinha aguardando as estudantes terminarem os atendimentos para virem discuti-los com as supervisoras. Nesse meio tempo, essas médicas não se engajavam em muita conversa comigo e se mantinham em uma sala ao lado da que eu ficava aguardando as estudantes.

Talvez essa solidão e constrangimento que senti seja um emergente grupal, dizendo de mim e das mães. Isso que emerge da situação talvez diga do quanto as mães se sentem mesmo

sozinhas, sem parcerias, mas também do quanto se sentem constrangidas tanto em suas relações, por não contarem com os pais de seus filhos, quanto diante das profissionais de saúde. Essa solidão, no entanto, ao não ser nomeada e elaborada em meio às práticas no serviço de saúde, retorna e reaparece em diversas situações. Como observei em atendimentos de duas mulheres, muito entristecidas com essa condição.

Rosa, uma jovem mulher negra, estava vivendo um momento muito difícil. Grávida pela terceira vez, o pai desse bebê desapareceu assim que ela descobriu que ele era, na verdade, casado. Algum tempo depois, Rosa soube da gravidez. A mulher tentou contatá-lo, pediu que um amigo em comum falasse com ele, mas o rapaz manteve-se desresponsabilizado. Ela não aguentava mais as pessoas lhe perguntando “quem é o pai” e ficando incomodadas pelo fato dela estar na terceira gestação – ainda mais sem um marido. Um pouco antes de saber da gravidez, Rosa tinha iniciado em um novo trabalho. Desde o anúncio da gravidez ao chefe, vem sofrendo assédio moral dele e de colegas. Não tem tido vontade de ir trabalhar, só de ficar deitada. Os pais de seus filhos buscam-nos aos finais de semana e Rosa passa esses dias na cama. Falou de se sentir sozinha, de sentir falta dos amigos. Quase não contou de familiares. Sem pessoas com quem contar, procurou a UBS dois dias seguidos. Eu a conheci na segunda vez, e vi que Rosa não estava bem. Esgotada, pediu ajuda para conseguir um afastamento do trabalho por alguns dias.

A outra mulher era Telma, branca, que havia participado do grupo de acolhimento e estava buscando a UBS após cinco anos com dificuldade para dormir. Passou, nesse tempo, por uma saga com o uso de álcool e de diferentes medicações (algumas que comprava no mercado clandestino) para tentar dormir. Assim como Rosa, Telma estava vivendo uma situação de assédio no trabalho, sendo constantemente humilhada pelo chefe. Também contou, como a outra mulher, de um histórico de problemas nas relações com os homens. Seu pai a tentou vender para outras famílias, após o falecimento de sua mãe. Depois, sumiu, deixando-a sozinha ainda criança. Telma engravidou a primeira vez quando jovem e o pai da sua filha também desapareceu. Teve uma segunda filha com o segundo marido, que depois de um tempo descobriu que a traía.

Sua filha mais velha viveu por um período uma relação em que sofria agressões, o que escondia de Telma. Mas, por meio de vizinhos, a mãe tomou conhecimento da situação e foi atrás do homem algumas vezes, ameaçando-o fisicamente. Ele acabou indo embora da vida da filha. Já a filha mais nova tem sentido que a relação com o namorado está atrapalhando seus estudos, mas não tem conseguido por fim ao namoro. A mãe, novamente, tem buscado intervir nessa situação.

Pude observar tanto as consultas de Telma, quanto as de Rosa, com a mesma profissional no mesmo dia. O contraste entre as duas me chamou atenção. Apesar do sofrimento de Rosa, esta foi confrontada no atendimento, e a profissional dizia que não tinha se convencido de que ela não conseguia ir trabalhar e que ela era “desaforada”, por isso estava tendo problemas com o chefe. Rosa não recebeu o afastamento do trabalho que havia pedido e a ela foram entregues prescrições de medicações e agendamentos de novas consultas.

Para Telma, a profissional disse que ela estava se oferecendo como um porto seguro para as filhas, mas estava esquecendo-se de si mesma. Repetia a importância de Telma se cuidar, ouvindo sua história de vida com paciência e receitando as medicações que precisava para iniciar um tratamento adequado da insônia.

Rosa, por um lado, manteve-se na consulta numa postura defensiva, falando muito pouco. Telma, que no grupo havia estado muito quieta, sentiu-se bem para falar no atendimento individual e ocupou esse espaço com muitos detalhes de sua vida.

A questão aqui é o espaço que cada uma teve para dar-se conta do peso da tristeza e solidão que vinham sentindo. A dimensão racial, entrelaçada às de classe e gênero, não pode ser esquecida. Telma, uma mulher branca de meia idade, pôde reconhecer que precisava mais do que apenas remédio para dormir. Rosa, uma jovem mulher negra, como pude saber depois, faltou às consultas subsequentes.

Podemos lembrar aqui do que foi dito anteriormente a respeito do sujeito que adoecer ser compreendido como o porta-voz da ansiedade, das dificuldades de seu grupo familiar. Mas as problematizações que Pichon-Rivière (2005) faz a respeito de doença e cura extrapolam o conceito de porta-voz. Para o autor, nos critérios de saúde e doença incidem aspectos ligados às ideologias dominantes. A cura, assim, não deveria ser encarada como uma mera adaptação passiva, ou uma aceitação indiscriminada de normas e valores, mas justamente como o resgate da denúncia e da crítica que estão implícitas na doença. A partir daí, poderia ser estabelecida uma relação dialética, mutuamente modificadora, com o meio (Pichon-Rivière, 2005). Lembrando que, para Pichon, o sujeito é um ser produzido numa práxis.

Essa relação dialética mutuamente modificadora com o meio é que seria critério de saúde, para Pichon. A isso, o autor relaciona a ideia de aprendizagem, ou seja, todo processo de interação, todo tipo de manipulação ou apropriação do real, toda tentativa de resposta coerente e significativa às demandas da realidade (adaptação) (Pichon-Rivière, 2005).

Mas se as práticas de saúde se ligam a aspectos das ideologias dominantes, parece circular a ideia de cura como adaptação passiva. Pichon trabalha, nesse sentido, com a noção de classe, mas aqui consideraríamos também gênero e raça. Rosa não se calou diante da



opressão vivenciada no trabalho. Ao escapar do estereótipo da mulher negra trabalhadora que precisa ser sempre forte, a situação vivenciada por ela foi tomada como um desaforo de sua parte. Mas sua tristeza e solidão, tal qual a de Telma e as das demais mulheres na unidade de saúde, consideradas as dimensões raciais, de gênero e classe, denunciam aspectos da realidade que precisam ser considerados.

### **3.4 Mulher e mãe**

No grupo de acolhimento, como relatado anteriormente, pude conhecer muitas histórias, como a de Gisele, que já foi apresentada. Uma das questões que essa jovem mulher negra trouxe ao grupo foi a dificuldade que vinha sentindo para lidar com o filho adolescente, cujo pai estava despreocupado. Seu filho também havia ido à UBS no mesmo dia, pois tinha uma consulta agendada. Uma das profissionais que o atendeu me contou depois que lhe perguntou qual era seu maior incômodo na vida, a que ele respondeu: “violência policial”. O adolescente, um adolescente negro de catorze anos, havia passado há pouco tempo por uma situação de violência. Na porta de sua casa, cuspiu no chão, algo que faz por hábito. Na mesma hora, passava uma viatura e o garoto foi parado por policiais militares que lhe deram um tapa na cara e ameaçaram na próxima vez lhe dar um tiro. A mãe estava preocupada desde então, pois o filho tinha se retraído, não saía muito do quarto.

À Gisele foi oferecido um grupo de acompanhamento, com encontros frequentes. O adolescente, após algumas consultas médicas, teve encerrado seu acompanhamento por não compreenderem que havia demanda para tal. Aqui caberia pensarmos a respeito dos limites do trabalho em saúde e as possibilidades de atuações interdisciplinares e intersetoriais, de modo a fazer circular pela rede e diversos setores as reflexões sobre o caso atendido na unidade. Questões ligadas à intersetorialidade – como é chamada essa possibilidade de articulação entre os diferentes setores da sociedade e serviços públicos – serão retomadas à frente.

Voltando ao caso da mulher e seu filho, Gisele teve sua demanda acolhida, mas o adolescente, não. O que chama atenção nesse caso – além da dificuldade de encontrar lugar na UBS para demandas próprias de um adolescente periférico negro – é que Gisele parece ter tido escuta por ser mãe. Isso nos leva a uma discussão sobre a dificuldade de olharmos para a mulher não só enquanto mãe, mas enquanto sujeito.

O papel de mãe parecia central a tal ponto que as mulheres que são mães e têm seus filhos atendidos na UBS acabam muitas vezes tendo suas consultas conduzidas para se falar

dos filhos, enquanto suas questões individuais desapareciam em meio às demandas da prole (ou às demandas que as profissionais têm de cuidar dessa prole).

Marta, uma mulher branca de meia idade, foi à consulta médica por estar com problemas de pele. Ela falou disso logo no início do atendimento. O profissional fez muitas perguntas sobre seus filhos e sua família. Talvez se Marta não tivesse sustentado, ao final da consulta, porque tinha vindo, teria ido embora sem aquela demanda ser atendida. Ela é mãe de dois rapazes na casa dos trinta anos. Um deles tem uma síndrome genética que lhe causa muita agitação e comportamentos agressivos. Seu marido, desde que se aposentou, fica em casa o dia todo reclamando. Marta é quem tem de levar o filho às consultas, além de fazer os trabalhos domésticos. Mas também é quem tem de tratar de arrumar um jeito para administrar a nova rotina da família, já que agora com o marido e o filho em casa o dia todo, sempre há brigas. A dinâmica que Marta vive na família parecia, assim, se repetir em seu atendimento.

A mesma Cilene da história do início desse capítulo elucidou algo parecido em outra situação. No começo de cada um dos grupos com bebês, eram feitas breves avaliações individuais deles. Depois que todos tinham sido atendidos, a médica quis ter certeza de que estavam prontos para o grupo e questionou: “Quem ainda não foi examinado?”. Cilene, então, exclamou: “Eu!”. A profissional, confusa, perguntou: “O seu filho já foi?”, ao que a mulher respondeu: “Ele já, eu não!”. Podemos, novamente, entender isso por meio do conceito de portavoz, já que ela explicita a invisibilidade à qual as mulheres, enquanto sujeitos e não enquanto apenas mães, parecem vivenciar.

Os próprios estudantes, ao final de um desses encontros, comentaram com suas supervisoras que tinham gostado muito de acompanhar esse grupo pois tinham tido a oportunidade de ouvir aquelas mulheres. “Na consulta, a pergunta é sempre ‘como está o bebê?’”, disse um deles. Destacaram também que o acompanhamento é tão cindido que as crianças passam na pediatria e as mulheres, na ginecologia/obstetrícia.

De fato, nas consultas com as pediatras, o destaque parece estar na criança e nas mulheres enquanto mães. Mas, nos atendimentos com ginecologistas, a mulher cisgênero aparecia em seu papel de reprodutora e suas demais questões pareciam ficar de fora. Os atendimentos das mulheres cis jovens e adultas eram centrados em questões reprodutivas – mesmo que a mulher não tenha ido ao serviço por isso. Como veremos, os atendimentos dos homens cis não tinham esse foco.

### 3.5 Saúde da “mulher”

Na UBS em que estive, as mulheres cisgênero podem ser atendidas por médicas e médicos generalistas e, se alguma questão ginecológica específica aparece, podem também ser encaminhadas para essa especialidade ali mesmo dentro da unidade. Às atividades desenvolvidas para essas mulheres cis dá-se o nome, no serviço de saúde, a “Programa de Saúde da Mulher”. Essa denominação nos levou a pensar sobre se era a “mulher” que estava a ser acompanhada. Os atendimentos, grupos e ações estavam mais centrados em questões reprodutivas, como menstruação, contracepção e menopausa, assim como nos exames de Papanicolau e mamografia, de modo que o que ocorria eram repetidos exames dos órgãos reprodutores femininos.

Nas consultas com profissionais da medicina e enfermagem, eram sempre preenchidas diferentes fichas, tanto do atendimento do dia, quanto fichas mais gerais que ficam na capa do prontuário. Essas últimas são iguais para todas as pessoas, com campos para preencher dados de identificação, aspectos gerais da saúde e do acompanhamento no serviço. Há uma seção na ficha denominada “saúde da mulher”, com campos para preenchimento de informações sobre a menarca, o ciclo menstrual, menopausa, vida sexual, métodos de contracepção, datas dos últimos Papanicolau e mamografia. Essa seção é preenchida nos atendimentos de todas as mulheres cisgênero. No caso dos homens cis, esta seção é riscada à caneta pela profissional de saúde e nenhum outro campo similar existe, como uma seção denominada “saúde do homem”, por exemplo. Não observei nenhum preenchimento dessas fichas em atendimento de pessoa trans para saber como isso seria feito.

Nessas consultas, as mulheres cis demoravam para dizer por que haviam buscado a UBS, pois eram tomadas por questões de “saúde da mulher”. Gabriela, uma jovem mulher cis branca, respondeu numa pré-consulta que fazia alguns meses que não menstruava. “- E você faz uso de algum método contraceptivo? – Não. – Então você está querendo engravidar? – Não!”. Apesar de já estar em acompanhamento médico por isso, essa mulher teve de fazer um teste de gravidez naquele momento. Apenas depois de responder também uma série de perguntas sobre seu ciclo menstrual, contracepção e exames ginecológicos, Gabriela conseguiu dizer a que veio: um esporão no pé.

Aqui, além da ênfase na reprodução, parecia haver uma pressuposição de que Gabriela era heterossexual ou estava em engajada em uma relação hetero. Se ela fosse lésbica ou

estivesse em uma relação com outra mulher, não usar um método contraceptivo não configuraria risco de gravidez.

Cleide, uma mulher cis branca, respondeu, durante o preenchimento dessa ficha em um atendimento, que havia feito o último Papanicolau há dois anos. Logo lhe foi agendado o exame. Mas as considerações sobre quais motivos a levaram a não o realizar no último ano não tiveram muito espaço. Após esse procedimento, é que veio a pergunta: “Por que você veio hoje?”.

Quando essas mulheres chegavam a ser atendidas pelos ginecologistas, suas consultas se relacionavam à dimensão biológica, como a menopausa ou colocar e acompanhar o DIU. Não ocorriam nesses atendimentos conversas sobre o momento de vida, ou em que certas questões subjetivas pudessem ser pensadas em conjunto. Um profissional, certa vez, me disse que as mulheres que estavam na menopausa passavam a procurar muito o serviço de saúde “nessa faixa de idade” porque ficavam mal após não trabalharem mais, os filhos saírem de casa e elas não terem a companhia dos maridos “que só ficavam no bar”. Mas pouco dessa sua hipótese aparecia enquanto possibilidade de conversa nos atendimentos com essas mulheres.

Quando Cida, uma mulher negra de meia idade, estava para entrar na consulta, o profissional me alertou: “essa daqui é muito preocupada”. Com sintomas de menopausa há cerca de dois anos, ela parecia buscar o serviço com frequência, mas sua consulta foi rápida e pouca conversa aconteceu.

Sônia, que apareceu em uma cena no início desse capítulo, estava sendo acompanhada na UBS desde que começou a ter sintomas de menopausa após os sessenta anos, o que não seria comum. Ela também trazia sempre outras queixas e recebia muitos encaminhamentos para especialistas. A profissional, me contando do caso, comunicou: “em casos assim, quando a mulher tem sintomas de menopausa, geralmente a gente dá antidepressivo e a mulher melhora”. A mulher foi também encaminhada para a equipe de saúde mental da UBS.

Em outra situação, mesmo se considerando que a queixa de irritação não era sintoma da menopausa, hormônios foram prescritos para Denise. Enquanto prescrevia, o profissional explicou para nós, com termos técnicos e linguagem difícil, os riscos desse hormônio.

Nesses acompanhamentos, as mulheres cis eram submetidas a diversos procedimentos. Dificilmente a mulher passava pela consulta sem também ser encaminhada sala de exame ginecológico. Acompanhar esses momentos me gerava um desconforto que me levantou certas questões tanto sobre o próprio ambiente (maca, pernas, instrumentos e substâncias que vão sendo introduzidos por detrás do pano que cobre a profissional e impede que a mulher veja o que está acontecendo), quanto em relação ao que significa para as profissionais utilizar esse modo de atender.

Isso também apareceu em um grupo que observei, cujo objetivo era discutir com qualquer pessoa interessada, métodos contraceptivos. No encontro em que estive, no entanto, apenas duas mulheres cis compareceram. Uma delas era Leandra, uma mulher branca na casa dos quarenta anos, mãe de duas crianças, que vinha solicitando realizar laqueadura. Contou que passou por duas cesáreas e que a cirurgia e a anestesia não tinham sido fáceis para ela. Vinha tomando anticoncepcional oral ao longo dos anos, mas sentia muita dor de cabeça e peso nas pernas, e não estava aguentando mais. As profissionais que conduziram o grupo, passaram diversas informações sobre os diferentes métodos contraceptivos. A outra mulher no grupo, Evelin, uma jovem mulher negra, mãe de um filho pequeno, estava bastante interessada em ouvir. As profissionais mostravam modelos dos métodos, passavam vídeos e davam explicações sobre seus usos, taxas de sucesso e de falhas.

Mesmo quando Leandra trazia alguma trágica história que ouviu nos noticiários sobre os métodos contraceptivos e mostrava-se fechada à possibilidade de conhecer outros caminhos, as profissionais recorriam a dados e informações objetivos para confortá-la. Quando a mulher falou de alguns receios e quis saber mais sobre os procedimentos cirúrgicos, lhe explicaram a complexidade da cirurgia de laqueadura em comparação à de vasectomia. As profissionais passaram, então, a perguntar se Leandra tinha conversado com o marido sobre a possibilidade de ele realizar vasectomia. Ela disse que pouco tentou, pois logo o homem se mostrou fechado, dizendo que não realizaria a cirurgia. Leandra, entregando os documentos que precisava para dar entrada no pedido da laqueadura, disse: “Já fiz duas cirurgias, já sei como que é, vamo pra faca”.

O foco em aspectos técnicos dos métodos contraceptivos pode fazer com que outras questões que surgem ao se pensar em ter ou não filhos (como econômicas, sociais, raciais, dinâmicas familiares, distribuição igualitária do trabalho doméstico, situações de opressão e violência a que a mulher esteja submetida e/ou a que seus futuros filhos poderiam estar) não sejam trabalhadas. Além disso, não ouvi falarem sobre aborto na UBS – nem as mulheres contavam, nem as profissionais conversavam. Essas questões pareciam ficar de fora das ações do chamado “Programa de saúde da mulher”, assim como ficavam sem lugar dimensões outras da mulher que não se limitassem à reprodução biológica.

A partir das concepções pichonianas, poderíamos considerar que há nessas situações aspectos ligados à ideologia dominante, mas também questionar a respeito de quais ansiedades circulam nesses grupos e atendimentos do ponto de vista das profissionais. Pichon-Rivière (2005), ao trabalhar ideias relacionadas à resistência à mudança, afirma que essas ansiedades, no processo grupal, vão sempre se relacionar ao medo da perda e ao medo do ataque. Ou seja,

para o autor, toda mudança implica perda e gera sentimentos de insegurança, pela perda do sentimento de pertença a um grupo social estabilizado. Já o medo do ataque aparece pelo fato do sujeito não se ter capacitado o suficiente para defender-se dos perigos que acredita estarem incluídos na nova situação (Pichon-Rivière, 2005). Nesse sentido, Pichon (2005) reflete que em determinadas situações, profissionais acabam atuando como agentes de resistência à mudança, utilizando técnicas e classificações para cuidar das pessoas. Protocolos e técnicas muitas vezes, servem, assim para dar alguma base de sustentação para tais profissionais.

### **3.6 A UBS é um espaço para mulheres?**

A partir das observações até aqui mencionadas, pensamos que a UBS parece ser um espaço destinado ao atendimento das mulheres cisgênero. Suas consultas são mais frequentes e demoradas, assim como são mais intensas as intervenções pelas quais passam.

As outras pessoas, no entanto, também circulam pela unidade de saúde. Aqui são apresentadas algumas ocasiões em que homens cisgênero, adolescentes, adultos e idosos, foram atendidos. E também da única pessoa trans vista nas idas à UBS.

Em contrapartida ao que se passava nas consultas das mulheres cis, as dos homens cis eram rápidas, objetivas e não havia muita conversa. Além disso, no caso dos homens cis, levantamentos a respeito de questões reprodutivas e de contracepção não eram feitos.

Manoel, um homem cis branco idoso, chegou dizendo à equipe de enfermagem que queria fazer um “check up”. Foi-lhe perguntado o que o preocupava para querer fazer exames, o que ele respondeu lembrando de familiares que tiveram câncer. Rapidamente, Manoel foi liberado, pedindo que aguardasse ser chamado pelo médico.

Já Luis, um jovem cis branco, também veio pedindo um “check up”. O pedido era semelhante ao de Manoel, mas quem lhe atendia expressou certa irritação: “Mas por quê? Exame de sangue tem quinhentos mil! Precisa saber o que é!”. Luis, um tanto sem graça, contou de uma dor de estômago há oito meses. A profissional, surpresa, não entendeu por que ele levou tanto tempo para procurar o serviço. Ainda assim, sua consulta foi rápida.

Paulo, outro jovem branco chegou à UBS pedindo para realizar testes para doenças sexualmente transmissíveis depois de ter passado por uma situação de exposição. Na consulta, Paulo recebeu agendamento do exame para outro dia, o que o faria receber os resultados dali algum tempo. As gestantes, por outro lado, realizam o teste rápido de HIV e Sífilis, tendo os resultados disponibilizados no mesmo dia. Quando perguntei à profissional por que não poderia

ser ofertado a Paulo esses testes rápidos, ela estranhou meu questionamento, como se não fizesse nenhum sentido.

Conversando com um dos médicos da UBS, este me disse que achava que uma das questões específicas da saúde do homem na Atenção Básica seria justamente promover acessibilidade. Uma outra médica me falou que achava que essa história de que os homens não cuidam bem de sua saúde não é bem um fato, pois isso depende, na verdade, das oportunidades que lhes são oferecidas. Olhando por esse ângulo, encontramos poucas oportunidades dos homens cis participarem das ações da UBS. Lembremos, por exemplo, do filho da Gisele, um adolescente negro que sofreu violência policial, chegou à UBS, mas não teve um acompanhamento traçado. De modo geral, inclusive, os adolescentes não circulavam muito pela unidade de saúde e, mesmo que tivessem agendamentos, costumavam faltar às consultas. Já os homens jovens e trabalhadores compareciam mais, mas eram menos frequentes na UBS do que os idosos.

Observei que os homens cis idosos, diferentemente dos demais, eram acolhidos com atenção e cuidado. Não raro vi profissionais desdobrarem-se para dar conta de alguma demanda que estes últimos trouxessem, como um agendamento de exame ou de consulta com especialista. Acesso, então, parece mesmo ser uma questão associada à saúde dos homens cis na Atenção Básica. Uma situação vivenciada por mim com um funcionário administrativo da UBS pode nos auxiliar a pensar sobre isso.

Depois de acompanhar visitas domiciliares durante uma tarde, dispus-me a ajudar com algumas tarefas. Era preciso registrar nos prontuários de todas as pessoas visitadas o que havia sido conversado. Vendo que já estava tarde, perguntei se gostariam que eu buscasse os tais prontuários. Fui, então, ao setor responsável pelos prontuários e expliquei a situação a um funcionário, um homem branco de meia idade. Me apresentei como aluna de Mestrado, para localizá-lo de quem eu era e porque estava ali. Ele foi pegando os prontuários e conversando comigo. “Mestrado na USP?”, “Mestrado em quê?”, “Ah, Psicologia é?”. De repente, ele disparou a falar de seu filho, adolescente, que não estava bem. Contou que tinha até acabado de pedir a colegas uma lista de lugares que poderia levar o filho para fazer terapia. Sem entender o motivo dele estar me falando tudo aquilo, fiquei pensando se ele queria somente conversar ou queria ouvir alguma opinião da psicóloga aluna de Mestrado da USP. Ao mesmo tempo, estava lá, com os prontuários nas mãos e sabendo que sua colega estava aguardando para seguir com seu trabalho. Tentei me aproximar da porta, como quem diz que está precisando ir. Mas ele não parava de falar. Fui, então, buscando fazer alguma fala demonstrando que eu estava ouvindo,

mas que também estava vendo que ele tinha iniciado um caminho de cuidado já com o filho. Saí de lá sentindo uma estranheza em relação a essa situação curiosa.

A partir das ideias pichonianas, podemos pensar no que aconteceu para além das primeiras impressões. Esse funcionário era um homem procurando escuta. Era um pai buscando falar sobre o filho, com quem estava preocupado e de quem queria cuidar. Eu, apressadamente, não lhe dei muitos ouvidos e achei que ele tinha sido inconveniente e que estava tudo fora de lugar. E estava mesmo, estava fora do lugar do pai ausente, despreocupado com os cuidados com os filhos. Fora do lugar do homem desinteressado pela saúde. Irritada com a mudança de lugares, eu acabei por contribuir com a dinâmica que dificulta o acesso dos homens à Atenção Básica.

Em relação a isso, importante destacar que também há questões em relação ao acesso à UBS pelas pessoas trans. Desde o início da minha inserção na UBS, ouvi várias vezes, de profissionais diferentes, que estavam preparando uma ação com as trabalhadoras do sexo na região – que são, em sua maioria, travestis – no sentido de proporcionar acesso à UBS. Mas, em cinco meses em que estive lá, essas ações não ocorreram.

Entretanto, ainda que em muito menor número (sete, no total, segundo foi me informado por profissionais), há pessoas trans sendo atendidas na UBS. Algumas iniciaram o processo de hormonização, outras estão a pensar sobre a transição. Pude seguir o início de um desses acompanhamentos, de uma mulher trans negra no início de seu processo de transição. Alê chegou à UBS após uma tentativa de suicídio, motivo inicial do seu atendimento no serviço. Conversou com diferentes profissionais nesse início e, com certo retraimento, pôde falar de seu momento de vida e de seu desejo de iniciar o tratamento hormonal. Nesse primeiro momento, não lhe foi perguntado como gostaria de ser chamada ou sobre qual pronome utilizar. Ela ficou, assim, sendo chamada de ele.

Alê solicitou a essas profissionais um encaminhamento para endocrinologia para dar início à hormonização. Quando lhe disseram que poderia realizar o tratamento hormonal ali mesmo na UBS, Alê ficou surpresa. Ela já tinha ido ao hospital de referência terciária da cidade para tentar uma vaga, segundo amigos tinham lhe sugerido. Essa ideia de que as pessoas trans só serão atendidas em um ambulatório especializado circula bastante entre elas, como pude observar nos atendimentos de Alê.

Observei essa consulta inicial, em que Alê tirou muitas dúvidas sobre o uso dos hormônios, assim como contou sobre sua história, as questões em torno de si mesma, sua rede social de apoio. Ter podido, então, conversar com uma médica na própria unidade da Atenção Básica sobre suas questões relativas ao processo de transição foi importante.



A partir das situações e cenas vivenciadas na UBS que foram apresentadas neste capítulo, algumas reflexões em diálogo com estudos de gênero puderam ser feitas. Essas são apresentadas no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO 4 – CAMPO DA SAÚDE E ESTUDOS FEMINISTAS: ALGUMAS ARTICULAÇÕES**

A partir do interesse nos modos como se expressam questões de gênero nas unidades de saúde, vários aspectos emergiram nas visitas à UBS, sendo parte deles sintetizados no terceiro capítulo. Considerando esses aspectos e o referencial teórico sobre gênero tomado neste trabalho, três pontos foram evidenciados e são refletidos a seguir: divisão sexual do trabalho, maternidade e ausência paterna; centralidade das práticas de saúde da mulher na reprodução; e o binarismo das políticas públicas de saúde. Esses três pontos são pensados nesse capítulo a partir de algumas problematizações feitas por autoras feministas.

Fundamental para o que é apresentado aqui são as questões acerca da tradicional dicotomia entre público e privado, homem e mulher. Essa dualidade é reflexo da tradição aristotélica que distingue entre público e privado, relacionando ao público o que é da ordem da liberdade e da política, enquanto ao privado está relacionado aquilo que é da ordem da necessidade e do natural (Lamoureux, 2009). Mas também considerando as teorias modernas que, com as transformações sociais, compreendem a esfera pública centrada no indivíduo independente, responsável e racional, ao passo que a esfera privada se reduz à intimidade e à família (Lamoureux, 2009).

Tal divisão está relacionada às construções do que vem a ser homem e mulher, de modo a alimentar um discurso da diferença “natural” entre os sexos, distribuindo os papéis sociais de forma sexuada (Lamoureux, 2009). No domínio do privado, então, estão em evidência as mulheres, desenvolvendo funções “naturais”, como o sexo e a procriação, enquanto no domínio do público, estão os homens em evidência, produzindo “cultura”, trabalhando e ganhando dinheiro por esse trabalho (Martin, 2006). Dentro dessa dicotomia, no domínio que remete à natureza e à biologia está também a maternidade como destino natural dos exemplares femininos da espécie humana. A ginecologia, inclusive, legitima essa visão dualista (Rohden, 2001). “Não é nenhum acidente que fatos ‘naturais’ sobre as mulheres, na forma de alegações sobre a biologia, sejam usados com frequência para justificar uma estratificação social baseada no gênero” (Martin, 2006, p. 55).

Essa dualidade, no entanto, foi contestada por feministas ao longo do século XX, ao se afirmar que a esfera privada é amplamente marcada pelo político, bagunçando os limites público/privado, cultural/natural, produção/reprodução. As próprias transformações sociais que se deram a partir do século XIX, como a industrialização, urbanização crescente, desenvolvimento científico, assim como a propagação dos ideários feministas, geraram

condições favoráveis para a implosão da divisão entre lar e mundo do trabalho (Rohden, 2001). No entanto, essa divisão, que alimenta um discurso “natural” da diferença entre as pessoas, persiste e se relaciona a uma série de questões que são rabalhadas a seguir.

#### **4.1 Divisão sexual do trabalho, maternidade idealizada e ausência paterna**

A naturalização da mulher cisgênero como cuidadora primordial dos filhos parece circular em meio às práticas de saúde. Dois aspectos devem ser considerados pelo que foi observado – e provavelmente não se restringem à unidade visitada: dificuldades na promoção de vias de acesso aos homens que são pais e, simultaneamente, a consideração de determinados ideais de maternidade.

A maternidade tem sido historicamente definida por essa divisão sexual do trabalho porque o que vem se desenvolvendo ocorre de tal modo que as mulheres se sobrecarregam e têm sua participação em outras esferas da vida restringidas, ao passo que os homens se veem liberados das responsabilidades e do trabalho envolvidos no cuidado das crianças. Ademais, sendo entendida a procriação como algo da ordem do natural e próprio às mulheres cis, imaginamos que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder determinada atitude maternal (Badinter, 1985).

Os feminismos buscaram tanto destituir de naturalidade a maternidade, compreendendo-a como uma construção social que designa o lugar da mulher na família e na sociedade, como também denunciar o trabalho invisível e não remunerado exercido pelas mulheres. São esses dois aspectos dessa luta que apresentarei nessa seção, buscando articulá-los à ausência paterna.

Esse trabalho exercido quase que exclusivamente pelas mulheres cis pode ser pensado a partir da noção de divisão sexual do trabalho, que é entendida como a forma de divisão do trabalho social decorrente das chamadas “relações sociais de sexo”, e caracteriza-se pela destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva (Kergoat, 2009). A divisão sexual do trabalho se organiza de modo a promover tanto uma separação (existem trabalhos de homens e outros de mulheres), quanto uma hierarquização (um trabalho de homem “vale” mais do que um de mulher) (Kergoat, 2009).

A responsabilização desigual de homens e mulheres pelo trabalho reprodutivo, não remunerado, não apenas confina as mulheres às tarefas domésticas (limpar, passar, cozinhar, cuidar das crianças, zelar pelos espaços de convívio, gerir a vida familiar etc.), como também proporciona que os homens sejam beneficiados coletivamente por esse sistema (Biroli, 2018).

Além do mais, esse trabalho não é feito para as próprias mulheres, mas para os outros e “sempre em nome da natureza, do amor e do dever maternal” (Kergoat, 2009, p. 68).

Mas nessas relações também estão imbricadas classe e raça. Mulheres brancas e negras, pobres e ricas, vivenciam diferentemente essa exploração. Muitas mulheres negras periféricas também são exploradas ao trabalharem em casas de mulheres brancas que podem pagar por esse serviço doméstico. Do mesmo modo, os homens não se beneficiam igualmente desse sistema de divisão sexual do trabalho. Angela Davis (2016) não nos deixa esquecer que a própria noção de “dona de casa” é um aspecto da feminilidade branca de classes mais abastadas, uma vez que as mulheres negras e mulheres da classe trabalhadora sempre estiveram trabalhando dentro e fora de casa.

As enervantes obrigações domésticas das mulheres em geral oferecem uma flagrante evidência do poder do sexismo. Devido à intrusão adicional do racismo, um vasto número de mulheres negras teve de cumprir as tarefas de sua própria casa e também os afazeres domésticos de outras mulheres. E com frequência as exigências do emprego na casa de uma mulher branca forçavam a trabalhadora doméstica a negligenciar sua própria casa e até mesmo suas próprias crianças. Enquanto empregadas remuneradas, elas eram convocadas a ser mães e esposas substitutas em milhões de casas de famílias brancas (Davis, 2016, p. 239).

Além disso, para Davis (2016), desde o período da escravidão, a condição de vulnerabilidade das trabalhadoras domésticas sustenta mitos sobre a “imoralidade” das mulheres negras:

Nesse clássico “círculo vicioso”, o trabalho doméstico é considerado degradante porque tem sido realizado de modo desproporcional por mulheres negras que, por sua vez, são vistas como “ineptas” e “promíscuas”. Mas as aparentes inépcia e promiscuidade são mitos que se confirmam repetidamente pelo trabalho degradante que elas são obrigadas a fazer (Davis, 2016, p. 100).

Assim, podemos considerar que a divisão sexual do trabalho está ancorada na naturalização das relações de opressão, entendidas como se fossem fundadas na biologia, assim como justificadas racialmente (Biroli, 2018). Atribui-se diferentemente às pessoas certas “certezas biológicas” e essa atribuição:

Está presente nas justificativas que romantizam os papéis, como no caso da ideologia maternalista – as mulheres cuidariam mais das crianças porque possuiriam tendências naturais para tal cuidado, não porque os homens são socialmente liberados dessa função. Está presente, também, na subalternização característica das ideologias racistas – as mulheres negras realizariam o trabalho remunerado de limpeza porque essa ocupação estaria de acordo com suas habilidades enquanto mulheres negras (Biroli, 2018, pp. 42-43).

Dedicando-se desigualmente em termos de tempo e energia para tais tarefas, as mulheres – sobretudo as mulheres negras e as da classe trabalhadora – têm maiores dificuldades no exercício do trabalho remunerado, assim como vivenciam uma importante redução de sua autonomia (Biroli, 2018). Por outro lado, essas tensões entre maternidade e trabalho

remunerado não são vivenciadas igualmente pelos homens que são pais porque deles se espera menos ou muito pouco no cotidiano da criação dos filhos, ainda que a divisão convencional implique a atribuição a eles do papel de provedor (Biroli, 2018).

Engendra-se, assim, uma fusão entre mulher cisgênero e mãe. Fusão essa que foi problematizada por muitas autoras. Elisabeth Badinter (2011) chama a atenção para o fato de que, desde que muitas mulheres<sup>8</sup> passaram a utilizar contraceptivo, a ambivalência materna se tornou mais clara: o desejo de ter filhos não é nem constante, nem universal. Ela mostra como esse desejo aparece de diferentes maneiras e o quanto aquelas mulheres que escolheram não se tornar mães foram, ao longo do tempo, analisadas em termos de normalidade e desvio. No entanto, para Badinter: “Algumas os querem, outras não os querem mais, outras, enfim, nunca os quiseram. Já que existe escolha, existe diversidade de opiniões, e não é mais possível falar de instinto, ou de desejo universal” (Badinter, 2011, p.17).

Badinter é uma historiadora de origem francesa e escreve a partir da realidade europeia e norte-americana. Claro que, no Brasil, é complicado falarmos de escolhas sem levar em consideração uma série de questões. A proibição ao aborto, as dificuldades no acesso a serviços de saúde e à contracepção, situações de violência e racismo, diferentes condições de acesso à escolarização e profissionalização, desemprego e impossibilidade de conciliar trabalho remunerado e cuidado com os filhos ao lado de um contexto em que os equipamentos públicos são insuficientes (creches e escolas, por exemplo), são obstáculos que nos levam a pensar que classe e raça compõem esse cenário de “escolhas”.

Flávia Biroli (2018) chama a atenção para as perspectivas eugenistas que estiveram na base de políticas de controle populacional na América Latina no início do século XX. No Brasil, desde os anos 1980, acumulam-se denúncias de esterilização em massa de mulheres nas regiões mais pobres do país (Biroli, 2018) e de mulheres negras, mesmo sem o consentimento delas (Ribeiro, 2017).

Nesse sentido, Angela Davis (2016) denuncia que o classismo e o racismo têm forte influência sobre as políticas de controle de natalidade, de modo que se instituiu que mulheres pobres e mulheres negras têm o dever moral de restringir o tamanho de suas famílias. Para a autora, o que foi podendo ser vivenciado como um direito para as mulheres privilegiadas – ou seja, por meio da anticoncepção, escolherem se teriam filhos ou não – para as demais, isso veio a ser interpretado como um dever.

---

<sup>8</sup> Vale ressaltar que Elisabeth Badinter, assim como outras autoras utilizadas nesse capítulo (Flávia Biroli, Emily Martin, Fabiola Rohden e Elisabeth Vieira), não fazem referências em seus textos à perspectiva da cisgeneridade na qual acabam por se basear.

Ainda assim, os trabalhos de Badinter (1985, 2011) trazem questões tão fundamentais aos feminismos que ponderamos positivamente a respeito de trazê-los aqui. Buscando compreender a ocorrência de desinteresse, frieza, abandono por parte de mães, Badinter (1985) passou a questionar as ideias de instinto e amor materno. Para ela, a variação das atitudes maternas punha em questão a noção generalizada de um instinto próprio à fêmea-mulher. Ao recuperar, então, a história das atitudes maternas, Badinter (1985) se mostra convicta de que o instinto materno é um mito.

O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. A ternura existe ou não existe. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ao menos, passando pelo nada, ou o quase nada (Badinter, 1985, pp. 22-23).

O instinto materno foi assumido por muitos pediatras ao redor dos anos 1970, de modo que, ao apoiarem-se na etologia, estes médicos lembravam às mulheres que elas eram mamíferas tais quais as demais (Badinter, 2011).

Essas ideias naturalistas passaram a estabelecer normativas em relação a várias coisas, como o período e tempo de contato pele a pele que a mãe deveria ter com o bebê logo após ao nascimento, como deveriam se dar os laços entre os dois ao longo de todo o primeiro ano de vida e também em relação ao aleitamento materno (Badinter, 2011). Essas orientações despontavam na crença da necessidade de que as mães, então, deveriam ficar em casa com os filhos durante determinado período, além de criarem grande pressão sobre muitas mulheres (Badinter, 2011). Claro que há aí o viés que denuncia de onde a autora expressa suas ideias, uma vez que entre as mulheres da classe trabalhadora muito provavelmente isso chegaria de outro modo.

A questão trazida aí, de todo modo, e que Badinter denuncia, é que a natureza é um argumento decisivo que impõe leis e oferece conselhos. Para ela, a filosofia naturalista detém, acima de tudo, o poder da culpabilização, que é capaz de mudar os costumes. Se, tempos atrás, o argumento vinha no sentido da sobrevivência das crianças para diminuir a mortalidade infantil, hoje se apela para sua saúde física e psíquica (Badinter, 2011).

A autora, no entanto, aponta no sentido de não ser possível encontrar, na mulher, modelo de comportamento universal comparável a outros mamíferos, o que enfraquece a noção de instinto e de natureza feminina. Para ela, é necessário reconhecer as relações entre o contexto histórico, social e econômico e o sentimento materno.

Em sua desconstrução dos ideais, a autora lembra, por exemplo, que as futuras mães ignoram a outra face da maternidade, que é feita de esgotamento, frustração, solidão e culpa. As próprias mães, segundo ela, acabam por dizer que não foram prevenidas das dificuldades que viriam a ter (Badinter, 2011).

Forçoso é constatar que a maternidade continua sendo a grande desconhecida. . . . Umas encontram nela uma felicidade e um benefício identitário insubstituíveis. Outras conseguem de alguma forma conciliar exigências contraditórias. Outras, finalmente, jamais confessarão que não conseguem, e que a experiência materna delas é um fracasso. De fato, nada é mais inconfessável em nossa sociedade do que essa declaração (Badinter, 2011, pp. 23-24).

Em meio às suas problematizações, Badinter (2011) mostra uma série de estudos publicados e de ações de grupos de mães que, implicados com as ideias naturalistas, não só defendem a amamentação, como fazem restritas considerações referentes ao tempo e ao modo de amamentar (e condenam mamadeiras, leite em pó, fórmulas), mas, sem levar em conta características sociais, econômicas e culturais da mãe e da situação familiar.

Nesse ensejo, a creche passa a ser desaconselhada aos bebês pequenos, de modo que a melhor solução para a mãe e para a criança, é a mulher permanecer em casa (Badinter, 2011) (mas que mulheres poderiam permanecer em casa? Está aí também seu viés de classe). Além disso, não há um reconhecimento de que as mulheres possam ter dificuldades ao amamentar, física ou psíquica (ou mesmo que se houver, estas poderiam ser superadas). Também não se reconhece a ambivalência materna, de modo que aquelas mulheres que não têm vontade de se submeter às normativas, são tidas como mães más (Badinter, 2011).

Em relação à mamadeira, Badinter (2011) ressalta que ela poderia ser uma importante aliada na divisão dos papéis parentais desde o nascimento, além de que pode ser mais uma oportunidade de contato entre o pai e o bebê. Mas com a visão muito tradicional dos papéis parentais, o pai se mantém distante dessas ações, devendo apenas “encorajar e apoiar” a mãe a aleitar o bebê. Sendo o bebê um problema exclusivo da mãe, exime-se o pai da responsabilidade.

Em realidade, a historiadora destaca que quanto mais as responsabilidades perante os bebês eram dirigidas às mães, mais os pais, ao longo do tempo, tiveram sua imagem eclipsada (Badinter, 1985). Ela lembra que o poder e o papel do pai tinham muita relevância até o século XVII, mas a partir do seguinte, com a mãe tomando o centro do lar, a autoridade e a importância do pai entraram em declínio (Badinter, 1985). Daí decorreu que o pai se tornou mais um “colaborador” do que um “associado” em igualdade de condições com a mãe. Sua participação não apenas foi tomada como não necessária, mas se tornou acessória. Via de regra, o papel do

pai ficou, assim, relacionado à imagem do mantenedor da família, o que o distanciou, de certa forma, de seus filhos (Badinter, 1985).

Dar mamadeira, trocar fraldas, banhar a criança, todos esses gestos ‘femininos’ podiam, pois, ser realizados pelos homens sem que aí se visse uma ofensa à virilidade, ou abandono dos bebês pelas mães. Evidentemente, esse intercâmbio de papéis não convinha aos defensores do aleitamento e do instinto materno (Badinter, 2011, p.123).

A autora também ressalta o papel da Psicanálise na atribuição da importância da mãe na família e cuidado com os filhos. Mas não só isso, a psicanálise, ao pensar em termos de mães “adequadas” ou “inadequadas”, produziu também uma medicalização da mãe má. A mãe deveria atender às necessidades do filho sob pena de fomentar problemas psíquicos na criança. No pós-guerra, psicanalistas foram aos meios de comunicação de massa europeus disseminar orientações – que para Badinter (1985) mais se aproximavam de normativas – às mães em relação às suas atitudes. Uma das questões apresentadas era o aleitamento materno sob demanda do bebê, o que exige muito das mães que a isso se submetem e produz culpa naquelas que o recusam.

Badinter (1985) retoma escritos de psicanalistas como Freud, Melanie Klein e Winnicott para justificar suas ideias. Entre esses, apresenta trechos em que Winnicott supõe a naturalidade da maternagem ao dizer que esta “decorre naturalmente do fato de ser mãe”. Badinter, entretanto, se contrapõe: “Quis-se, portanto, ignorar que nem todas as mulheres são espontaneamente maternais. Postulando que a maternidade engendra naturalmente o amor e o devotamento à criança, era-se obrigado a considerar as ‘aberrações’ como exceções patológicas à norma” (Badinter, 1985, p. 314).

Além disso, a Psicanálise marcou como necessária a distinção dos papéis materno e paterno. “Aos olhos de Freud e de seus sucessores, a mãe simboliza antes de tudo o amor e a ternura, e o pai, a lei e a autoridade” (Badinter, 1985, p. 315). No entanto, para a historiadora, a Psicanálise deixou de explorar qual seria o papel cotidiano do pai. Novamente referindo-se às ideias de Winnicott, Badinter (1985) expõe que o “bom pai” dependeria, em realidade, da intermediação da mãe, assim como que ela não atrapalhasse o relacionamento entre pai e filho. A figura do “bom pai”, para o psicanalista, também estaria relacionada às seguintes ideias: o pai não precisa estar presente o tempo todo e há aqueles que simplesmente não se interessam nunca pelo bebê; os pais não podem substituir as mães, porque são elas que devem amamentar os bebês; o bebê prefere a mãe; e o pai é o escoadouro do ódio da criança, representante do mundo externo, da lei.

Outros psicanalistas, como Lacan e Françoise Dolto, conforme reconhece Badinter (1985), buscaram repensar a questão do pai, dissociando o pai simbólico do pai em carne e



osso: o pai deve interferir no par mãe/filho quando chega o momento, separando-os e inaugurando a relação triangular. Mas, para ela, essa via psicanalítica, por atribuir tanta importância ao pai simbólico, com frequência esqueceu-se de evocar o pai em carne e osso. Dolto foi quem buscou mais claramente incluir esse pai, concretamente, em suas discussões, ainda que tenha sustentado uma imagem tradicional de homem e ratificado a distinção dos papéis masculino e feminino (Badinter, 1985).

Muitas adeptas dos feminismos também fizeram coro a essas ideias. Entre o fim dos anos 1970 e início dos 1980, uma geração de mulheres que se consideravam feministas passou a tomar a maternidade como a experiência crucial da feminilidade (Badinter, 2011). Essa perspectiva não só retomou a noção de instinto materno, como também sublinhou a inevitabilidade das diferenças entre homens e mulheres em relação aos cuidados com o bebê. Para Badinter (2011), isso significou uma virada de 180 graus nos movimentos feministas:

Algumas concluíram que tinham errado o caminho. Se a igualdade é apenas um engodo – elas disseram –, é porque as diferenças não são nem reconhecidas, nem consideradas. Para se tornarem iguais aos homens, as mulheres renegaram a essência feminina, e conseguiram ser apenas os pálidos decalques de seus mestres. É preciso, ao contrário, reivindicar nossa diferença identitária e fazer dela uma arma política e moral. Um novo feminismo que expunha cada um dos aspectos da experiência biológica feminina tinha nascido. Ele exaltava as regras, a gravidez e o parto (Badinter, 2011, p. 73).

Essas ativistas lutavam contra a medicação desmedida da maternidade e defendiam o parto natural e o aleitamento, numa visão essencialista da mulher (Badinter, 2011). Para a autora, isso levou a uma evolução do “biologismo” ao “maternalismo”, que se consagrou como origem de uma nova moral e serviu de base para outra concepção do poder e da cidadania, ao mesmo tempo em que possibilitava ultrapassar a problemática do instinto que sempre gerou fortes oposições (Badinter, 2011).

Badinter (2011) entende que o maternalismo engendrou uma regressão da condição das mulheres, que é consentida em nome do amor pelo filho. Nesse sentido, ela avalia que o bebê se tornou “o melhor aliado da dominação masculina” (Badinter, 2011, p. 122).

Podemos resumir as ideias de Badinter (2011) a partir dos subtítulos de um de seus parágrafos (“O império do bebê”): “A mãe antes do pai”; “O bebê antes do casal”; “A criança antes da mulher”. As ideias maternalistas criam um tipo de dinâmica social e familiar em que os deveres com o bebê vêm sempre em primeiro plano, de modo não apenas a manter a exclusividade das mulheres nesse trabalho, mas também a relegar a outros planos a relação conjugal e a própria subjetividade da mulher (Badinter, 2011).

Interessante é a definição relativa e tridimensional de Badinter (1985) para “mãe”: relativa porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho; e tridimensional porque, além

dessa dupla relação, a mãe é também uma mulher – um ser específico, que tem aspirações próprias que com frequência nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho. Claro que ela parte, aí, de uma perspectiva da heterossexualidade. Mas, se considerarmos que, mesmo hoje em dia, essa é a normativa, faz sentido pensarmos na mãe como sendo relativa, sempre, ao pai e ao filho.

Para a historiadora, em cada cultura existe um modelo ideal de maternidade predominante e que varia conforme o tempo. Mas, Badinter (2011) vê o modelo atual ocidental como um dos mais exigentes por conta do que chama de “tripla contradição” a que as mulheres estão submetidas. A primeira seria social: a maternidade é considerada a realização mais importante da mulher, mas é, ao mesmo tempo, desvalorizada socialmente (por exemplo, ao levar prejuízos profissionais às mulheres por causa da maternidade). A segunda tem a ver com o casal (que ela sempre supõe ser heterossexual): o cansaço, a falta de sono e de intimidade, assim como os sacrifícios e constrangimentos impostos pela presença de uma criança em casa levam consequências importantes para a vida conjugal. E a terceira “reside no íntimo de cada mulher que não se confunde com a mãe”: a autora ressalta que as mulheres se sentem divididas entre o amor pelo filho e os desejos pessoais, o que é piorado por ideologias naturalistas que exigem cada vez mais das mães.

Badinter (2011) salienta que quando é possível fazer uma distinção entre a mulher e a mãe, reconhecendo-se a legitimidade dos múltiplos papéis femininos, e a maternidade é menos pesada, as mulheres podem, por conseguinte, desejar ser mães e reservarem-se o direito de recusar o modelo ideal. Nesse sentido, políticas públicas que possam levar em conta os desejos pessoais das mulheres, que as ajudem a assumir diferentes papéis são preferíveis àquelas que se limitam ao apoio da mãe e da vida familiar. Essas últimas, portanto, privilegiam a mãe em detrimento da mulher (Badinter, 2011).

Nesse sentido, Biroli (2018) lembra que muitas críticas são feitas por feministas brasileiras às políticas de proteção social e particularmente, de transferência de renda, por exemplo (a defesa da família sem levar em conta uma perspectiva de gênero é, no mínimo, cínica). Para essa autora, se a ação do Estado se der de forma a sustentar a responsabilização diferenciada de mulheres e homens pelas tarefas de cuidado, corre-se o risco de aprofundar as convenções de gênero. Biroli (2018) defende estratégias que promovam a autonomia das mulheres e que lhes dê suporte como mães – para tanto, a mulher não pode ser fundida à mãe.

A fusão entre mulher e mãe é, de acordo com Biroli (2018), uma forma de controle e restrição da cidadania das mulheres. Para ela, isso se trata de uma naturalização de convenções que servem de base para normas, valores e práticas que estabelecem a maternidade compulsória,

permitindo julgar e punir as mulheres que não desejem ser mães ou mesmo as que vivenciem a maternidade sem aderir aos padrões hegemônicos (Biroli, 2018). Torna-se, assim, um dispositivo de controle, que busca a normalização dos corpos, das relações afetivas, da conjugalidade e da família de tal forma que produz desvantagens para as mulheres (Biroli, 2018).

Claro que não se trata de desvalorizar laços afetivos que se criam nessas relações. Porém, como Biroli (2018) nos alerta, a maternidade pode significar afetos intensos para muitas mulheres e constituir suas identidades, mas nem por isso deixa de implicar exploração e restrições.

Conforme as ideias trazidas por Silvio Almeida (2018) e José Moura Gonçalves Filho (1998) e considerando que o Brasil se configura como um país racista e classista, não podemos, no entanto, deixar de considerar que nessas vivências de maternidade há sérios vieses. São desiguais as expectativas e julgamentos em relação às mães. A depender de onde estão posicionadas em termos de classe e raça, mulheres são submetidas a diferentes constrangimentos (Biroli, 2018).

Por um lado, a desigualdade social estrutural e crônica de nossa sociedade acabou por criar um grave e arraigado preconceito contra pobres. “As classes com maior poder econômico e financeiro da sociedade ainda acreditam que a pobreza é fruto do inchaço populacional, e que, portanto, os pobres não devem se reproduzir, não devem ter filhos, sob pena de estarem gerando ‘futuros bandidos’ – uma clara e injusta criminalização da pobreza” (Mattar & Diniz, 2012, p. 115).

Por outro lado, também presenciamos em nossa sociedade um processo de condições de subalternidade e de privilégios que se distribuem entre grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas (S. Almeida, 2018). Como afirma Sueli Carneiro (2011), a conjugação do racismo com o sexismo produz sobre as mulheres negras brasileiras “uma espécie de asfixia social”, que se desdobra negativamente sobre todas as dimensões da vida. Isso se manifesta, por exemplo, em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima. O “matriarcado da miséria”, como a autora demonstra, se produz nas experiências historicamente marcadas por exclusão, discriminação e rejeição social das mulheres negras brasileiras, mas também se revela em seu papel de resistência e liderança em suas comunidades (Carneiro, 2011).

Lelia Gonzalez (1984) destaca que a mulher negra habitante das periferias, “nas baixadas da vida”, é quem “segura a barra familiar praticamente sozinha”, enquanto:

seu homem, seus irmãos ou seus filhos são objeto de perseguição policial sistemática (esquadrões da morte, ‘mãos brancas’ estão aí matando negros à vontade; observe-se que são negros jovens, com menos de trinta anos. Por outro lado, que se veja quem é a maioria da população carcerária deste país) (Gonzalez, 1984, p. 231).

O exercício da reprodução é mediado por relações de poder e, nesse sentido, a vivência da maternidade, enquanto um fenômeno social, é marcada por desigualdades sociais, raciais e de gênero. Em razão dessas desigualdades, não é qualquer maternidade que é aceitável (Mattar & Diniz, 2012). Há, portanto, um modelo ideal de exercício da maternidade e de cuidado com os filhos, pautado por um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico – o que o faz ser um modelo excludente e discriminatório (Mattar & Diniz, 2012).

Assim, podemos refletir sobre como os lugares de exaustão a que estão submetidas as mulheres que são mães que conheci na UBS e a ausência dos homens que são pais são tomados, certas vezes, como naturais. Do mesmo modo, podemos pensar sobre essa naturalização da maternidade que em certo sentido parece circular nas práticas de saúde observadas, pautando determinadas expressões como ideais e negligenciando outras.

Uma desconstrução dessas questões passa, de acordo com as autoras aqui referenciadas, necessariamente por uma crítica à dualidade entre público e privado como vem sendo até a contemporaneidade pensada, assim como às concepções naturalistas que sustentam essa divisão. É preciso uma análise crítica das relações de poder na esfera tradicionalmente entendida como não pública para que se possa compreender as consequências políticas dos arranjos privados (Miguel & Biroli, 2015). Sem essas conexões, seria difícil entender como relações que são tomadas como “voluntárias” ou “espontâneas” respaldam, na realidade, determinados padrões de poder (Miguel & Biroli, 2015).

Somos levadas, então, a pensar como poderiam as unidades de saúde da Atenção Básica se configurarem em espaços de contestação da idealização da maternidade e da naturalização da divisão sexual do trabalho, além de promoverem a participação dos pais na criação dos filhos.

#### **4.2 Programa de saúde da mulher: “Programa do útero feliz”**

As observações das ações na UBS de modo geral fazem emergir a percepção de uma maior atenção às mulheres na Atenção Básica, enquanto os homens são menos visibilizados, sobretudo adolescentes e jovens trabalhadores. No entanto, quando falamos em ações que privilegiam mulheres, falamos de pessoas cisgênero e heterossexuais. Isso se aproxima de uma

perspectiva que condiz com a matriz heterossexual (Butler, 2018). Essa matriz designa a grade de inteligibilidade cultural por meio da qual os corpos, gêneros e desejos são naturalizados. Segundo o modelo discursivo/ epistemológico hegemônico da inteligibilidade do gênero, para os corpos serem coerentes e fazerem sentido, é necessário haver um sexo estável, expresso por um gênero estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade (Butler, 2018). Questões nesse sentido podem estar relacionadas ao investimento das práticas de saúde na dimensão biológica, sobretudo na reprodução. “Programa do útero feliz”, por exemplo, foi a expressão que uma médica da UBS enunciou ao realizar críticas ao modo como o Programa de saúde da mulher é desenrolado na Atenção Básica.

O enfoque na reprodução pode ser periférico para os homens, para as mulheres que optaram por não reproduzir, para as mulheres que não menstruam, para homens ou mulheres que são inférteis, para homens e mulheres em relacionamentos lésbicos ou gays que “não têm nenhuma relação intrínseca com a sexualidade procriadora” e assim por diante (Martin, 2006, p. 28).

Assim como o cuidado com os filhos e o trabalho doméstico têm relação com a dicotomia público/privado, cultura/natureza, como vimos anteriormente, a ênfase nas funções biológicas da reprodução também aparece relacionada a essa dualidade. Isso poderia ser pensado, por exemplo, como uma forma de manter as mulheres no mundo do privado, conectadas à dimensão natural.

Como vimos na seção anterior, concepções naturalistas levam a considerações de que determinadas vivências humanas são resultados de relações de causa e efeito entre biologia e comportamento social. As próprias diferenças entre mulheres e homens acabam por ser entendidas a partir dessa noção de “natural”, ou seja, como se fossem originárias da biologia.

Para Henrietta Moore (1997) esses argumentos são profundamente enganadores. A autora entende que a divisão, tão radicada no ocidente, entre natureza e cultura oculta a noção de que propriedades biológicas, processos biológicos são, na verdade, produtos do próprio discurso biomédico da cultura ocidental. Ou seja, Moore (1997) está dizendo que não há, em nenhum caso, outra maneira de conhecer o que ela chama de “sexo” (o corpo, seus processos biológicos e práticas), senão através do “Sexo” (aproveitando ideias foucaultianas, Moore entende “Sexo” como as práticas discursivas culturalmente específicas que dão sentido às partes do corpo e suas relações com substâncias e processos fisiológicos, inclusive aqueles associados à reprodução humana).

Decorre da não consideração disso uma categorização sexual binária, isto é, a determinação de duas categorias fixas e mutuamente exclusivas de sexo (fêmea e macho). Essa categorização é, segundo a autora, um efeito do discurso cultural ocidental do “Sexo”, que tem

uma relação mutuamente constitutiva com o discurso biomédico. Essa relação ocorre de modo que “Sexo” se torna cientificado e o discurso biomédico “é construído de acordo com um conjunto de entendimentos sobre o sentido das diferenças sexuais e sobre as relações que serão estabelecidas entre o que é cultural e o que é natural” (Moore, 1997, p. 7).

Para a antropóloga, todas as culturas, em verdade, têm um discurso de “Sexo” e, por isso, não há nenhum meio para abordar o sexo em qualquer cultura a não ser através do discurso do “Sexo” (Moore, 1997).

Emily Martin (2006) busca sugerir, em direção semelhante à proposta por Moore, que a ciência é um discurso e que o código aparentemente abstrato da ciência médica, em específico, conta uma história concreta enraizada em nossa forma particular de hierarquia social e controle. O problema, para ela, é que em geral não ouvimos essa história, apenas os “fatos”, o que acaba por tornar a ciência tão poderosa. Elisabeth Vieira (2002), nesse sentido, afirma que uma característica fundamental da Medicina na produção discursiva é que se trata do discurso da verdade, da ciência, o único legítimo, de modo que é apenas este que dá a palavra final sobre as dúvidas e as inquietudes (Vieira, 2002).

Por ser extremamente incisivo e representar a verdade sobre os corpos, o discurso médico se apodera de determinados temas e os reduz à sua condição biológica. É o caso do ginecologista, por exemplo, que se transforma em um “especialista em mulher” (Vieira, 2002, p. 15).

O “estudo da mulher”, constituído no século XIX, tinha um sentido amplo, pois os fenômenos da reprodução na mulher, como gravidez, parto e puerpério, eram há algum tempo o foco de outra disciplina, a obstetrícia. Sendo assim, a ginecologia marca uma distinção com essa outra especialidade (Rohden, 2001). Para Fabíola Rohden (2001), marca também um contraste com os homens, pois parece ter sido necessário tornar as mulheres objetos de investigações mais atentas. Por conta disso, as mulheres acabam também sendo sujeitas a determinados tipos de intervenções em seus corpos. Nesse sentido, a autora aponta que não se desenvolveu uma disciplina médica correspondente para o caso do homem – mesmo a urologia, que estuda e trata o aparelho urinário de todas as pessoas, não expressa uma preocupação com os órgãos sexuais e reprodutores masculinos (Rohden, 2001).

De algum modo, o corpo e a sexualidade masculinas foram alvo de preocupações por conta da sífilis e outras doenças venéreas em meados do século XX no Brasil (Carrara, 1996; citado por Rohden, 2001). No entanto, segundo Rohden (2001) essa atenção com os homens surgiu a partir de uma doença que comprometia sua descendência, uma doença que vem de fora. “É porque está doente, fora do normal, que o homem e seus órgãos sexuais precisam ser tratados. No caso da mulher e da ginecologia, estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que

é, por natureza, potencialmente patológica” (Rohden, 2001, p. 52). Para a autora, então, o que temos na prática é uma assimetria, que aponta para uma relação particular entre a medicina e a mulher e para uma maior medicalização do corpo feminino em contraste com o masculino.

Vieira (2002), estudando a medicalização do corpo feminino, trabalha o modo como este corpo, através da história, é construído como objeto da medicina. Medicalizar, para a autora, é, por um lado, transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais e, por outro, a ampliação quantitativa dos serviços médicos, de modo a incorporar cada vez mais as populações ao cuidado médico individual (Vieira, 2002).

No processo de medicalização, o corpo feminino se torna objeto da medicina principalmente no que se refere à sexualidade e à reprodução, baseando-as na biologia. Esse corpo é tomado exclusivamente como uma entidade biológica, de modo a reduzi-lo a seu aspecto orgânico, a partir do que será qualificado por meio de referenciais médicos (Vieira, 2002).

Com base na ideia de “natureza feminina”, então, se construiu um discurso médico que tenta simultaneamente entender a fisiologia desse corpo e realizar intervenções que ampliam seu processo de medicalização (Vieira, 2002). Nesse sentido, gravidez e menopausa são tanto entendidas, como tratadas enquanto doenças.

A ideia de “natureza feminina” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos (Vieira, 2002, p. 31).

A essa ideia estão relacionadas as noções da maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos “naturais” e “essenciais” (Vieira, 2002).

Como legítimos tradutores dos desígnios naturais, esses homens de ciência vão se esmerar em tentar garantir que nada prejudique o rumo ‘natural’ dos acontecimentos, que teria como resultado final a geração de uma mulher bem preparada para assumir o papel de mãe e esposa e de um homem capaz de ser um provedor competente (Rohden, 2001, p. 15).

Sendo necessário que as mulheres se mantivessem nas suas funções tradicionais, então, foram sendo criados estatutos de anomalias potenciais em relação a elas (Vieira, 2002). Passou a haver uma preocupação com as desordens relativas ao rompimento dos limites que estabeleciam as diferenças entre homens e mulheres (Rohden, 2001).

A intensidade com que os discursos médicos se propuseram a abordar as diferenças calcadas na natureza demonstra o quanto elas pareciam imprescindíveis naquele contexto. É com base naquilo que descreviam como natural que os médicos criassem [sic] prescrições relativas às funções sociais de homens e mulheres. Era porque viam no corpo feminino apenas a manifestação da capacidade reprodutiva que desestimulavam ou mesmo condenavam a

educação e o trabalho feminino fora de casa. Contudo, deixavam de reconhecer que suas observações dos chamados ‘dados naturais’ estavam condicionadas as [sic] suas próprias expectativas, como personagens imersos em um determinado contexto social fortemente marcado por uma hierarquia entre os gêneros que se baseava na distinção entre as esferas privada e pública e na oposição entre natureza e cultura. Para a medicina da época, a natureza já tinha estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir e da qual não se podia, ou não se queria, escapar (Rohden, 2001, pp. 227-228).

O discurso médico a respeito do corpo feminino foi contestado no trabalho de Emily Martin (2006). Em sua pesquisa, a autora mostrou como as mulheres “trazem literalmente dentro de si subsídios para confrontar a história contada pela ciência com uma outra história, baseada em sua própria experiência” (Martin, 2006, p. 303).

Importante, nesse ponto, salientar que Martin trabalhou a partir de uma perspectiva da cisgeneridade e da realidade estadunidense. Mas ainda assim, consideramos sua pesquisa relevante para esta dissertação, apenas não deixando de considerar, então, essas questões.

Martin (2006) enfatiza como as metáforas de produção informam as descrições médicas do corpo feminino, de modo que muitas dessas metáforas estão relacionadas a formas de produção em massa, em que se dá valor a grandes quantidades e à eficiência de larga escala. Partindo das ideias de Marx, que postula que na sociedade capitalista as pessoas experimentam tanto alienação quanto separação das partes de algo que deveria ser um todo, a autora diz que as mulheres sofrem uma alienação das partes de seu eu muito mais intensamente do que os homens. Para ela, tornar-se um ser sexualmente feminino envolve uma fragmentação interior do ser, porque a mulher se tornou apenas um corpo físico para ser sexual (Martin, 2006).

A autora percebeu nos textos e livros didáticos utilizados na formação de profissionais da Medicina a utilização de determinadas metáforas para descrever eventos fisiológicos do corpo humano (Martin, 2006). Ela analisa, assim, como a menstruação, a tensão pré-menstrual, a gravidez, o parto e a menopausa foram sendo interpretadas por esse discurso biomédico e como isso foi sendo incorporado, por um lado, pelas mulheres, e, por outro, como estas foram resistindo a tais interpretações.

Nas suas análises, Martin (2006) viu que há um entendimento do corpo como um sistema de processamento de informação hierárquico, o que a autora compreende como tendo uma relação óbvia com a forma dominante de organização da nossa sociedade. Nesse contexto, tanto a menstruação, quanto a menopausa são entendidas como falhas dessa estrutura de autoridade do corpo.

Segundo a pesquisadora pôde perceber, nessas metáforas, as funções desse sistema (o corpo) “falham” ou oscilam no momento da menopausa. E à medida que o funcionamento falha, as partes do sistema entram em declínio, se atrofiam, murcham, se tornam inúteis. “Relíquias



reduzidas e atrofiadas de sua antiga essência vigorosa e capaz, os ‘ovários senis’ são um exemplo das vívidas imagens empregadas nesse processo” (Martin, 2006, p. 88).

No mesmo sentido, a menstruação é tomada como uma produção que deu errado, pois há uma assunção, por parte dos textos médicos, de uma visão em que o objetivo do processo menstrual é a reprodução, que é justificada pelo desenvolvimento evolucionário da espécie. Isso, para Martin (2006), desvia desnecessariamente nossa descrição e compreensão do ciclo feminino. Nos livros que analisou, há descrições minuciosas do ciclo menstrual em termos de um objetivo que fracassou. Para a autora, esse é um horror de nossa sociedade, a imagem da fábrica fechada, negócio falido, máquina parada – ou seja, da falta de produção.

Mostrando excertos de um livro de Medicina, a autora destaca as palavras utilizadas na descrição da menstruação: degenerar, decair, desaparecer, espasmos, enfraquecer, falta, expelir, deterioração, reparo... Como ela diz, esses não são termos neutros, pelo contrário, transmitem fracasso e dissolução. Por outro lado, em outro texto, os termos utilizados para descrever a fisiologia reprodutiva masculina são diferentes: extraordinária, surpreendente, incomparável magnitude (Martin, 2006).

Ainda que este texto considere abertamente positiva essa produção imensa de esperma, na verdade, apenas cerca de um espermatozoide em um bilhão consegue fertilizar o óvulo: se partirmos do mesmo ponto de vista que considera a menstruação como um produto desperdiçado, temos aqui, sem dúvida, algo pelo qual realmente vale a pena chorar (Martin, 2006, p. 97).

Assim, ela aponta como a menstruação traz consigo a conotação de um sistema produtivo que fracassou na produção, mas também a noção de uma produção desvirtuada, que fabrica produtos sem uso, como desperdícios. “Por mais repugnante que possa ser, o sangue menstrual irá sair. Uma produção desvirtuada é também uma imagem que nos enche de horror e consternação” (Martin, 2006, p. 93).

Como comparação, Martin pesquisa, nesses mesmos livros, como outros processos fisiológicos semelhantes à menstruação são descritos. O revestimento do estômago, por exemplo, precisa ser substituído regularmente para que não seja digerido pelo ácido clorídrico produzido na digestão. Mas, nos livros analisados, a ênfase está, de acordo com Martin (2006), na secreção de muco, na barreira que as células mucosas representam, na renovação periódica do revestimento – e não na degeneração, no enfraquecimento, na deterioração, no reparo. “Como dois lados da mesma moeda, o estômago, que *tanto* [itálico da autora] mulheres *como* [itálico da autora] homens têm, cai do lado positivo; já o útero, que apenas as mulheres têm, cai no lado negativo (Martin, 2006, p. 100).

A autora entendeu, assim, que a metáfora do funcionamento dos órgãos da mulher adotada nos livros de Medicina se ajusta aos papéis tradicionais destinados às mulheres. Esse funcionamento “é pensado no contexto de uma ordem hierárquica, cujos membros mandam sinais uns aos outros para que produzam várias substâncias, tudo com o objetivo de transportar óvulos para um lugar onde serão fertilizados e, depois, crescerão” (Martin, 2006, p. 102). Há, assim, para Martin (2006), uma concepção de natureza teleológica desse sistema, com um objetivo pressuposto de implantar um óvulo fertilizado. De acordo com a autora, um dos efeitos desse modelo teleológico é que ele permite que todo um conjunto de órgãos internos tenha apenas um objetivo. Mas, como ela aponta, mulheres que desejam ter filhos, mulheres lésbicas e mulheres que não desejam ter filhos relacionam-se de maneiras completamente diferentes com as funções potenciais desses órgãos (Martin, 2006). “Ironicamente, em nossa sociedade, a maioria das mulheres não tem intenção de engravidar na maior parte do tempo. De forma que a chegada da menstruação poderia, quase sempre, ser vista como um bem-vindo sinal” (Martin, 2006, p. 180).

Martin reflete também sobre o que vai sendo pensado a respeito da menstruação considerada “anormal”, mostrando diversos estudos feitos ao longo do tempo nos Estados Unidos e na Inglaterra, a respeito da chamada “Síndrome Pré-Menstrual” (SPM), também chamada de Tensão Pré-Menstrual (TPM). Esse quadro tem como base o modelo fisiológico/médico, no qual uma série de “sintomas” físicos, emocionais e comportamentais que a mulher “sofre” são apresentados – e de forma bastante negativa. Entende-se que há uma “causa física” para essa síndrome, que tem origem numa “disfunção da produção de hormônios durante o ciclo menstrual”, em particular o hormônio feminino denominado progesterona. A TPM é tomada, assim, de tal forma que uma série de tratamentos são considerados, no sentido de compensar essa falta de progesterona.

Mas, Martin (2006) entende que a essa visão da TPM está relacionada, na verdade, uma série de pressupostos sobre a natureza do tempo e da sociedade e sobre os papéis obrigatórios de mulheres e homens. Ela mostra como, ao longo do tempo, os estudos foram mudando de modo a atender determinadas necessidades sociais. Não seria, assim, por acaso que muitos estudos que mostravam os efeitos debilitantes da menstruação nas mulheres tivessem sido publicados no intervalo entre as grandes guerras do século XX, período no qual as mulheres foram pressionadas a abrir mão de seus trabalhos remunerados e permitissem que os homens (que estavam, antes, na guerra) tomassem seus empregos. Após o início da Segunda Guerra Mundial, diversos estudos voltaram a descobrir que a menstruação não representava nenhum risco. O mesmo processo após o fim da Primeira Guerra Mundial ocorreu com o final da

Segunda: um surto de pesquisas sobre menstruação que descobriram que as mulheres ficavam incapacitadas por causa de seus hormônios (Martin, 2006). Importante notarmos aqui a consideração que Martin faz a partir da realidade de determinadas mulheres, uma vez que, como Angela Davis (2016) afirma, as mulheres negras da classe trabalhadora sempre estiveram trabalhando dentro e fora de casa e a ideia de dona de casa tem a ver com uma feminilidade branca.

Seguindo seu trabalho, Martin (2006) e sua equipe entrevistaram nos Estados Unidos 165 mulheres cisgênero brancas e negras, de diferentes classes sociais e em diferentes fases da vida (após a puberdade, mas antes de ter filhos; durante a idade de ter filhos e os anos de criação dos filhos; e durante ou após a menopausa). A partir do material dessas entrevistas, Martin (2006) buscou ver de que forma estas mulheres esclareciam a condição fragmentada e alienada na qual a autora supunha que elas existiam. Martin (2006) comparou o conteúdo e a forma do que as mulheres disseram com o imaginário e os processos científicos discutidos antes.

Partindo da ideia da dicotomia público/privado, cultura/natureza, homem/mulher, Martin (2006) demonstra como as mulheres, por suas experiências com seus corpos, não conseguem deixar de confundir diariamente essas distinções binárias. Isso porque as mulheres já não podem mais confinar ao lar a menstruação, a gravidez, a menopausa. “As mulheres fazem interpenetrar esferas que nunca existiram realmente em separado. Elas incorporam literalmente a oposição, ou contradição, entre os diferentes mundos” (Martin, 2006, pp. 303-304).

Ouvindo as mulheres entrevistadas falando de menstruação, Martin (2006) percebeu que elas não a veem como uma função íntima relegada à esfera do lar, mas como uma condição impossível de dissociar do resto de suas vidas, no trabalho, na escola. No entanto, nossas concepções culturais colocam a menstruação no domínio privado do lar e da família. Assim, a autora diz que a menstruação é uma realidade que confunde as esferas distintas dos homens e das mulheres (Martin, 2006). Analisando os discursos das mulheres entrevistadas, Martin (2006) percebe como elas utilizam a experiência da menstruação como base para uma ação comum ao compartilharem aflições, apetrechos, conhecimentos e usarem os espaços privados – que são oferecidos na escola e no trabalho para tal fim – para refúgio e até mesmo rebeldia.

Considerando ainda os relatos das mulheres entrevistadas a respeito dos sintomas pré-menstruais, Martin (2006) busca entender que visões do mundo do trabalho estão representadas em suas falas. O que ela percebe é que as mulheres contam predominantemente de mudanças no sentido de uma perda da habilidade de levar adiante atividades que envolvam disciplina mental ou física. Essa perda, na sociedade capitalista, é, claro, vista negativamente. Mas a autora destaca que o estado mental e físico das mulheres só lhes causa dificuldades por causa

da forma como o trabalho está organizado nessa sociedade. “Considera-se que as mulheres têm uma disfunção e que seus hormônios estão desequilibrados, e não que a organização da sociedade e do trabalho necessite de uma transformação para que passe a exigir menos disciplina e produtividade constantes” (Martin, 2006, p. 195). Assim, considerando os termos do modelo médico, a solução para essas situações é buscar ajuda médica e fazer um tratamento, enquanto o conteúdo das observações da mulher, o teor daquilo a que ela faz objeção, não é notado.

Martin (2006) mostra, no entanto, o quanto as queixas das próprias mulheres estarem desastradas parecem se concentrar na dificuldade de levar a cabo tarefas domésticas. A autora considera a noção de como é desejável ser “eficiente” e “produtiva” no lar tanto quanto em outros trabalhos, e o caráter interminável e repetitivo das tarefas domésticas. Dessa forma, Martin (2006) ouve os relatos das mulheres de que elas funcionam de maneira diferente durante certos dias, de forma que fica difícil tolerar a disciplina exigida pelo trabalho, não como sinais de imperfeições dessas mulheres – que precisam ser consertadas – mas como *insights* das imperfeições sociais – e que precisam ser abordadas. Ela percebe, assim, nas falas de algumas mulheres que entrevistou a resistência que fazem em relação ao modo como a ciência é usada para reduzir seus descontentamentos à uma disfunção biológica, e também resistência à integridade das esferas separadas, que são perpetuadas para manter as mulheres numa delas e simultaneamente excluí-las da outra.

Nesse sentido, Martin (2006) aponta que uma das emoções pré-menstruais descrita em comum pelas mulheres é a raiva. A maneira como essa raiva é sentida pelas mulheres e como é descrita pela medicina diz muito sobre que tipo de função se espera que as mulheres ocupem socialmente, conforme Martin (2006) mostra. Para ela, a razão pela qual a raiva (e também a irritabilidade) expressa pelas mulheres é tomada como problemática em nossa sociedade é que “essa emoção torna difícil para a mulher desempenhar o papel esperado de manter relacionamentos harmônicos dentro da família” (Martin, 2006, p. 206). Dessa forma, se a mulher sente uma raiva que não pode controlar, entende-se que ela sofre uma disfunção hormonal e precisa de tratamento, e se ela sujeita a família a essas emoções, podem surgir consequências que são interpretadas como culpa na literatura médica sobre TPM analisada por Martin (2006). Do mesmo modo, segundo a autora, a violência masculina também acaba sendo colocada nas costas da TPM.

No entanto, Martin (2006) procura entender a origem dessa raiva como sendo justamente a percepção, por parte das mulheres, da opressão que sofrem socialmente. Sendo assim, ela sugere que essa origem pudesse ser nomeada e conhecida para que uma raiva mais

produtiva emergisse, unindo as mulheres enquanto grupo oprimido<sup>9</sup>, em vez de enviá-las individualmente ao médico como pacientes que precisam ser tratadas.

Assim como faz uma análise dos relatos das mulheres a respeito de suas experiências com a menstruação, Martin (2006) também o faz das experiências com a menopausa. Ela aponta que os “calores” são a única condição “física” específica da menopausa, ainda que seja muito difícil separar os aspectos puramente “físicos” dos calores de seu contexto social e cultural. A partir de suas entrevistas, viu que as mulheres associam os rubores a situações em que estão nervosas ou em que desejam causar boa impressão. A autora discute essas percepções a partir da concepção que tenta manter separados o lar e o trabalho, entendendo que as mulheres ficam constrangidas porque seu estado de menopausa é revelado publicamente por meio dos rubores.

Martin (2006) mostra uma entrevista de uma mulher cuja sudorese noturna e rubores intensos cessaram totalmente após ela decidir, por conta própria, tomar vitamina E. No consultório médico, contou sobre essa mudança. O médico, em resposta, disse-lhe que isso era bobagem e, imediatamente, a mulher teve uma enorme onda de calor. A autora questiona se essa mulher não estivesse na menopausa, ela não poderia ter dito que tinha ficado furiosa por ter sido tratada com menosprezo. Assim, Martin (2006) compreende que na menopausa, as mulheres produzem uma resistência importante, reivindicando o direito desse estado existir como parte delas no domínio público.

Apesar da literatura médica descrever, como dito anteriormente, a menopausa como uma condição negativa, para a maioria das mulheres entrevistadas por Martin (2006), no entanto, ela não significa nenhum grande problema. Na verdade, a grande maioria dessas mulheres viu a menopausa como positiva, por deixarem de sentir algum desconforto que a menstruação causava ou ainda, para as sexualmente ativas, por não precisarem mais ter medo de engravidar. Elas também não descreveram a menopausa em termos fisiológicos do fracasso dos órgãos reprodutores, nem como um descontrole da organização hierárquica percebida por Martin nos livros de medicina. Mas, as mulheres jovens, que ainda não viveram a menopausa, falam dela com medo desse descontrole. Martin (2006) discorre que talvez isso signifique que as avós e mães estão, na verdade, revoltando-se com a “condição de criadas dos filhos quase adultos”. Dessa forma, a autora entende que as mulheres mais jovens, ao compartilharem a visão de que as mulheres na menopausa estão fora de controle, podem estar fazendo perpetuar

---

<sup>9</sup> Importante considerar que Emily Martin não faz necessariamente uma análise interseccional em seu trabalho, apesar de fazer alguns apontamentos a respeito de classe e raça. Mas, como nesta dissertação buscamos levar em conta a interseccionalidade, é preciso relativizar, nesse sentido, essa noção de união das mulheres enquanto grupo oprimido.

a noção de que quando as mulheres saem de seu papel costumeiro e começam a protestar, resistir ou atuar no mundo, são definidas como doentes, tal qual as mulheres com TPM (Martin, 2006).

Martin (2006) comenta que sua equipe teve dificuldade, ao entrevistar mulheres mais velhas, de mantê-las dentro do tema da entrevista, porque elas queriam sair da menopausa e falar sobre outros aspectos da vida. Assim, entende que o sentido disso é que essas mulheres não vivenciaram a menopausa como um episódio separado de suas vidas, como uma doença, mas como parte de todo o resto que aconteceu em suas trajetórias. Muitas mulheres entrevistadas, inclusive, veem a menopausa como uma liberação de energia e potencial novos.

Isso nos remeteu à tentativa frustrada de uma profissional de realizar na UBS visitada um grupo para mulheres sobre menopausa e climatério. Convites foram feitos e até algumas presenças foram confirmadas, mas no dia do encontro, nenhuma mulher compareceu. A enfermeira interpretou as faltas como sendo um efeito do que ela chamou de “cultura” daquela UBS em não realizar grupos, o que faria com que as pessoas atendidas não tivessem muita familiaridade com esse dispositivo. Após a leitura dos escritos de Emily Martin (2006), podemos também pensar em outras duas coisas. Talvez isso seja efeito do constrangimento de levar ao domínio público algo que é vivido privadamente. Mas talvez também aquelas mulheres da UBS estivessem resistindo ao rótulo de “fábrica que fechou” e/ou de doentes. Talvez fosse sinal de que elas estavam podendo ocupar outros lugares que não a UBS, que estivessem podendo circular mais, serem mais livres.

Martin (2006) também ouviu as mulheres a respeito dos procedimentos e tratamentos médicos que vivenciam, como os exames ginecológicos.

Periodicamente, a partir do final da adolescência até a velhice, é esperado que as mulheres nesta sociedade sujeitem sua genitália e órgãos reprodutivos internos à inspeção feita por um médico. Tem sido assinalado com frequência que a postura exigida para esse exame – deitada de costas, com as pernas e os pés em estribos, as pernas cobertas por um lençol e o médico na extremidade da mesa – separa eficazmente a mulher das partes de seu corpo que estão sendo examinadas pelo médico (Martin, 2006, p. 128).

Essa separação também foi percebida pela autora quando as mulheres falavam de suas experiências com processos fisiológicos (Martin, 2006). Ou as mulheres falavam em termos de “o corpo é algo a que seu eu tem de se ajustar ou de aguentar”, ou ainda que “o corpo deve ser controlado pelo eu” e também como se a menstruação, a menopausa, o trabalho de parto e o nascimento fosse, estados pelos quais você passa ou fatos que acontecem com você e não ações que você realiza (Martin, 2006). Os relatos de partos – vaginais ou cesáreas – eram bastante intensos nesse sentido e Martin os analisa como se as mulheres que ouviu estivessem colocando

em palavras uma sensação de alienação entre elas e o evento (principalmente a cesariana) semelhante à alienação do operariado em relação ao seu trabalho.

Nesse sentido, a autora pondera que falta muito para que possamos ver funções que são “tipicamente femininas como ações que as mulheres realizam, com corpo, mente e estados emocionais trabalhando juntos ou, pelo menos, influenciando uns aos outros” (Martin, 2006, p. 150). Isso fica muito claro quando ela destaca as experiências que as mulheres contam com as contrações, pois estas eram entendidas como involuntárias, sem se considerar como o estado emocional, por exemplo, das mulheres estava atuando junto nesse processo.

Nesse sentido, então, Martin (2006) questiona como seria se as mulheres dessem explicações “fenomenológicas” além da explicação médica da menstruação, esmiuçando os detalhes sobre como é e o que fazer; se pudessem recuperar a sensação de completude do processo e reduzir ou excluir a repugnância; se sentissem a menstruação como algo que realizam de fato. Ela pensa que a articulação entre as experiências sensorial e emocional que cada pessoa tem poderia ser um passo nessa direção (Martin, 2006).

### **4.3 Políticas públicas binárias**

Sabemos que “políticas públicas” se refere a diferentes questões e por isso, é um termo amplo. Embora neste trabalho estejamos refletindo sobre as práticas no campo da saúde pública, podemos pensar em diferentes âmbitos que estão a elas relacionados, conforme a proposta de Ianni Scarcelli (2017) para a investigação no campo social. Nesse sentido, a partir das análises feitas no âmbito das práticas de saúde da Atenção Básica, podemos também realizar indagações a respeito dos outros âmbitos, uma vez que estão todos inter-relacionados.

Nas primeiras aproximações que realizei da UBS, quando afirmava que estava pesquisando as questões de gênero na Atenção Básica, as profissionais, no geral, buscavam me encaminhar para observar ações que estivessem direcionadas às mulheres cisgênero. Era necessário explicar que meu interesse não se restringia a essas pessoas, mas a toda e qualquer relação que se passasse no contexto daquele serviço. Sendo assim, não me importava, a princípio, quais ações seriam desenvolvidas, pois sabia que, havendo relações sociais, haveria questões a se pensar sobre gênero. Essa similaridade que se faz entre “gênero” e “mulher”, no entanto, não é banal. Diz respeito a como as políticas públicas no SUS estão formuladas e, assim, diz também das práticas realizadas nos serviços (Scarcelli, 2017).

Implícita à formulação de similaridade entre “gênero” e “mulher”, está uma compreensão mais simples de gênero, que desconsidera as relações de poder que se configuram entre as pessoas, que não toma posição em relação à desigualdade (Scott, 1995). Isso também nos leva a pensar no tradicional binarismo homem/mulher. Historicamente, tal sistema de oposição é tomado como fixo e permanente, e utilizado para explicar desigualdades em termos naturais e imutáveis (Scott, 1995). No entanto, conforme aponta Joan Scott: “Temos necessidade de uma rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária, de uma historicização e de uma desconstrução genuínas dos termos da diferença sexual” (Scott, 1995, p. 84), porque esse sistema de oposição binária cria hierarquias entre grupos de pessoas que provocam, entre outras coisas, desigualdades de acesso a direitos. Essa oposição binária nos faz ainda equiparar outros pares de conceitos, como cultura/natureza, produção/reprodução, público/privado, razão/sentimento etc.

As práticas de saúde parecem ter relação com esse binarismo, esse par hierárquico masculino/feminino, cultura/natureza. Isso pode ser percebido, por exemplo, pelos dados do serviço visitado. Todas as atividades realizadas na UBS são registradas em um sistema de informação próprio da unidade, inclusive aquelas que se relacionam à contracepção. Esses dados são formados a partir de informações coletadas nos prontuários das usuárias da UBS. Na organização desses dados não há informações sobre o “sexo” das pessoas atendidas (a nomenclatura utilizada é essa). Isso só fica um pouco mais claro quando olhamos para o tipo de atendimento pelo qual a pessoa passou – se foi de “saúde da mulher” ou “gestantes”, sabemos que se trata de mulher cisgênero.

Desse modo, não há, numa visão mais geral dos dados do serviço, informações sobre os homens, nem sobre as pessoas trans. Não é possível compreender, por exemplo, os principais motivos pelos quais os homens buscam a UBS, nem se há pessoas trans atendidas. Além disso, até bem pouco tempo atrás, não era possível incluir nesse sistema uma atividade de contracepção como sendo feita com um homem. Assim, o serviço produz mais dados sobre as mulheres cisgênero, mas não sobre as demais pessoas.

No entanto, isso não aparece apenas no domínio dos dados do serviço. Nas práticas observadas, – consultas individuais, grupos, discussões de caso, visitas domiciliares – também percebemos que a maioria das pessoas que frequenta a UBS é composta por mulheres cisgênero adultas. Os homens cis, por sua vez, comparecem esporadicamente e são mais assíduos quando idosos. As diferenças não se restringem, porém, à frequência de utilização do serviço. As consultas dos homens cis, por exemplo, são muito mais rápidas e objetivas que as das mulheres



cis. A presença de pessoas trans no serviço é baixa, ainda mais se comparada à das mulheres cis.

Refletimos, assim, sobre a unidade de saúde se mostrar como um espaço que prioriza a chamada “saúde da mulher”, como vimos por meio das ações assim direcionadas: ginecologia, pré-natal, puerpério, grupos de contracepção, de gestantes, de mães de lactentes, de mulheres na menopausa... As mulheres, por sua vez, respondem a isso comparecendo com frequência ao serviço de saúde e acabam se tornando alvo de mais ações que as fazem visitar mais o serviço, numa constante equação que se retroalimenta.

O que foi analisado até aqui neste trabalho pode ser relacionado com alguns pontos, como: a perspectiva hetero-cisnormativa, a dificuldade de olhar para a mulher enquanto sujeito, deixando de considerar apenas a “mãe”, a naturalização da divisão sexual do trabalho e da sobrecarga em relação ao trabalho doméstico, assim como a dificuldade de encontrar lugar para demandas de outras pessoas, como adolescentes e homens jovens trabalhadores.

Mas quando afirmamos que a Atenção Básica parece priorizar a “saúde da mulher”, de que “mulher” estamos falando? Como vimos, mulheres negras e brancas têm vivências diferentes. Além disso, o foco estando na dimensão biológica e questões reprodutivas, a priorização recai sobre as mulheres cisgênero.

Nesse sentido, podemos retomar as ideias sobre a concepção de hierarquia produzida entre masculino/feminino, cultura/natureza apontadas por Butler (2018). Como explicado pela autora: “A relação binária entre cultura e natureza promove uma relação de hierarquia em que a cultura ‘impõe’ significado livremente à natureza . . .” (Butler, 2018, p. 74). O discurso cultura/natureza normalmente concebe a natureza como “feminina” e essa:

precisa ser subordinada pela cultura, invariavelmente concebida como masculina, ativa e abstrata. Como na dialética existencial da misoginia, trata-se de mais um exemplo em que a razão e a mente são associadas com a masculinidade e a ação, ao passo que corpo e natureza são considerados como a facticidade muda do feminino, à espera de significação a partir de um sujeito masculino oposto (Butler, 2018, pp. 74-75).

Poderíamos, então, pensar em que tipo de relações se estabelecem entre as políticas públicas na Atenção Básica e as ideias ligadas a esse par binário hierárquico. Essas políticas voltam-se para as mulheres cisgênero porque objetivam domar, controlar, domesticar esse corpo-feminino-natureza? Os homens cis não seriam contemplados nas ações do serviço de saúde pois já se encontrariam no polo da razão? A serviço de que estão essas políticas públicas? O modo protocolar das ações e o foco em um corpo visto como biológico estão relacionados a uma concepção biologizante de gênero? Onde estão consideradas as questões relacionadas às desigualdades, ao poder, às hierarquias?

As ideias sobre o binarismo e o uso de gênero como sinônimo de mulher (Scott, 1995) nos possibilitam reflexões sobre as práticas de saúde separatistas, ou seja, práticas que ou estão voltadas para uma coisa ou para outra, não dando conta de considerar diferentes aspectos ao mesmo tempo.

Por muito tempo, as feministas buscaram promover a visibilidade política das mulheres por meio de uma defesa de uma identidade definida que constituiria o sujeito em nome de quem a representação política é almejada (Butler, 2018). Tal feita era importante em um contexto em que a vida das mulheres era mal representada ou até mesmo, não representada (Butler, 2018). No entanto, no interior do próprio discurso feminista, esforços passaram a ser feitos ao longo do tempo no sentido de desconstruir essa identidade de mulher, tornando-se “mulher” um conceito instável. Nesse ensejo, a concordância quanto ao que “mulher” deveria constituir se fez muito pequena. De fato, tornou-se um problema político a suposição de que mulheres, ainda que no plural, denotasse uma identidade comum (Butler, 2018). A perspectiva interseccional, nesse sentido, traz a compreensão de que gênero não está separado e independente de raça, classe, sexualidade, origem, geração...

Judith Butler argumentou que o discurso de identidade de gênero é intrínseco às ficções de coerência heterossexual e que o feminismo precisa aprender a produzir uma legitimidade narrativa para todo um conjunto de gêneros não coerentes. O discurso da identidade de gênero é também intrínseco ao racismo feminista, que insiste na não redutibilidade e na relação antagônica entre homens e mulheres coerentes. A tarefa é ‘desqualificar’ as categorias analíticas, como sexo ou natureza, que levam à univocidade (Haraway, 2004, p. 219).

Contribuições de autoras como Judith Butler trouxeram profundidade para essa discussão sobre identidade de gênero. Ela afirma que mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários morfologicamente, não há motivos para supormos que os gêneros também devam ser dois (Butler, 2018). “A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito” (Butler, 2018, p. 26).

Sendo assim, se o sexo não limita o gênero, Butler (2018) escreve que talvez haja gêneros, formas de interpretar culturalmente o corpo sexuado que não são limitadas por essa aparente dualidade do sexo.

Para a autora, gênero é um devir ou uma atividade, de modo que:

não deve ser concebido como substantivo, como coisa substantiva ou marcador cultural estático, mas antes como uma ação incessante e repetida de algum tipo. Se o gênero não está amarrado ao sexo, causal ou expressivamente, então ele é um tipo de ação que pode potencialmente se proliferar além dos limites binários impostos pelo aspecto binário aparente do sexo (Butler, 2018, p. 195).

Como então as políticas públicas de saúde poderiam dar conta de dizimar essa dualidade, esse binarismo e, ao mesmo tempo, considerar as especificidades de demandas por ações no âmbito da Atenção Básica? Pois é importante questionar esse binarismo no campo da saúde, que invisibiliza determinadas pessoas e promove desigualdade de acesso, mas as pessoas, a depender do gênero, não demandam atendimentos diferentes?

Para Butler (2018), essa especificidade só é pensada justamente no interior desse binarismo masculino/feminino, e esse feminino em específico fica descontextualizado, separado da constituição de classe, raça, sexualidade, origem, geração... Assim, a filósofa abre a interrogação a respeito de uma nova política feminista que se faz necessária, uma que considere a construção variável da identidade como um pré-requisito e talvez até como um objetivo político (Butler, 2018).

Donna Haraway traz uma reflexão que convém a esse ponto de nossa discussão:

Cresce a evidência da necessidade de uma teoria da 'diferença' cuja geometria, paradigmas e lógica escapem aos binarismos, à dialética, aos modelos natureza/cultura de todo tipo. Do contrário, três serão sempre reduzidos a dois que logo se tomam um solitário um na vanguarda. E ninguém aprende a contar até quatro. Essas coisas têm importância política (Haraway, 2004, p. 207).

Para Haraway, assim, ao expor a ilusão de um centro interior organizador do gênero, produz-se um campo de diferenças de gênero e de raça que fica aberto à ressignificação. Por isso, segundo a autora, muitas feministas são resistentes a propostas como as de Butler “por medo de perder um conceito de atuação para as mulheres, já que o conceito de sujeito murcha sob o ataque às identidades centradas e às ficções que as constituem” (Haraway, 2004, p. 219).

Se lembrarmos da ideia de resistência à mudança que Pichon-Rivière (2005) desenvolveu ao trabalhar o grupo operativo, pensaremos sobre os obstáculos epistemofílicos que podem ser percebidos na tentativa de elaboração da tarefa. Renunciar ao que já se sabe no sentido de uma desconstrução e abertura para o novo é, assim, motivo de medo. Pichon fala dos medos da perda e do ataque. Medo da perda do já adquirido enquanto possibilidade de estar e atuar no mundo, e medo do ataque proveniente do sentimento de não se ter instrumentação para lidar com a nova situação (Pichon-Rivière, 2005).

Para o autor, é necessário, assim, um processo de esclarecimento que vise romper com a situação dilemática, que é característica das situações que impedem a mudança. Com isso, pode-se chegar a um processo dialético, que Pichon entende como sendo a saída para uma aprendizagem sem o temor da perda (Pichon-Rivière, 2005). Segundo o que Pichon propõe, há um momento no grupo em que é possível passar do estancamento da situação dilemática para uma situação de movimento, quando se formulam novos problemas, surgem novos aspectos

que propiciam uma aprendizagem com maior liberdade e a ruptura do estereótipo (Scarcelli, 2017).

Retomando a discussão dessa seção, consideramos a possibilidade, assim, de pensarmos sobre especificidades e diferença, a partir de perspectivas que alimentem movimentos, transformações. Duas autoras são importantes aqui: Nancy Fraser e Avtar Brah.

#### 4.4 Especificidades e diferenças

Nancy Fraser (2006) problematiza as políticas de redistribuição e reconhecimento, assumindo que a justiça exige tanto uma quanto outra política. Buscando pensar em como conceituar reconhecimento cultural e igualdade social de forma a que sustentem um ao outro, ao invés de se aniquilarem, Fraser distingue duas maneiras de injustiça: a econômica (exploração, marginalização econômica e privação) e a cultural ou simbólica:

Aqui a injustiça [cultural] se radica nos padrões sociais de representação, interpretação e comunicação. Seus exemplos incluem a dominação cultural (ser submetido a padrões de interpretação e comunicação associados a outra cultura, alheios e/ou hostis à sua própria); o ocultamento (tornar-se invisível por efeito das práticas comunicativas, interpretativas e representacionais autorizadas da própria cultura); e o desrespeito (ser difamado ou desqualificado rotineiramente nas representações culturais públicas estereotipadas e/ou nas interações da vida cotidiana) (Fraser, 2006, p. 232).

Para a autora, a saída da injustiça econômica é alguma espécie de reestruturação político-econômica, como a redistribuição de renda ou reorganização da divisão do trabalho. A toda essa frente de combate à injustiça econômica, Fraser dá o nome de “redistribuição” (Fraser, 2006).

Já a saída da injustiça cultural, segundo Fraser (2006), seria alguma espécie de mudança cultural ou simbólica, como revalorização das identidades desrespeitadas e dos produtos culturais dos grupos difamados, reconhecimento e valorização positiva da diversidade cultural ou ainda uma transformação abrangente dos padrões sociais de modo a transformar o sentido do eu de todas as pessoas. A toda essa frente de combate à injustiça cultural, a autora dá o nome de “reconhecimento”.

No entanto, Fraser alerta que os dois tipos de luta – por redistribuição e por reconhecimento – estão em tensão, de modo que um pode interferir no outro ou mesmo agir contra o outro.

Lutas de reconhecimento assumem com frequência a forma de chamar a atenção para a presumida especificidade de algum grupo – ou mesmo de criá-la performativamente – e, portanto, afirmar seu valor. Desse modo, elas tendem a promover a diferenciação do grupo.

Lutas de redistribuição, em contraste, buscam com frequência abolir os arranjos econômicos que embasam a especificidade do grupo (um exemplo seriam as demandas feministas para abolir a divisão do trabalho segundo o gênero). Desse modo, elas tendem a promover a *desdiferenciação* [itálico da autora] do grupo. O resultado é que a política do reconhecimento e a política da redistribuição parecem ter com frequência objetivos mutuamente contraditórios. Enquanto a primeira tende a promover a diferenciação do grupo, a segunda tende a desestabilizá-la” (Fraser, 2006, pp. 232-233).

Fraser chama isso de dilema da redistribuição-reconhecimento: “Pessoas sujeitas à injustiça cultural e à injustiça econômica necessitam de reconhecimento e redistribuição. Necessitam de ambos para reivindicar e negar sua especificidade. Como isso é possível?” (Fraser, 2006, p. 233).

Grupos de pessoas sujeitos à desigualdade de gênero não terão o combate às injustiças sofridas apenas por meio do combate à injustiça econômica (política de redistribuição) ou à injustiça cultural (políticas de reconhecimento). Necessitam das duas políticas (Fraser, 2006).

O gênero, por exemplo, tem dimensões econômico-políticas porque é um princípio estruturante básico da economia política. Por um lado, o gênero estrutura a divisão fundamental entre trabalho “produtivo” remunerado e trabalho “reprodutivo” e doméstico não-remunerado, atribuindo às mulheres a responsabilidade primordial por este último. Por outro lado, o gênero também estrutura a divisão interna ao trabalho remunerado entre as ocupações profissionais e manufatureiras de remuneração mais alta, em que predominam os homens, e ocupações de “colarinho rosa” e de serviços domésticos, de baixa remuneração, em que predominam as mulheres. . . . Sob esse aspecto, a injustiça de gênero aparece como uma espécie de injustiça distributiva que clama por compensações redistributivas. De modo muito semelhante à classe, a injustiça de gênero exige a transformação da economia política para que se elimine a estruturação de gênero desta. . . . A lógica do remédio é semelhante à lógica relativa à classe: trata-se de acabar com esse negócio de gênero. Se o gênero não é nada mais do que uma diferenciação econômico-política, a justiça exige, em suma, que ele seja abolido (Fraser, 2006, pp. 233-234).

No entanto, isso não é tudo, já que gênero também é uma diferenciação de valoração cultural que demanda políticas de reconhecimento:

Como tal, ele também abarca elementos que se assemelham mais à sexualidade do que à classe, e isso permite enquadrá-lo na problemática do reconhecimento. Seguramente, uma característica central da injustiça de gênero é o androcentrismo: a construção autorizada de normas que privilegiam os traços associados à masculinidade. Em sua companhia está o sexismo cultural: a desqualificação generalizada das coisas codificadas como “femininas”, paradigmaticamente – mas não só –, as mulheres (Fraser, 2006, p. 234).

Assim, a autora encara gênero como um modo bivalente de coletividade, sendo necessário para compensar a injustiça de gênero mudar tanto a economia política, quanto a cultura. Chegamos, então, à pergunta que Nancy Fraser traz e que dialoga com o que pensamos na seção anterior deste trabalho:

Mas o caráter bivalente do gênero é a fonte de um dilema. Uma vez que as mulheres sofrem, no mínimo, de dois tipos de injustiça analiticamente distintos, elas necessariamente precisam, no mínimo, de dois tipos de remédios analiticamente distintos: redistribuição e reconhecimento. Os dois remédios pendem para direções opostas, porém, e não é fácil persegui-las ao mesmo tempo.

Enquanto a lógica da redistribuição é acabar com esse negócio de gênero, a lógica do reconhecimento é valorizar a especificidade de gênero. Eis, então, a versão feminista do dilema da redistribuição-reconhecimento: como as feministas podem lutar ao mesmo tempo para abolir a diferenciação de gênero e para valorizar a especificidade de gênero? (Fraser, 2006, p. 235).

Levando essa questão às políticas públicas e à Atenção Básica em saúde, havemos de nos indagar: como dar conta, ao mesmo tempo, de valorizar a especificidade de gênero e de abolir a diferenciação de gênero no âmbito das práticas de saúde? Como seguir na luta pela abolição da diferenciação de gênero, que leva a prejuízos àquelas pessoas que se encontram no polo feminino dessa hierarquia construída, ao mesmo tempo em que se luta para que as especificidades de gênero sejam valorizadas a ponto de serem consideradas, acolhidas e cuidadas no serviço de saúde?

Importante ressaltar que Fraser (2006) faz a mesma trajetória analítica para pensar os grupos de pessoas sujeitos às desigualdades raciais. Compreendendo a raça como um modo bivalente de coletividade, tal qual o gênero, a autora também chega à pergunta: “Eis, então, a versão anti-racista do dilema da redistribuição-reconhecimento: como os anti-racistas podem lutar ao mesmo tempo para abolir a ‘raça’ e para valorizar a especificidade cultural dos grupos racializados subordinados?” (Fraser, 2006, p. 236).

Fraser vai além nos seus questionamentos, e estes também nos interessam aqui. A autora apresenta abordagens utilizadas para corrigir as injustiças que atravessam o divisor da redistribuição-reconhecimento: saídas afirmativas que estão voltadas para corrigir efeitos desiguais de arranjos sociais sem abalar a estrutura subjacente que os engendra; e saídas transformativas, voltadas para corrigir efeitos desiguais por meio da remodelação da estrutura gerativa subjacente (Fraser, 2006).

Para corrigir a injustiça cultural, o combate afirmativo seria aquele que busca compensar o desrespeito por meio da revalorização das identidades grupais desvalorizadas, deixando intactos os conteúdos dessas identidades e as diferenciações grupais subjacentes. Já o transformativo, nesse caso, seria aquele que compensa o desrespeito por meio da transformação da estrutura cultural-valorativa subjacente, de modo a não apenas elevar a autoestima das pessoas dos grupos desrespeitados, como também transformar o sentido do eu de todas as pessoas (Fraser, 2006).

No mesmo sentido, saídas políticas que buscam corrigir a injustiça econômica afirmativamente seriam aquelas que compensam a má distribuição, deixando intacta a maior parte da estrutura econômico-política subjacente. Enquanto as transformativas para esse tipo de injustiça compensariam a distribuição injusta transformando a estrutura econômico-política.

Para exemplificar, Fraser ilustra a situação com questões de classe, afirmando que saídas de redistribuição afirmativas para essas injustiças de classe costumam incluir transferências de renda (programas de seguro social e programas de assistência pública que oferecem auxílios). No entanto, a autora problematiza que isso sustenta e molda a divisão de classes, sem aboli-la.

A lógica aqui se aplica à redistribuição afirmativa em geral. Embora essa abordagem vise a compensar a injustiça econômica, ela deixa intactas as estruturas profundas que engendram a desvantagem de classe. Assim, é obrigada a fazer realocações superficiais constantemente. O resultado é marcar a classe mais desprivilegiada como inerentemente deficiente e insaciável, sempre necessitando mais e mais. Com o tempo essa classe pode mesmo aparecer como privilegiada, recebedora de tratamento especial e generosidade imerecida. Assim, uma abordagem voltada para compensar injustiças de distribuição pode acabar criando injustiças de reconhecimento (Fraser, 2006, p. 238).

A autora considera essa abordagem como internamente contraditória, já que “a prática da redistribuição afirmativa, reiterada ao longo do tempo, tende a pôr em movimento uma dinâmica secundária de reconhecimento estigmatizante” (Fraser, 2006, p. 238).

Podemos relacionar a isso a percepção de que na UBS visitada, as mulheres cisgênero – maiores frequentadoras do serviço – eram, em determinadas situações, vistas como poliqueixosas, dependentes do sistema de saúde pública. A esse grupo de pessoas é dado cada vez mais, enquanto se tornam estigmatizadas por se posicionarem no interior de uma equação que se retroalimenta e, a partir das ideias de Fraser (2006), também as pune. Engendrada nessa equação, as políticas públicas da Atenção Básica não estariam dando conta de transformar essa realidade.

Por outro lado, Fraser entende que saídas transformativas para a injustiça econômica tendem a dissolver a diferenciação de classe, configurando-se em uma abordagem internamente consistente. Seguindo a lógica para questões de classe, a autora afirma que esses combates:

comumente combinam programas universalistas de bem-estar social, impostos elevados, políticas macroeconômicas voltadas para criar pleno emprego, um vasto setor público não-mercantil, propriedades públicas e/ou coletivas significativas, e decisões democráticas quanto às prioridades socioeconômicas básicas. Eles procuram garantir a todos o acesso ao emprego, enquanto tendem também a desvincular a parte básica de consumo e o emprego. Logo, sua tendência é dissolver a diferenciação de classe. Remédios transformativos reduzem a desigualdade social, porém sem criar classes estigmatizadas de pessoas vulneráveis vistas como beneficiárias de uma generosidade especial. Eles tendem, portanto, a promover reciprocidade e solidariedade nas relações de reconhecimento. Assim, uma abordagem voltada a compensar injustiças de distribuição pode ajudar também a compensar (algumas) injustiças de reconhecimento (Fraser, 2006, p. 238).

Assim, as saídas afirmativas podem ter o efeito perverso de promover a diferenciação de classe, adicionando a estigmatização à privação sofrida pelo grupo de pessoas injustiçado, enquanto as transformativas tendem a embaçar ou desestabilizar essa diferenciação,

promovendo solidariedade e ajudando a compensar algumas formas de não-reconhecimento (Fraser, 2006).

Quais seriam, então, as políticas necessárias para enfrentar as injustiças de gênero no âmbito da Atenção Básica, considerando o aporte teórico de Nancy Fraser? Se partimos aqui da compreensão de que gênero não é sinônimo de “mulher” (Scott, 1995) e que não é a inscrição cultural sobre um corpo sexuado (Butler, 2018), como as práticas da Atenção Básica podem dar conta das especificidades que os gêneros das pessoas as impõem, sem, no entanto, promover ações biologizantes que intensificam as diferenciações entre grupos de pessoas? Como considerar a dimensão social e política das questões de gênero, a partir do que chega à UBS enquanto demanda e do que o serviço oferece enquanto intervenção? Como promover ações que pensem não só gênero, mas raça e classe também? Como considerar as diferenças sem, no entanto, essencializá-las?

Avtar Brah (2006) pode nos auxiliar aqui. Essa autora busca ressaltar a importância de analisar a problemática da subjetividade e identidade para compreender a dinâmica de poder da diferenciação social. As perguntas que a autora levanta são interessantes:

Quais são as normas presumidas a partir das quais um grupo é marcado como diferente? Qual é a natureza das atribuições que são levadas em conta para caracterizar um grupo como diferente? Como as fronteiras da diferença são constituídas, mantidas ou dissipadas? Como a diferença é interiorizada nas paisagens da psique? Como são os vários grupos representados em diferentes discursos da diferença? A diferença diferencia lateral ou hierarquicamente (Brah, 2006, p. 359).

E ainda:

Atuam as percepções da diferença como meio de afirmar a diversidade ou como mecanismo de práticas excludentes e discriminatórias? Legitimam os discursos da diferença políticas de estado progressistas ou opressivas? De que modo são representadas diferentes categorias de mulheres em tais discursos? Como respondem as próprias mulheres a essas representações? (Brah, 2006, p. 365).

A autora propõe, então, que o conceito de diferença se refira à variedade de modos como discursos específicos da diferença são constituídos, contestados, reproduzidos e ressignificados. A depender de como é postulada, a diferença não é sempre um marcador de hierarquia e opressão. Assim, para ela, “é uma questão contextualmente contingente saber se a diferença resulta em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e formas democráticas de agência política” (Brah, 2006, p. 374).

Como poderíamos, então, pensar as políticas públicas da Atenção Básica de modo que estas não caiam nas problemáticas apresentadas? Quais transformações seriam necessárias? Brah (2006) defende que não compartimentalizemos opressões, mas saibamos formular estratégias para enfrentar todas elas na base de um entendimento de como se interconectam e



articulam. Para tanto, segundo a aurora, devemos interrogar o essencialismo em todas as suas variedades continuamente.

Levando tais contribuições em conta, refletimos sobre a pressuposição de sujeitos universais nas práticas e políticas públicas de saúde no âmbito do SUS. Se a especificidade faz diferença no contexto dessas práticas – considerando demandas que chegam ao setor da saúde – talvez esta não possa ser generalizante a ponto de desconsiderar contextos sociais, econômicos, políticos nos quais as pessoas estão alocadas. As dimensões de gênero, raça e classe, estando interconectadas, se forem contempladas nas práticas da Atenção Básica, podem contribuir para que não se reproduza sexismo, racismo e classismo nos serviços de saúde.

## CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS

Tendo as concepções de sujeito e grupo da Psicologia Social pichoniana fundamentadas neste trabalho, não faria sentido finalizá-lo em termos de considerações “finais”. Se todo processo grupal está erigido sobre aprendizagens latentes, nas quais uma dialética é necessária, nenhuma ideia uma vez formulada é, de fato, o fim. Mas, sempre provisória, pois dela surgirão outras, que levarão a novas problemáticas, novos conflitos, num processo constante de aprendizagens.

Como Pichon afirma, à medida em que o sujeito apreende o objeto e o transforma, também modifica-se a si mesmo e entra “num interjogo dialético com o mundo no qual a síntese que resolve uma situação dialética se transforma no ponto inicial ou tese de uma antinomia, que deverá ser resolvida nesse contínuo processo em espiral” (Pichon-Rivière, 2005, p. 177). Na medida em que esse itinerário é cumprido, então, a nossa rede de comunicações vai sendo constantemente ajustada, sendo assim, e somente assim, “possível reelaborar um pensamento capaz do diálogo e de enfrentar a mudança” (Pichon-Rivière, 2005, p. 177). São feitas aqui, então, algumas considerações provisórias às quais este trabalho permitiu chegar, acompanhadas de novas indagações para que este diálogo possa ter seguimento.

O que deu início às reflexões que originaram esta pesquisa foi um conjunto de experiências quando atuei como psicóloga na Atenção Básica do SUS na periferia da cidade de São Paulo. Naquele momento, os movimentos feministas se renovavam em torno de mudar as “mentalidades e comportamentos naturalizados”, muito por conta das novas gerações e a disseminação da internet no cotidiano da vida das pessoas (H. Almeida, 2016).

As campanhas realizadas pelas novas gerações de feministas, assim como as discussões a respeito das questões trans, levantaram inquietações relativas às práticas no contexto da Atenção Básica, onde eu estava inserida. Por estar impregnada com essas vivências e as provocações advindas de movimentos militantes, ao adentrar o Programa de Pós-Graduação e iniciar esta pesquisa, tornou-se necessário considerar de que modo o trabalho seria feito. Nesse sentido, a utilização do grupo operativo como instrumento de investigação, conforme problematizado por Ianni Scarcelli (2017), foi fundamental para que esta pesquisa ampliasse as ideias iniciais a respeito do tema escolhido. A possibilidade de adentrar uma unidade de saúde e refletir sobre o grupo a partir das ideias pichonianas permitiu uma abordagem multidimensional do problema, de forma não apenas a identificar “mentalidades e

comportamentos naturalizados” (H. Almeida, 2016), mas também o que poderia estar circulando enquanto ansiedades entre usuárias do serviço e profissionais de saúde.

Isso é importante quando se relaciona com a realidade como se esta fosse a-histórica, a-social, conforme afirma Quiroga (1998) a respeito da crítica à vida cotidiana proposta por Pichon. Na cotidianidade, o modo de viver acaba por se transformar em um mecanismo irreflexivo, onde se aceitam os fatos de “forma naturalizada, como partes de um todo conhecido e autoevidente, como algo que não cabe ser questionado” (Scarcelli, 2017, p. 88). Para Pichon, o cotidiano é encoberto e distorcido pelo sistema social de representações ou ideologias vigente no sentido dos interesses hegemônicos da sociedade (Scarcelli, 2017).

A reflexão, assim, da cotidianidade das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica do SUS a partir dos registros em diário de campo realizados nesta pesquisa trouxeram questões que organizadas ao redor de três pontos: a) divisão sexual do trabalho, maternidade e ausência paterna; b) centralidade das práticas de saúde da mulher na reprodução; c) binarismo das políticas públicas de saúde. Esses três pontos foram pensados a partir de problematizações feitas por autoras feministas. Isso foi possível, em um trabalho de Psicologia Social que retoma concepções formuladas por Pichon-Rivière (2005), cujo ECRO é interdisciplinar e articula contribuições de diferentes disciplinas (epistemologia convergente).

Desse modo, as articulações entre o que foi vivido na unidade de saúde, registrado em diário de campo e discutido para os fins da pesquisa com as produções de autoras feministas permitiu uma ampliação daquilo que foi observado. Por conta disso, foi possível discutir a relação entre o que tem sido experienciado no campo da saúde e concepções que retomam construções dicotômicas em termos de público/privado, cultural/natural. Essas dicotomias trazem em si ideias subjacentes do que vem a ser homem e mulher, alimentando um discurso da diferença “natural” entre os sexos, distribuindo os papéis sociais de forma sexuada (Lamoureux, 2009). Os movimentos feministas buscaram questionar essa polarização que, como afirma Butler (2018) acaba por produzir também uma relação hierárquica, em que a cultura impõe significado à natureza e nesse ensejo, esta última é frequentemente concebida como “feminina”, necessitando se subordinar à cultura, concebida como “masculina”. Além disso, ao afirmar que “o pessoal é político”, as feministas procuraram bagunçar os limites entre público e privado, desconstruindo ideias a respeito dessa dicotomia. Assim, neste texto foram trabalhadas questões ligadas à divisão sexual do trabalho e à naturalização da mulher enquanto responsável pelos cuidados domésticos e com os filhos.

Também foram discutidas concepções naturalistas que são reproduzidas em termos de discursos biomédicos. Estes, com frequência, acabam por trazer orientações e recomendações

a respeito de dúvidas e inquietações que circulam sobre nossos corpos e nossas vidas (Vieira, 2002). Aspectos ligados ao modo de cuidar das crianças encontram relação com tais discursos. Assim como ocorre em questões ligadas à gestação, ao parto, à amamentação, enfim, à maternidade de modo geral. A ausência paterna, desse modo, acaba não só sendo naturalizada – ou seja, tomada como auto evidente e inquestionável – como também reforçada por tais concepções naturalistas. O discurso biomédico, ao se apoderar de determinados temas, os reduz à sua condição biológica, e isso acontece de tal modo que práticas de cuidado em saúde para as mulheres acabam se centrando na reprodução. Mas aí estão também aspectos ligados às concepções dicotômicas e hierárquicas de natureza/cultura, uma vez as mulheres também se tornam mais medicalizadas do que as outras pessoas (Vieira, 2002). Essas questões foram observadas em meio às práticas de saúde na UBS.

Também foram observadas tanto uma circulação mais frequente de mulheres cisgênero no serviço de saúde da Atenção Básica, quanto questões relacionadas ao acesso de homens (sobretudo jovens e trabalhadores) e pessoas trans. Isso levantou uma discussão a respeito do binarismo das políticas públicas de saúde, retomando ideias formuladas por Butler (2018). Para a autora, a hipótese de um sistema binário dos gêneros se refere a uma “crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito” (Butler, 2018, p. 26). Butler (2018) entende que sexo não limita o gênero, de modo que este último é um devir, uma atividade. Sendo assim, gênero não deveria, para a autora, ser concebido como substantivo, mas como “um tipo de ação que pode se proliferar para além dos limites binários impostos pelo aspecto binário aparente do sexo” (Butler, 2018, p. 195).

Diante de tais argumentos, foi possível indagar como as políticas públicas de saúde poderiam dar conta de acabar com esse binarismo e simultaneamente considerar as especificidades que demandam determinadas ações no âmbito da Atenção Básica. Isso levou à consideração de Butler (2018) de que essa especificidade só é pensada no interior do binarismo masculino/feminino, e que esse feminino em específico tem sido descontextualizado das condições de classe e raça.

Nesse sentido, a pergunta formulada por Nancy Fraser foi retomada: “como as feministas podem lutar ao mesmo tempo para abolir a diferenciação de gênero e para valorizar a especificidade de gênero?” (Fraser, 2006, p. 235). Em relação à Atenção Básica, isso poderia ser questionado da seguinte forma: como dar conta, ao mesmo tempo, de abolir a diferenciação de gênero, que leva a prejuízos àquelas pessoas que se encontram no polo feminino dessa hierarquia construída, ao mesmo tempo em que se luta para que as especificidades de gênero sejam valorizadas a ponto de serem consideradas, acolhidas e cuidadas no serviço de saúde?

Como as práticas da Atenção Básica podem dar conta das especificidades de gênero sem promover ações biologizantes que intensificam as diferenciações? Como considerar a dimensão social e política das questões de gênero, a partir do que chega à UBS enquanto demanda e do que o serviço oferece enquanto intervenção? Como promover ações que pensem não só gênero, mas raça e classe? Como considerar as diferenças sem essencializá-las?

A diferença pode resultar em desigualdade, exploração e opressão, mas também pode, como aponta Avtar Brah (2006), resultar em igualitarismo e diversidade. Ou seja, a depender de como a diferença é postulada, esta não é sempre um marcador de hierarquia e opressão (Brah, 2006). A autora, então, defende que não se compartimentalize opressões, mas se saiba formular estratégias para enfrentá-las na base de um entendimento de como se interconectam e se articulam, interrogando continuamente o essencialismo em todas as suas variedades (Brah, 2006).

Partindo da perspectiva da interseccionalidade, considera-se, então, que as dimensões de gênero, raça e classe estão interconectadas e então têm de ser pensadas nas práticas da Atenção Básica em sua interrelação e não compartimentalizadas, como diz Brah (2006). Se não se mantiver esse olhar interseccional nas práticas de saúde, há questões que não serão compreendidas.

Nesse sentido, a proposta de Pichon-Rivière (2005) a respeito de uma análise que vá em três direções também se mostrou importante. Essa análise pressupõe o estudo psicossocial (do sujeito através de seus vínculos e relações interpessoais), o estudo sociodinâmico (centrado no grupo) e o estudo institucional (da relação dos grupos entre si e as instituições que os regem). Já que essas três dimensões não são excludentes, nem separáveis, todo estudo deve abarcá-las em sua unidade e interjogo (Bleger, 1984). Mas, como apontado por Scarcelli (2017), frequentemente profissionais e pesquisadores psi se concentram na direção do sujeito, e encontram dificuldade de transitar entre as três dimensões, principalmente pela institucional.

Retomando, por exemplo, os casos das mulheres cis que chegavam à unidade de saúde pedindo exames porque estavam com dores pelo corpo, se não se indagar sobre a origem daquelas dores, o que estariam representando, assim como qual a dinâmica que estava posta ali, não haveria como se compreender de modo integral o que estava se passando com aquelas mulheres. Questões como a sobrecarga com as tarefas domésticas, a naturalização do papel da mulher no cuidado com os filhos, a ausência paterna, estavam ali relacionadas. Estavam ainda relacionadas questões ligadas à classe, pois muitas daquelas mulheres também eram empregadas domésticas em outras casas. Seria possível aqui também levantar questões ligadas

à raça, mas para isso, um outro caso apresentado no terceiro capítulo é interessante para elucidar alguns outros pontos.

Gisele e seu filho adolescente, ambos negros, compareceram à UBS após uma situação de violência policial que o garoto havia sofrido na comunidade em que morava. Gisele, que estava preocupada que o filho tinha se retraído após aquela situação, foi convidada a participar de um grupo de acolhimento. Neste, pôde contar de outras questões que vinham afligindo-a, como a falta de apoio do pai do filho adolescente, assim como a sobrecarga com os trabalhos domésticos que realizava sozinha. À Gisele foi oferecido participar de um outro grupo, com encontros frequentes, para que pudesse receber apoio. Já seu filho, após ter sido atendido algumas vezes individualmente, recebeu “alta”, pois não foi compreendido que havia demanda para um acompanhamento na UBS.

Aqui é relevante lembrar de um apontamento feito anteriormente a respeito do tipo de problemática que o setor da saúde vivencia ao lidar com demandas que extrapolam seus limites. Isso porque, o reconhecimento das questões apresentadas neste trabalho leva também a uma discussão sobre a necessidade de políticas intersetoriais. Como apresentado, a intersetorialidade é uma estratégia que busca superar a fragmentação das políticas, de modo a articular os vários setores da sociedade no sentido da garantia do direito à saúde (Paim, 2009).

No caso de Gisele e seu filho, por exemplo, em que questões de gênero, raça e classe estão postas e interconectadas, que indagações a respeito das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica poderiam ter sido feitas? Quais limites o setor da saúde encontrou para enfrentar situações daquele tipo? Quais as conexões com outros setores da sociedade poderiam ter sido pensadas a partir daquele caso? Se a situação trazida pelo adolescente revelava um tipo de problemática vivenciada não só por ele, mas por diversos adolescentes negros nas periferias das grandes cidades brasileiras, quais questões estavam sendo trazidas para o campo da saúde?

Certas questões apresentadas neste trabalho se relacionam com a própria estruturação da sociedade, como discutido, por exemplo, por Silvio Almeida (2018) no caso do racismo. Gonçalves Filho (1998) também mostra que a humilhação sofrida pelos pobres está relacionada à desigualdade social que estrutura a sociedade de classes. As autoras feministas, por sua vez, destacam o quanto as questões de gênero se tornaram naturalizadas. Então, como ter um olhar para essas questões nas práticas de saúde se elas se encontram nas entranhas de nossa sociedade? Isso tudo está fora, mas também está dentro de nós. Sendo assim, no cotidiano das práticas de saúde, até onde é possível ouvir certas coisas?

Como Pichon (2005) afirma, em todo processo grupal há movimentos de mudança e de resistência à mudança, o que se constitui em um contínuo conflito.

As atitudes de resistência às mudanças têm por finalidade destruir as fontes da ansiedade que toda mudança acarreta. Tanto o indivíduo como a comunidade devem enfrentar dois medos primários que dão origem a uma perturbação existencial básica: medo da perda de estruturas já estabelecidas – internas no homem – e medo da perda de acomodação a linhas prescritas no âmbito social. A mudança implica perda, gera – até que se institucionalize – graves sentimentos de insegurança, que provocam ou aumentam o isolamento e a solidão, fundamentalmente pela perda do sentimento de pertença a um grupo social estabilizado. O outro medo que coexiste é o medo do ataque, que aparece pelo fato de o indivíduo ter saído de seu estereótipo anterior e não se ter capacitado o suficiente para defender-se dos perigos que acredita incluídos no novo campo. Esse conflito tão grave em nossa cultura leva-nos à imobilidade e à marginalidade (Pichon-Rivière, 2005, p. 195).

Abandonar o *status quo* não é tarefa fácil. Talvez haja questões no campo da saúde que só possam ser pensadas em um contexto em que um diálogo interdisciplinar e intersetorial encontra espaço para acontecer. À medida em que há espaço para se encontrar, vai se possibilitando uma sensibilização para as questões trazidas no grupo.

Vale lembrar ainda que a estratégia política da intersetorialidade também demanda a participação de movimentos sociais, assim como o envolvimento da sociedade como um todo (Paim, 2009), o que é importante de ser lembrado já que muitas das questões trazidas nesta dissertação foram demandadas justamente pela militância política.

Tudo isso se constituiria em processos de aprendizagens que poderiam se desenvolver entre profissionais, pessoas atendidas pelos serviços de saúde e sociedade como um todo. Claro que é importante de reconhecer que o que vai sendo apresentado pelos diferentes setores da sociedade são questões que se contrapõem ao que está posto nas práticas de saúde. Mas, considerando a necessidade de uma relação dialética em toda aprendizagem, é possível haver certa disputa, certa negociação, certa articulação. Sendo assim, o quanto o campo da saúde tem podido ter de relação com outros setores da sociedade? O quanto pode ser aprendido a partir dessa relação no que diz respeito às questões de gênero, raça e classe? Do que já está posto, o que pode haver de transformação? E, então, como esses movimentos de mudança poderiam se realizar?

## REFERÊNCIAS<sup>10</sup>

- Almeida, Heloisa Buarque de (2016, 06 de março). Novos feminismos e a luta pelos direitos das mulheres. *Nexo jornal*. Recuperado de <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2016/Novos-feminismos-e-a-luta-pelos-direitos-das-mulheres>.
- Almeida, Silvio Luiz de (2018). *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte, MG: Letramento.
- Ayres, José Ricardo C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72. DOI: 10.1590/s1413-81232001000100005
- Bairros, Luiza (1995). Nossos feminismos revisitados. *Estudos Feministas*, 3(2), 458-63. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16462/15034>
- Badinter, Elisabeth (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Badinter, Elisabeth (2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro, RJ: Record.
- Biroli, Flávia (2018). *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. São Paulo, RJ: Boitempo.
- Bleger, José (1984). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_ (1989). *Temas de Psicologia*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bohoslavsky, Rodolfo (1991). *Orientação vocacional: a estratégia clínica*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Brah, Avtar (2006, janeiro/junho). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, 26, 329-376. DOI: 10.1080/03906701.1991.9971087
- Brasil (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Butler, Judith (2018). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. (Aguilar, Renato, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- Carneiro, Sueli (2011). *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo, SP: Selo Negro.
- Collins, Patricia. H (2000). *Black feminist thought: knowledge, consciousness and the politics of empowerment*. London: Routledge.
- Davis, Angela (2011, 12 de julho). As mulheres negras na construção de uma nova utopia. [Blog]. Recuperado de <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis>.
- Davis, Angela (2016). *Mulheres, raça e classe*. (Candiani, Heci. R., trad.). São Paulo, SP: Boitempo.

---

<sup>10</sup> De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).



- Dejours Christophe (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14), 7-11.
- Feuerwerker, Laura C. M (2016). Faz SUS, desmancha SUS no município de São Paulo. In: Merhy, Emerson E., Baduy, Rossana S., Seixas, Clarissa T., Almeida, Daniel E.S., & Slomp Júnior, Helvo (Orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. (pp. 198-201). Rio de Janeiro, RJ: Hexis. Recuperado de [http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/at\\_download/file](http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/at_download/file).
- Fraser, Nancy (2006). Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós-socialista”. *Cadernos de campo*, 14/15, 1-382. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v15i14-15p231-239>
- Freud, Sigmund. (1990). Psicologia das massas e análise do ego. In: Freud, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 18 (pp. 89-179). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1921).
- Gonçalves Filho, José Moura (1998). Humilhação Social – Um problema político em Psicologia. *Psicologia USP*, 9(2), 1-23. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/psicosp.v9i2.107818>
- Gonzalez, Lélia (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Ciências Sociais Hoje*, 223-244. Recuperado de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%20C%20A9lia%20-%20Racismo\\_e\\_Sexismo\\_na\\_Cultura\\_Brasileira%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%20C%20A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf)
- Haraway, Donna (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 07-41. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>
- Haraway, Donna (2004). “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. *Cadernos Pagu*, (22), 201-246. DOI: 10.1590/s0104-83332004000100009
- Harding, Sandra (1999). ¿Existe un método feminista? In: Bartra, Eli (Org.), *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 9-34). México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Jesus, Jaqueline (2013). Feminismo e Identidade de Gênero: elementos para a construção da Teoria Transfeminista. *Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10*. Recuperado de: [http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373329021\\_ARQ\\_UIVO\\_FEMINISMOEIDENTIDADEDEGENEROPDF](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373329021_ARQ_UIVO_FEMINISMOEIDENTIDADEDEGENEROPDF).
- Kazi, Gregorio (2006). *Hacia una psicología social histórica: cartografías críticas*. Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo.

- Kergoat, Danièle (2009). Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata, Helena, Laborie, François, Le Doaré, Hélène, & Senotier, Danièle (Orgs). *Dicionário Crítico do Feminismo* (pp. 67-75). São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Lamoureux, Diane (2009). Público/ privado. In: Hirata, Helena, Laborie, François, Le Doaré, Hélène, & Senotier, Danièle (Orgs). *Dicionário Crítico do Feminismo* (pp. 208-212). São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Martin, Emily (2006). *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. (Bandeira, Julio, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Mattar, Laura D. & Diniz, Carmen S. G (2012, janeiro/março). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-19. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212>
- Mello, Guilherme A., Fontanella, Bruno J. B., & Demarzo, Marcelo M. P (2009, abril/junho). Atenção Básica e Atenção Primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista de APS - Atenção Primária à Saúde*, 12(2), 204-213. Recuperado de <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>
- Merhy, Emerson E. & Queiroz, Marcos S (1993, abril/junho). Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (2), 177-184. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>
- Miguel, Luis Felipe & Biroli, Flávia (2015). *Feminismo e política: uma introdução*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Moore, Henrietta (1997). Compreendendo sexo e gênero. (Simões, Júlio A., trad.). In: Ingold, Tim (Ed.) *Companion Encyclopedia of Anthropology* (pp. 813-830). Londres: Routledge.
- Paim, Jairnilson S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Pichon-Rivière, Enrique & Quiroga, Ana P (2003). Del psicoanálisis a la psicología social (Octubre, 1972). *Revista Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 9. Recuperado de <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-9-pichon-quiroga-psicoanalisis-a-psicologia-social.pdf>.
- Pichon-Rivière, Enrique (1982). *Teoria do vínculo*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, Enrique (2005). *O Processo Grupal*. (Velloso, Marco A. F. & Gonçalves, Maria S., trads.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Quiroga, Ana P. (1998). Introdução à segunda edição: Psicologia social e crítica da vida cotidiana. In: Pichon-Rivière, Enrique. & Quiroga, Ana P. (Berliner, Cláudia, trad.). *Psicologia da vida cotidiana*. (pp. IX-VVII). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ribeiro, Djamilá (2017). *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte, MG: Letramento.
- Rohden, Fabíola (2001). *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.

- Scarcelli, Ianni R (1998). *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo – 1989-1992*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).
- \_\_\_\_\_. (2002). *Entre o hospício e a cidade: exclusão/ inclusão social no campo da saúde mental*. (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).
- \_\_\_\_\_. (2011). *Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- \_\_\_\_\_. (2017). *Psicologia Social e Políticas Públicas: Pontes e Interfaces no Campo da Saúde*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Scarcelli, Ianni R. & Junqueira, Virgínia (2011). O Sus como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 2, 340-357. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200011)
- Scott, Joan W (1995, julho/dezembro). Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*. 20 (2), 71-99. DOI 10.1590/s0104-40602009000300003
- Szeremeta, Angélica (2017, maio). Considerações sobre a utilização da etnografia como instrumento de pesquisa a partir da contribuição teórica de Mainardes e Magnani. *Revista LEVS/UNESP*, (19), 160-171.
- Teixeira, Ricardo (2005, julho/setembro). Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 585-597. DOI: 10.1590/s1413-81232005000300016
- Viana, Ana L. A., Rocha, Juan S. Y., Elias, Paulo E., Ibañez, Nelson, & Novaes, Maria H. D. (2006) Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 577-606. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300009)
- Vieira, Elisabeth M (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.
- Weber, Florence (2009, julho/dezembro). Entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: Por que censurar seu diário de campo? *Horizontes Antropológicos*, 15(32), 157-170.