



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO

**CUIDADO ENTRE MULHERES NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: ANÁLISE POSICIONADA NA PSICOLOGIA SOCIAL
CONSTRUCIONISTA E NO FEMINISMO INTERSECCIONAL**

Salvador
2022

ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO

**CUIDADO ENTRE MULHERES NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: ANÁLISE POSICIONADA NA PSICOLOGIA SOCIAL
CONSTRUCIONISTA E NO FEMINISMO INTERSECCIONAL**

Tese de doutorado desenvolvida para obtenção do título de doutora em Psicologia, área de concentração Psicologia Social e do Trabalho, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Lima

Salvador
2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M492 Medrado, Ana Carolina Cerqueira
Cuidado entre mulheres no sistema único de saúde: análise posicionada na psicologia social construcionista e no feminismo interseccional / Ana Carolina Cerqueira Medrado, 2022.
209 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Mônica Lima
Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia, Salvador, 2022.

1. Psicologia social. 2. Cuidados. 3. Saúde mental. 4. Mulheres. I. Lima, Mônica. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 302



Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI), realizada em 02/09/2022 para procedimento de defesa da Tese de DOUTORADO EM PSICOLOGIA no. 97, área de concentração Psicologia Social e do Trabalho, do(a) candidato(a) ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO, de matrícula 217123491, intitulada CUIDADO ENTRE MULHERES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE POSICIONADA NA PSICOLOGIA SOCIAL CONSTRUCIONISTA E NO FEMINISMO INTERSECCIONAL. Às 09:00 do citado dia, Remotamente, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof^ª. Dra. MONICA LIMA DE JESUS que apresentou os outros membros da banca: Prof^ª. Dra. VANIA NORA BUSTAMANTE DEJO, Prof^ª. Dra. ELIANE SILVIA COSTA, Prof. Dr. BENEDITO MEDRADO DANTAS, Prof. Dr. CLAUDIA MARA PEDROSA e Prof^ª. Dra. JACQUELINE ISAAC MACHADO BRIGAGÃO. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(à) examinado(a) para apresentação do trabalho de Doutorado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo candidato, tendo a banca examinadora aprovado o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.

Dr. BENEDITO MEDRADO DANTAS

Examinador Externo à Instituição

Dr. CLAUDIA MARA PEDROSA

Examinador Externo à Instituição

Dra. JACQUELINE ISAAC MACHADO BRIGAGÃO

Examinadora Externa à Instituição

Dra. ELIANE SILVIA COSTA, UFBA

Examinadora Externa ao Programa

Dra. VANIA NORA BUSTAMANTE DEJO, UFBA

Examinadora Interna



Universidade Federal da Bahia

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)

Dra. MONICA LIMA DE JESUS, UFBA

Presidente

ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO

Doutorando(a)

Dedico esta tese a minha avó, Giselia Antonia Pitta (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho, Thor, por todo companheirismo, compreensão, amor e ensinamentos. Por ter tornado os meus dias mais leves, por me fazer a cada dia uma pessoa melhor e por me fazer continuar acreditando.

Agradeço ao meu marido, Rodrigo, por ser o meu parceiro de vida, por toda a paciência e suporte, por sempre cuidar de mim e do nosso filho com todo amor e dedicação. Por sempre acreditar em mim.

Agradeço aos meus gatos, Belchior (*in memoriam*), Claudinho (*in memoriam*), Tico (*in memoriam*) e Álvaro por me adotarem, melhorando os meus dias e ajudando a me curar.

Agradeço às mulheres da minha família: minha avó, Giselia (*in memoriam*); minha mãe, Meire; minhas tias, Rita, Iara, Margarete e Ana. Por serem minhas inspirações, pela rede de cuidado que construíram em torno de mim e que me tornou quem eu sou.

Agradeço ao meu pai, Raimundo Walter, por todo apoio ao longo da vida, por sempre acreditar em mim, por ser aquele que arranca risos quando estou de mau humor.

Agradeço aos meus irmãos, Renato e Ricardo, aos meus sobrinhos, Letícia e Pietro. Espero ser uma irmã melhor e uma tia mais presente. Agradeço pela paciência.

Agradeço à Mônica, minha orientadora, pela paciência, apoio, compreensão e orientações. Sobretudo, agradeço pela forma carinhosa que conduziu todo o processo, por ter acreditado em mim sem me conhecer e por me fazer crer que uma outra academia é possível.

Agradeço à Manuela por ter sido minha parceira nessa jornada, pelas trocas, generosidade, por estar sempre disposta a me ajudar e me aturar.

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa, principalmente a Maricelly, Hamilton, Tiago e Emilly, pelas leituras atentas das inúmeras versões deste trabalho e pelas trocas de saberes.

Agradeço a todas as profissionais participantes da pesquisa pela disponibilidade e por me fazerem acreditar que o SUS é possível.

Agradeço a minha psicóloga pela escuta atenta e por me cobrar o término da tese.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPG-PSI UFBA) por todo conhecimento ofertado.

Agradeço à Aline, secretária do PPG-PSI, por toda atenção durante este processo.

Agradeço às/aos amigas/os, às/aos professoras/es (sobretudo à professora Vlândia Jucá, que me iniciou na pesquisa e na saúde mental), às/aos alunas/os, às/aos usuárias/os, que foram fundamentais para a construção da pessoa e profissional que sou.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado concedida.

RESUMO

Esta tese analisa os sentidos construídos pelas trabalhadoras de saúde do Sistema Único de Saúde sobre o adoecimento mental feminino e sobre o cuidado dirigido a tais mulheres em uma intersecção entre raça, classe social e gênero. Adota como referencial teórico a psicologia social construcionista, o feminismo interseccional e as narrativas históricas sobre o eu feminino, tanto por uma perspectiva do patriarcado, quanto por uma perspectiva de resistência ao poder patriarcal. No que tange à metodologia discorre sobre os passos realizados para a construção das informações da pesquisa. Os espaços escolhidos para produção de dados foram serviços do Sistema Único de Saúde de dois Distritos Sanitários de Salvador (identificados como Distrito Sanitário 1 e Distrito Sanitário 2). Foram entrevistadas cinco trabalhadoras de saúde: uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional que compõe a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família do Distrito Sanitário 1; uma psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial II do Distrito Sanitário 2; uma psicóloga e uma estagiária de psicologia de outro Núcleo Ampliado de Saúde da Família do Distrito Sanitário 1. A análise das informações ocorreu a partir de uma composição entre os mapas de associação de ideias e a análise de conteúdo temática. Dessa forma, os resultados foram divididos em três categorias temáticas/capítulos intitulados como: “Consortorizar: sobre os grupos de mulheres”; “Outros espaços de cuidado e sua relação com as políticas públicas e documentos de domínio público”; e “‘Essas mulheres não têm problema para parir’: sobre as diversas violências nos serviços de saúde”. A primeira categoria, “Consortorizar: sobre os grupos de mulheres”, refere-se aos grupos desenvolvidos pelas profissionais participantes da pesquisa voltados para mulheres em adoecimento psíquico, atividade comum a todas as participantes. Tais sofrimentos foram reconhecidas como tendo a mesma raiz: as relações de poder que se configuram na intersecção entre raça, classe e gênero. Como resultados da tese destaca-se a essencialização do ser mulher em torno da maternidade, o que pode ser percebido tanto pelos repertórios linguísticos das profissionais entrevistadas quanto das atividades disponíveis no serviço. Tal essencialização se dá em acordo com as políticas públicas que constroem e são construídas a partir dos discursos sociais que associam o ser mulher à maternidade e ao cuidado. As políticas públicas têm se organizado a partir do maternalismo e do familismo e ambas as correntes retroalimentam o processo de adoecimento mental feminino, bem como invisibilizam as demandas específicas de raça e classe social. Embora seja reconhecido um esforço das trabalhadoras participantes em dar conta do adoecimento mental feminino através tanto dos grupos de mulheres, quanto de outros espaços de cuidado, as usuárias têm sofrido violência institucional que se expressam tanto em violência institucional de gênero como em racismo institucional. Na intersecção entre raça, classe e gênero, as mulheres negras e/ou pobres são as principais vítimas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidado em Saúde; Gênero, Mulher; Psicologia Social.

ABSTRACT

This thesis analyzes the meanings constructed by health workers of the Brazilian National Health System about female mental illness and the care directed to such women in an intersection between race, social class, and gender. It adopts as a theoretical reference the constructionist social psychology, intersectional feminism, and the historical narratives about the female self, both from a patriarchal perspective and from a perspective of resistance to patriarchal power. In terms of methodology, it discusses the steps taken to construct the research information. The spaces chosen for data production were services of the Unified Health System in two Health Districts of Salvador (identified as Health District 1 and Health District 2). Five health workers were interviewed: one psychologist and one occupational therapist who make up the team of the Expanded Center for Family Health of Health District 1; one psychologist from a Psychosocial Care Center II of Health District 2; one psychologist and one psychology intern from another Expanded Center for Family Health of Health District 1. The analysis of the information occurred from a composition between the association maps of ideas and the thematic content analysis. Thus, the results were divided into three thematic categories/chapters entitled: "Consorting: on women's groups"; "Other care spaces and their relation with public policies and public domain documents"; and "'These women have no problem giving birth': on the various acts of violence in health services". The first category, "Consorting: about women's groups", refers to the groups developed by the professionals participating in the research aimed at women with psychological illness, an activity common to all the participants. Such sufferings were recognized as having the same root: the power relations that are configured in the intersection between race, class, and gender. As a result of the thesis, the essentialization of being a woman around maternity stands out, which can be perceived both by the interpretative repertoires of the professionals interviewed and the activities available in the service. Such essentialization occurs under the public policies that construct and are constructed based on social discourses that associate being a woman with maternity and care. Public policies have been organized based on maternalism and familism, and both currents feedback the process of female mental illness, as well as invisibilize the specific demands of race and social class. While an effort by the participating workers to account for female mental illness through both women's groups and other care spaces is acknowledged, users have suffered institutional violence that expresses itself in both institutional gender violence and institutional racism. In the intersection between race, class, and gender, black and/or poor women are the main victims

Keywords: Mental Health; Health Care: Gender, Women; Social Psychology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS.....	19
1.1.1 Geral	19
1.1.2 Específicos.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO	21
2.1.1 Categoria ciclo reprodutivo	23
2.1.2 Categoria violência contra a mulher.....	27
2.1.3 Categoria comorbidades e outros aspectos de saúde.....	30
2.1.4 Categoria condições socioambientais.....	32
2.1.5 Categoria trabalho	35
2.1.6 Categoria cultura, raça/cor e etnia	37
2.1.7 Categoria migrações e eventos traumáticos	39
2.1.8 Categoria abuso de drogas.....	40
2.1.9 Categoria educação.....	42
2.1.10 Categoria Histórico Familiar	43
2.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA REVISÃO	43
3 REFERENCIAL TEÓRICO	44
3.1 A BUSCA PELA SUPERAÇÃO DA SUPREMACIA DO INDIVÍDUO NA PSICOLOGIA	45
3.1.1 Da desconstrução da linguagem como representação ao construcionismo social.....	47
3.1.2 Práticas discursivas e produção de sentido.....	50
3.2 COMUNICO, LOGO EXISTO: AS NARRATIVAS E A CONSTRUÇÃO DO EU.....	52

3.3 INTERSEÇÕES ENTRE A HISTÓRIA DAS MULHERES, O FEMINISMO, A PSICOLOGIA SOCIAL CONSTRUCIONISTA E O CUIDADO EM SAÚDE	56
3.3.1 O eu feminino: uma narrativa construída pelos homens	57
3.3.2 Ainda assim me levanto	66
3.3.3 Participação das mulheres no campo saúde mental: para além do lugar de doente	71
3.3.4 Eu sou porque nós somos: sobre a construção coletiva das trajetórias profissionais e do cuidado em saúde	73
3.3.5 Diálogos entre psicologia social e o feminismo interseccional.....	81
4 MÉTODO: SOBRE A PESQUISA QUE SE FAZ EM ATO.....	84
4.1 O DELINEAMENTO DAS MINHAS INTERAÇÕES NO SUS PARA PRODUÇÃO DA TESE.....	86
4.2 OS ENCONTROS	90
4.3 OS PERCALÇOS.....	95
4.4 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	97
4.5 A CONTRAPARTIDA DA PESQUISA	101
4.6 OS CUIDADOS ÉTICOS	103
5 SENTIDOS SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL E O CUIDADO.....	103
5.1 CONSORORIZAR: SOBRE OS GRUPOS DE MULHERES	104
5.1.1 Como os grupos surgiram.....	106
5.1.2 Contextos de conversação	112
5.1.3 As mediadoras e a mediação dos grupos.....	117
5.1.4 Perfil das usuárias.....	122
5.1.5 Principais demandas	129
5.1.6 Objetivos dos grupos	138
5.2 OUTROS ESPAÇOS DE CUIDADO E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOCUMENTOS DE DOMÍNIO PÚBLICO.....	148

5.3 “ESSAS MULHERES NÃO TÊM PROBLEMA PARA PARIR”: SOBRE AS DIVERSAS VIOLÊNCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	160
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENTRANDO NA TOCA DO COELHO :	179
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	188
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO.....	208
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	209



1 INTRODUÇÃO¹

Eu quis começar esta tese sobre o cuidado entre mulheres com uma foto da minha avó cuidando de mim. Me dei a ousadia de cometer várias licenças poéticas para encerrar uma fase importante da minha vida. Para além da obtenção de um título é também meu registro histórico. Diz quem eu fui/sou e aquilo que acredito. Falando de cuidado quis homenagear quem cuidou de mim e quem se entrelaça de inúmeras maneiras com essa produção. Assim, de antemão, demarco que não é uma escrita “neutra”.

Esta tese sofreu uma série de reconfigurações ao longo do seu desenvolvimento, a mais desafiadora delas foi em virtude do contexto de pandemia da COVID-19. Devido a um processo bastante lento de avaliação do meu projeto de tese pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (CEP-IPS-UFBA), que levou cerca de nove meses, só foi possível ter contato com as usuárias e profissionais que seriam minhas interlocutoras na construção das informações da pesquisa em janeiro de 2020.

Como sabemos, pouco tempo depois fomos impactadas/os das mais diversas formas pela pandemia de COVID-19, o que, nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), representou um caos sanitário e social e que teve como um dos impactos a suspensão de todas as atividades de grupo, devido ao perigo que o contato social representava para contaminação com o vírus. Isso também acarretou repercussões nas pesquisas de maneira geral o que, no meu caso, surgiu como uma retirada precipitada das atividades de produção das informações, visto que, seguindo o meu cronograma, eram previstos seis meses de produção das informações. A reestruturação ocorreu porque não foi possível entrevistar nenhuma usuária durante o curto espaço de tempo que tive nos serviços do SUS (menos de dois meses, com período de carnaval nesse ínterim). Depois de algumas observações da atividade de grupo com mulheres (Grupo 2), estava começando uma aproximação com prováveis participantes, integrantes do grupo em questão, para realização das entrevistas narrativas, o que foi abruptamente interrompido. Por conta disso, em acordo com minha orientadora, achamos prudente redesenhar a pesquisa, tendo como participantes apenas as/os profissionais de saúde, que teriam mais facilidade para realização de entrevistas online que as mulheres do grupo em questão, já que não era possível prever quando o contato social poderia ser retomado em segurança. Ademais, entendemos que

¹ Pensando nas produções artísticas que me compuseram o campo-tema e que me inspiraram ao longo da escrita da tese construí uma playlist de músicas no Spotify cantadas/compostas por mulheres e que dialogam com cada capítulo. A lista pode ser encontrada no Spotify nomeada como “Tese Ana Carolina Medrado”. Neste capítulo as músicas sugeridas são: O mar serenou; Um corpo no mundo; Farol da Barra; Eu vim da Bahia; Petrolina e Juazeiro; Muito obrigado axé; Reconverso; Embala eu.

mesmo que fosse plausível realizar a entrevista online com as usuárias, não seria possível garantir o sigilo no ambiente doméstico, temas sensíveis poderiam aparecer sem a possibilidade de cuidado ético adequado. Foi uma decisão acertada, a pandemia levou muito mais tempo do que erámos capazes de prever em março de 2020.

Dessa forma, um projeto que tinha como tema o adoecimento mental e o cuidado de mulheres² acompanhadas em serviços do SUS, fazendo uso da narrativa das próprias mulheres adoecidas sobre o seu processo de adoecimento mental e cuidado dirigido a elas, foi substituído por uma escuta do processo de cuidado delineado pelas profissionais de saúde para o atendimento de tal demanda. Por entender o cuidado como relacional, as/os profissionais de saúde já estavam previstas/os como participantes da pesquisa. Dessa forma, a partir de um problema que se apresentou, surgiu como solução utilizar as entrevistas já realizadas com elas como *corpus* da pesquisa. Assim, assumo como tema o adoecimento psíquico de mulheres e os cuidados dirigidas a elas pelo olhar das profissionais de saúde que as acolhem. O que fica mais próximo do meu posicionamento e lugar de fala como profissional de saúde. Válido mencionar que, ao discutir o cuidado em saúde mental parto de uma compreensão expandida de saúde mental no entendimento de que: “[...] todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (Ministério da Saúde, 2003, p. 3).

Contudo, no trilhar do desenrolar desta tese a pandemia aparece como um capítulo menor, mesmo significando uma série de dores que enfrentei decorrentes dela. Quero focalizar a potência e as raízes do que me moveu, me move e continuará a me mover para além de sua conclusão.

Em diversos momentos de escrita estive revisitando minhas memórias de uma forma que não imaginava. Quando me propus a estudar mulheres atendidas pelo SUS, em sua maioria pobre e negras, eu remontava a minha experiência de pesquisa em saúde mental desde a minha graduação como Iniciação Científica (IC), que configurou toda minha trajetória desde então em atuação em pesquisa e em saúde mental. Olhava para as tantas usuárias que acolhi, escutei, que me emocionaram, me fizeram chorar, me sentir impotente. Para as mulheres que tanto me ensinaram. Visava, sobretudo, as falhas que cometi ao longo desse processo. As vezes que não enxerguei que o adoecimento tinha gênero, cor/raça e classe social. Era um campo-tema³ que,

² Quando estiver me referindo às mulheres me limito às mulheres cisgênero.

³ A noção de campo-tema traz uma outra visão sobre o campo de pesquisa. Parte-se da ideia que não delimita o campo em um determinado lugar, mas que quando fazemos pesquisa estamos “imersas/os” o tempo inteiro no campo, pois nosso tema de pesquisa faz parte do nosso cotidiano, surge o tempo todo nas nossas diversas interações

achava eu, tinha começado com a pesquisa. Contudo, na verdade, a meada começava lá atrás, desde 2008, na minha experiência como IC. Entretanto, à medida que fui seguindo esse fio ele foi me levando ainda mais longe, era um fio que se emaranhava nas linhas de costura, nas linhas de crochê da minha avó. Minha avó, uma mulher pobre e negra, baiana de Caboto, com história de vida que se enreda com a história das mulheres negras do Brasil que revisito em parte da minha tese. A cada texto histórico que lia sobre o trabalho e a vida doméstica das mulheres negras brasileiras eu a enxergava: costureira, artesã, semianalfabeta, que “não alisou o banco da ciência”, cozinheira de mão cheia, com oito filhos e, como dizia ela, “amasiada” com um homem branco, meu avô.

A cada história contada pelas mulheres do grupo que acompanhei ou pelas profissionais que as acolhiam era uma trama que desenhava o rosto da minha avó. Então eu posso dizer que meu campo-tema é transgeracional, que eu nasci nesse campo-tema. Que minha pesquisa, muito mais que um trabalho acadêmico, muito mais que um título de doutora, representa para mim um laço com minha avó, uma das pessoas mais importantes da minha vida. A mulher que me embalou, me amou tanto que fazia ciúmes nos outros, que me ensinou a fazer crochê. A mulher que eu mais admiro na vida e que não via razão na minha admiração porque se via como burra, como menor e pior por ser mulher, negra, pobre e semianalfabeta. Que se autodepreciava constantemente por conta disso. A mulher cuja foto eu olhava em todos os meus dias de escrita, que ficava me olhando no meu escritório e a quem procuro honrar em cada palavra desta tese e para além dela todos os dias de minha vida. Se antes ela me carregou, hoje sou eu que a carrego.

Mas, como mencionei antes, minha história profissional também se entrelaça com o meu tema. Meu primeiro contato com a saúde mental se deu por conta de atuação pesquisadora de IC durante a graduação estudando grupos e oficinas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Após formada como psicóloga em Salvador, atuei durante seis meses em um CAPS I no interior de Pernambuco, em Santa Maria da Boa Vista, cidade localizada no Vale do São Francisco na qual passei parte da minha infância e adolescência, sendo a região de origem da família de meu pai. Essa foi a minha primeira experiência profissional como psicóloga. O fato de atuar no interior, em uma cidade em torno de 40 mil habitantes, a maior parte concentrada na zona rural, me trouxe a real dimensão da pobreza do nosso país, da qual estive apartada e alheada (ao menos durante boa parte da minha vida) como mulher branca e de classe média. A dimensão de gênero, à época, não era algo ao qual eu me atentasse, entretanto, hoje, ao relembrar as histórias dos usuários e, sobretudo, das usuárias, percebo como a experiência de

sociais. Conforme Peter Spink (2008): “Ao se inserir no campo tema, sustenta-se o campo-tema, mantendo-o socialmente presente na agenda das questões diárias” (p. 73).

adoecimento tem um caráter gendrado. Lembro-me, por exemplo, das histórias de usuárias abusadas sexualmente na infância por familiares ou amigos de familiares, daquelas que, mesmo doentes, eram cobradas quanto à realização das tarefas domésticas e cuidado com as/os filhas/os, das que alegavam ter sofrido estupro no presente e seus relatos eram desacreditados como delírios, das mulheres que tiveram seu sofrimento minimizado como “histeria” (não como transtorno mental, mas como necessidade de “chamar atenção”). Hoje, recordando tais histórias me questiono quanto desses adoecimentos não tiveram como causa e/ou agravante tais experiências, e quanto eu e outras/os profissionais que lidamos com essas mulheres contribuimos para isso.

Mais tarde, em meu retorno a Salvador, passei a atuar como residente multiprofissional em saúde (ênfase saúde mental) pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), experiência que me deu a oportunidade de trabalhar em alguns CAPS e na Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Desenvolvendo atividades em CAPS II e CAPS ad, pude acompanhar outras histórias: cobranças a uma adolescente que não conseguia ser mãe (e hoje vejo quanto do seu “diagnóstico” estava relacionado a não cuidar da/o bebê); assédios de usuários dos serviços de álcool e drogas às usuárias, em número bem menor em tais CAPS que os homens; nas mães e esposas que acompanhavam filhos e maridos na terapêutica, mas não recordo dos homens acompanhando esposas e filhos/as; lembro da adolescente acusada de seduzir usuários adultos e, por isso, sua presença na instituição era questionada. Em sua maioria essas mulheres eram negras e pobres. Apesar disso, o processo de adoecimento mental e de cuidado marcados pela interseção entre raça, classe e gênero nunca foi assunto das disciplinas da residência ou mesmo das reuniões de equipe nos CAPS. É do resgate de tais memórias que surge meu interesse sobre o tema.

O empenho na faceta de gênero, raça e classe social do adoecimento mental vem crescendo dentro do ambiente acadêmico, muito em virtude dos movimentos sociais feministas e negros que denunciam a exclusão dessas pautas e dos corpos marcados por tais intersecções dos espaços universitários. A despeito disso, como iremos notar na seção de revisão de literatura, apesar do grande quantitativo de estudos que tratam sobre o adoecimento mental feminino, poucos são aqueles que procuram dar voz às mulheres para narrarem como compreendem o transtorno/adoecimento mental (aqui reside parte da justificativa do projeto original), em sua maioria os estudos são epidemiológicos. Ademais, um dos objetivos desse estudo, adotando um referencial teórico do feminismo interseccional, é perceber como demais marcadores como raça/cor e classe social interagem com o gênero no processo de adoecimento e cuidado. Quando enfocamos tais intersecções as investigações se tornam mais escassas.

Contudo, compreendendo que as experiências das mulheres não são monolíticas - que as opressões impingidas às mulheres diferem de acordo com classe, raça/cor e demais características – o que repercute tanto no adoecimento quanto no acesso à saúde, acredito ser relevante pesquisar como o cuidado direcionado a elas tem levado em conta tais dimensões.

Creio ainda que, quando dirigimos nossos olhares para as referidas intersecções no contexto do SUS, cada vez mais precarizado, estamos indo em direção ao que Kimberlé Crenshaw (2002) afirma: quando o Estado se esquivava de sua responsabilidade quanto à elaboração de políticas de combate às desigualdades sociais, o peso recai sobre as mulheres (sobretudo as mais pobres), pois somos nós, mulheres, que assumimos os trabalhos domésticos, os cuidados com as/os filhas/os, familiares doentes e idosas/os. Com a realidade imposta pelo contexto da pandemia isso se faz ainda mais marcante e cruel. O que se agrava no contexto político no Brasil sob governo Bolsonaro, com valores econômicos liberais que levaram o país de volta ao mapa da fome da Organização das Nações Unidas (ONU), além do caráter perverso, sobretudo no que se refere às mulheres, aos pobres, aos negros e outras minorias sociais. Com tais condicionantes o tema se faz ainda mais relevante, assumindo uma dimensão ético-política e uma produção acadêmica politicamente situada.

Outrossim, embasada na psicologia social construcionista, saliento a importância de valorizar as linguagens em uso e as práticas cotidianas, o que nos leva não somente para as regularidades dos discursos, mas também para suas peculiaridades. Assim, mesmo que o sentido de transtorno/adoecimento mental seja atravessado pelo discurso psiquiátrico, por exemplo, compreendo que nas interações sociais as pessoas vão além disso, construindo conjuntamente seu próprio sentido tanto sobre o adoecimento quanto sobre o cuidado e o meu interesse é justamente em compreender tais sentidos. Em suma, como sintetizam Mary Spink e Benedito Medrado (2013)

[...] é inegável que existem prescrições e regras linguísticas situadas que orientam as práticas cotidianas das pessoas e tendem a manter e reproduzir discursos. Sem elas, a vida em sociedade seria impraticável. Mas, embora o conceito de discurso aponte para uma estrutura de reprodução social – ou seja, a linguagem vista a partir das regularidades –, ele não desconsidera a diversidade e a não regularidade presentes em seu uso diário pelas pessoas. É, antes de tudo, uma questão de foco, de distinção entre o que se elege como figura/fundo. Qualquer fenômeno social pode ser visto à luz das regularidades, como no caso, por exemplo, da Epidemiologia, em relação aos fenômenos do campo da saúde. Entretanto, se procurarmos entender os sentidos que uma doença assume no cotidiano das pessoas, passamos a focalizar a linguagem em uso. O olhar recai sobre a não regularidade e a polissemia (diversidade) das práticas discursivas. (p.25)

Farei aqui um breve parêntese para situar alguns conceitos que já se anunciaram (como o de sentido) e que aparecerão de maneira recorrente no texto. A tese tem como um dos referenciais teóricos a Psicologia Social Construcionista, que concebe a linguagem como uma prática social. Dessa maneira, é relevante definir os conceitos de discurso, sentido e práticas discursivas. O discurso refere-se àquilo que se mantém de maneira regular na linguagem, permitindo a comunicação, àquilo que foi institucionalizado, cristalizado na história pelo uso de um determinado grupo social e instituição, isso não quer dizer que o discurso permaneça estático e imutável, mas que tem uma permanência maior no tempo. Desse modo, temos os discursos médicos, os discursos psicológicos, os discursos religiosos etc. Tais discursos podem existir tanto de maneira contraditória, quanto complementar uns aos outros (Spink, 2010; Spink & Medrado, 2013). Já o sentido:

[...] é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (Spink & Medrado, 2013, p. 22)

Dessa forma, os discursos remetem à regularidade, enquanto os sentidos remetem ao que é irregular na linguagem, construído nas interações do dia a dia. O conceito de práticas discursivas pode ser definido como “linguagem em ação” (Spink & Medrado, 2013, p. 26), nelas aparecerem tanto as regularidades dos discursos, como a construção de sentidos.

É válido também situar o conceito de repertórios linguísticos que, conforme Sérgio Aragaki, Pedro Piani e Mary Jane Spink (2014), trata-se de uma reformulação de Spink do conceito de repertórios interpretativos de Jonathan Potter e Margaret Wheterell. Assim sendo, são as unidades de linguagem que constituem as práticas discursivas: “[...] os termos, as descrições, os lugares comuns e as figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades da produção de sentidos” (Aragaki, Piani, & Spink, 2014, p. 229).

A tese está organizada da seguinte maneira: 1- Introdução, que ora se apresenta, onde além da justificativa, apresento ainda alguns conceitos e os objetivos da tese; 2- Revisão da literatura, organizada com a estrutura de um artigo para facilitar a leitura; 3- Referencial teórico, onde explano sobre o construcionismo social e sua articulação com o feminismo interseccional; 4- Método: sobre a pesquisa que se faz em ato, onde discorro sobre o percurso metodológico realizado; 5- Sentidos sobre adoecimento e cuidado, seção onde analiso as entrevistas realizadas com as profissionais de saúde e os registros das minhas observações dos serviços e que

subdivide-se em: Consororizar⁴: sobre os grupos de mulheres; Outros espaços de cuidado e sua relação com as políticas públicas e documentos de domínio público; “Essas mulheres não têm problema para parir”⁵: sobre as diversas violências nos serviços de saúde; 6- Considerações finais: entrando na toca do coelho, onde exponho a finalização do meu percurso de doutorado e o que foi possível concluir até então no estudo em questão.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

- Analisar os sentidos construídos pelas trabalhadoras de saúde do SUS sobre o adoecimento mental feminino e sobre o cuidado dirigido a tais mulheres em uma intersecção entre raça, classe social e gênero.

1.1.2 Específicos

- Mapear a produção acadêmica sobre o adoecimento mental feminino;
- Analisar os enunciados produzidos pelas referidas trabalhadoras em relação ao gênero, raça/cor e classe social percebidos como constituintes do adoecimento mental feminino;
- Compreender os repertórios linguísticos das referidas trabalhadoras em relação ao gênero, raça/cor e classe social concebidos como constituintes do cuidado em saúde;
- Analisar as propostas de cuidado para mulheres em adoecimento mental delineadas pelas profissionais de saúde;
- Identificar a relação entre as políticas públicas de saúde e os repertórios linguísticos das trabalhadoras do SUS na compreensão sobre o adoecimento mental feminino e sobre as propostas de cuidado dirigidas a tais mulheres.

2 REVISÃO DA LITERATURA⁵

Esta revisão de literatura configura-se como uma revisão de literatura integrativa que, de acordo com Louise Botelho, Cristiano Cunha e Marcelo Macedo (2011), assume uma série

⁴ Consororizar é um neologismo tomado de empréstimo do livro de Margaret Atwood, O Conto da Aia. Seria a feminização da palavra “confraternizar”.

⁵ Músicas sugeridas: Maria de Vila Matilde; Lindoneia; Little girl blue; Rehab; Mal secreto.

de passos como: identificação do tema; delineamento do problema de pesquisa; escolha da base indexadora e dos descritores e palavras-chave; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; seleção dos artigos considerando resumo, título e artigo completo; categorização dos resultados; análise dos estudos; sumarização do conhecimento produzido. A seguir, descrevo as etapas percorridas na revisão.

A presente revisão objetivou mapear a produção acadêmica sobre o adoecimento mental feminino, tendo como problema a seguinte questão: quais modelos explicativos estão construídos em torno do adoecimento mental das mulheres na produção científica disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)?

Nessa direção, foi realizada pesquisa na BVS, no dia 24 de agosto de 2018. O referido portal foi escolhido por condensar indexadores como MEDLINE, LILACS, Biblioteca Cochrane, LIS, DirEve, Leyes, SeCS e Scielo, bem como por possuir diversos mecanismos de refinamento que facilitam a busca. Utilizei os descritores *woman* e *mental health*, com o operador booleano *AND* – *woman AND mental health*. A escolha do descritor em inglês se deu por ser capaz de capturar textos em diversas línguas, inclusive o português, já que há a exigência de que os textos em português tenham resumo e palavras-chave nessa língua.

Dessa forma, obtive o resultado de quatro mil seiscentos e setenta e três (4673) textos. Após refinamento para texto completo restaram dois mil cento e trinta e sete (2137) textos. O refinamento para os últimos cinco anos (2018-2014) resultou num total de oitocentos e sessenta e cinco (865) resultados. Houve também o refinamento referente à língua dos textos, incluindo-se apenas português, inglês e espanhol, o que resultou num total de oitocentos e cinquenta e três (853) trabalhos. Por fim, refinei também quanto ao tipo de texto (artigo, tese e dissertação) com total de oitocentos e cinquenta e dois (852) textos.

Ao fim dessa etapa preliminar, os textos foram selecionados a partir do título levando em conta critérios de exclusão. Mesmo com o uso dos descritores e do operador booleano, foi comum que os estudos capturados fugissem do tema ou tratassem apenas de uma das temáticas (mulher ou saúde mental), os textos que não obedeceram à intersecção pretendida foram excluídos. Excluíram-se também os textos teóricos e de revisão de literatura (já que não se configuram como artigo original), bem como textos que abordavam os seguintes temas: algum tipo de terapêutica/medicamento psiquiátrico; implementação de algum instrumento de mensuração/protocolo; aqueles que abordavam apenas a visão de terceiros sobre a saúde mental feminina; aqueles que falavam apenas sobre Plano Terapêutico Singular (PTS) ou sobre matriciamento; aqueles que versavam sobre mãe cuidadora de criança com transtorno mental;

aqueles que tratavam sobre mulheres transgênero⁶. Dessa forma, foram considerados como fugindo do tema um total de quinhentos e cinquenta e três (553) artigos. Nessa fase também foram excluídos: os artigos fechados (162), os artigos repetidos (10), um (01) artigo retratado e um (01) artigo não encontrado na íntegra. Assim, após leitura do título restaram cento e vinte e cinco (125) produções.

A etapa seguinte foi a leitura dos resumos. Considerando o grande quantitativo de títulos lidos, nessa etapa ainda foi possível encontrar textos que fugiam ao tema e que não abordavam especificamente o problema de pesquisa, o que culminou na exclusão de quarenta e cinco (45) deles. Dessa maneira, restaram oitenta (80) textos que compõem a revisão, sendo setenta e oito (78) artigos e duas (02) dissertações.

Todos os achados foram organizados em tabelas de análise explicitando ano, autoria, país de realização do estudo, objetivo, metodologia, principais resultados e categoria temática. A seguir discorrei sobre eles.

2.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO

Quanto aos resultados, encontrei textos de uma diversidade de países adotando um amplo leque de desenhos de estudos, embora em sua maioria sejam pesquisas epidemiológicas. Referente aos países, os que apresentaram o maior quantitativo de textos foram os seguintes: Estados Unidos (19), Brasil (14), Austrália (08), China (04), África do Sul (04), Índia (03), Vietnã (03), Holanda (02), Canadá (02), Bangladesh (02), México (02), Quênia (02). Os demais países apresentaram apenas uma produção: Nicarágua, Japão, Uganda, Paquistão, Portugal, Moscou, Suécia, Costa do Marfim, Malawi, Coreia do Sul, Bósnia Herzegovina, Inglaterra, Congo, Ruanda, Noruega.

Concernente ao desenho do estudo, quarenta e sete (47) artigos adotaram o corte transversal. As produções qualitativas (11) foram mais escassas sendo possível encontrar entre elas: pesquisa etnográfica, história de vida, estudo narrativo, entrevista em profundidade, grupo focal e pesquisa documental.

A despeito da diversidade de países que compõem os estudos da presente revisão, não foi possível verificar muitas discussões sobre especificidades culturais nos referidos textos,

⁶ A pesquisa parte do referencial do feminismo interseccional com enfoque nas interseções de raça, classe e gênero entre mulheres cisgênero com adoecimento mental. Entendendo que as mulheres transgênero passam por outros tipos de opressão e que não seria possível dar conta de tantas interseções, resolvi não incluir as mulheres transgênero na pesquisa.

ficando a marca característica da generalização dos estudos quantitativos, o que reduz a diversidade cultural e torna muitos dos estudos apenas uma replicação de outrem em contexto diferente. Isso fica mais marcante quando nos atentamos aos instrumentos (escalas, inventários etc.). Quando enfocamos os estudos sobre depressão gestacional e depressão pós-parto, por exemplo, foi corrente o uso da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) em culturas tão díspares quanto Japão e África do Sul. O uso dos mesmos instrumentos validados para diferentes contextos culturais é um valor dentro dos estudos quantitativos, mas, por outro lado, quando homogeneizamos as idiossincrasias culturais, tanto faz dizer que a pesquisa se passou no Malawi ou no Brasil.

Para sistematizar a discussão submetemos os resultados à análise categorial temática (Vázquez Sixto, 1996), identificando dez (10) categorias temáticas delineadas considerando similitude semântica e os objetivos gerais dos artigos (Quadro 01).

QUADRO 01: CATEGORIAS TEMÁTICAS DA REVISÃO DE LITERATURA, DESCRIÇÃO DA CATEGORIA, TOTAL E PERCENTUAL DA PRODUÇÃO ENTRE 2014 A 2018.

Categoria	Descrição breve da categoria	Total	%
Ciclo reprodutivo	Reúne textos que relacionam o adoecimento mental em mulheres a algum período do ciclo reprodutivo feminino.	22	27,5
Violência contra a mulher	Aborda a relação entre os diversos tipos de violência contra mulher praticados pelo/a parceiro/a e/ou por terceiros e sua relação com a saúde mental feminina.	15	18,75
Comorbidades e outros aspectos de saúde	Adoecimento mental em mulheres guardando algum tipo de relação com outra doença à saúde ou com outros aspectos relativos à saúde.	10	12,5
Condições socioambientais	Pesquisas que relacionam adoecimento mental em mulheres a um ou mais dos seguintes fatores: pobreza/miséria, condições de moradia, relações sociais, seca.	07	8,75
Trabalho	Pesquisas que abordam o adoecimento mental em mulheres relacionando-o ao trabalho.	06	7,5
Cultura, raça/cor e etnia	Refere-se às pesquisas que comparam mulheres quanto a cultura, raça e etnia relacionadas com adoecimento mental.	06	7,5
Migrações e eventos traumáticos	Textos que associam adoecimento mental em mulheres à migração ou algum tipo de trauma.	06	7,5

Abuso de drogas	Refere-se aos textos que tratam sobre mulheres sofrendo de dependência de algum tipo de droga.	05	6,25
Educação	Reúne artigos que se referem ao adoecimento mental em mulheres relacionado ao empenho nos estudos.	02	2,5
Histórico familiar	Apresenta artigo que relaciona o adoecimento mental em mulheres ao histórico familiar de transtorno mental.	01	1,25
Total		80	100

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

A discussão das categorias será apresentada nas subseções seguintes.

2.1.1 Categoria ciclo reprodutivo⁷

A categoria ciclo reprodutivo reuniu 27,5% dos resultados, em sua maioria os textos referem-se aos transtornos mentais desenvolvidos durante a gestação e/ou pós-parto (Quadro 02).

QUADRO 02: CATEGORIA CICLO REPRODUTIVO

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Reúne textos que relacionam o adoecimento mental em mulheres a algum período do ciclo reprodutivo feminino (gravidez, puerpério, pré-climatério etc.).	Perda gestacional e consequências na gestação subsequente.	Catherine Chojenta et al. (2014).	01
	Transtorno mental comum em gestantes e/ou no pós-parto.	Roselma Lucchese et al. (2017); Trang Nguyen et al. (2015); Daniel Abrams et al. (2016).	03
	Má formação congênita da/o bebê e efeitos sobre a saúde mental da grávida.	Ana Cunha et al. (2016).	01

⁷ Essa categoria foi desenvolvida como artigo: Medrado, A C. C. & Lima, M. (2020). Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 70-84. Foi também tema de palestra como contrapartida da pesquisa (ver na seção de método desta tese), relacionando a referida temática com assuntos de notícias da atualidade.

Sintomas psiquiátricos não-psicóticos em gestantes.	Louise Reis et al. (2015).	01
Depressão no pré-climatério.	Alva Guadalupe et al. (2017).	01
Efeitos da pré-menstruação, gestação, pré-menopausa, dispareunia e dor pélvica na saúde mental.	Laura Miller e Nafisa Ghadiali (2015).	01
Ideação e comportamento suicida entre gestantes.	Mihael Onah et al. (2017).	01
Queixas de saúde mental que levam as gestantes a procurar o serviço de saúde.	Wietse Tol et al. (2018).	01
Depressão/ <i>maternity blues</i> e/ou ansiedade gestacional e/ou pós-parto.	H. Woolhouse et al. (2014); Yu-ting Kang et al. (2016); T. Verbeek et al. (2015); Thang Van Vo, Thi Hoa e Tuyen Hoang (2017); Felix Ogbo et al. (2018); Yuki Takahashi e Koji Tamakoshi (2014); Tasneem Kathree et al. (2014); Yang Wang et al. (2016); Catherine Chojenta et al. (2016); Rahila Ghaffar et al. (2017); Valéria Moura et al. (2015); Jessica Moraes et al. (2017).	12
		22

Os achados desses trabalhos indicam algum tipo de associação entre transtorno mental (transtorno mental comum, depressão, transtorno ansioso, ideação e/ou comportamento suicida, *maternity blues*) durante o ciclo reprodutivo feminino e os seguintes fatores mais recorrentes (ao menos em três dos estudos): gravidez não planejada (Kathree et al., 2014; Lucchese et al., 2017; Tol et al., 2018; Van Vo, Hoa, & Hoang, 2017); não ter ajuda do marido nas tarefas domésticas e/ou cuidados com a/o bebê (Nguyen et al., 2015; Tol et al., 2018; Van Vo, Hoa, & Hoang, 2017); pobreza (Kathree et al., 2014; Moura et al., 2015; Nguyen et al., 2015; Ogbo et al., 2018; Onah et al., 2017; Tol et al., 2018); violência por parte do parceiro (Kathree et al., 2014; Ogbo et al., 2018; Onah et al., 2017; Tol et al., 2018). Salienta-se que estudos relacionando pobreza e violência ao tema da revisão também aparecerão em categorias subsequentes de maneira mais específica.

Como mencionado anteriormente, os aspectos culturais foram pouco explorados nos resultados dos artigos que compõe esta revisão. Entretanto, destacarei aqui aqueles que salientam as diferenças culturais. Na China e no Vietnã, por exemplo, os bebês do sexo masculino são mais desejados, o que pode fazer com que as mães fiquem mais ansiosas durante a gestação (Kang et al., 2016; Van Vo, Hoa, & Hoang, 2017). Nessa direção, estudo realizado no Vietnã verificou que as mulheres que geraram bebês com o sexo diferente do desejado tiveram maior prevalência de sintomas depressivos quando comparadas com aquelas com o sexo conforme esperado (Van Vo, Hoa, & Hoang, 2017).

No Japão, uma prática conhecida como *satogaeri buben* (tradição japonesa de suporte à mãe nos primeiros dias após o parto em que ela retorna à casa dos pais) foi visto como um fator protetivo da saúde mental da mulher pós-parto em relação ao *maternity blues* (Takahashi & Tamakoshi, 2014).

Em Uganda, um dos principais fatores que faz com que as mulheres gestantes procurem o serviço de saúde por conta da saúde mental é o *adeka na aomisio* (que pode ser traduzido como “doença dos pensamentos”) (Tol et al., 2018). As/Os especialistas em saúde mental entrevistadas/os na citada investigação se referiram ao *adeka na aomisio* como *maternity blues* e as mulheres grávidas atribuíam ao pensamento uma vida própria a qual elas não tinham controle. Os sintomas relacionados ao *adeka na aomisio* e *maternity blues* foram: tristeza e choro excessivos, mau humor, distúrbios do sono, anedonia nas atividades cotidianas, pensamentos suicidas, falta de apetite, irritabilidade, uso de substâncias, fobias. Alguns também citaram febre, alucinações e fala descoordenada. Outro motivo recorrente para a procura dos serviços de saúde concernente à saúde mental durante a gestação foi a epilepsia e a malária, que quando não tratada precocemente pode causar lesões no cérebro (Tol et al., 2018).

Outra informação que considero relevante relativo às diferenças culturais foi o resultado de pesquisa de Daniel Abrams et al. (2016), em comunidade rural no Vietnã, que demonstrou que tanto as/os profissionais de saúde quanto as mulheres grávidas privilegiam a medicina tradicional e os remédios fitoterápicos para tratar lactantes ou gestantes que apresentam algum tipo de transtorno mental, muito por conta dos efeitos colaterais dos remédios alopáticos.

Chama a atenção que mais de um quarto dos trabalhos encontrados no total da revisão seja sobre o ciclo reprodutivo feminino, o que, em certa medida, nos faz lembrar dos primórdios da psiquiatria quando a anatomia sexual/reprodutiva feminina era associada à loucura, principalmente no caso da histeria, que era atrelada ao padecimento do útero, conforme Magali Engel (2008). Entretanto, foram poucos estudos que se ativeram aos aspectos fisiológicos/hormonais sobre o adoecimento mental da mulher durante o ciclo reprodutivo, dando ênfase aos aspectos psicossociais como escolaridade da mulher, renda da família, apoio do parceiro e familiares, prevalência de violência doméstica etc.

Entre os estudos que se afastam das discussões psicossociais quanto ao adoecimento destaco o de Laura Miller e Nafisa Ghadiali (2015) que avaliaram tanto a relação entre o ciclo reprodutivo como condições ginecológicas que causam dor (dispareunia e dor pélvica) e a saúde mental em veteranas em tratamento psiquiátrico. Foram estudadas 68 mulheres com média de 41 anos, 55,9% eram solteiras e 87% heterossexuais, a maioria delas ainda menstruava. Todas as mulheres apresentaram algum transtorno mental, a maioria tinha transtorno do estresse pós-traumático (30,9%), seguido de depressão (29,4%) e transtornos de ansiedade (14,7%). Dentre a amostra 27,9% tiveram hospitalização psiquiátrica e 20,6% tentaram suicídio. Os resultados ainda demonstraram que: 22,1% tinham dispareunia; 17,6% dor pélvica; 42,6% das mulheres acreditavam que a pré-menstruação influenciava em seus problemas emocionais e psiquiátricos, a gravidez tinha influência para 33,3%, bem como o pós-parto, e 18,2% atribuíram influência do período pré-menopausa na saúde mental. Apesar de o estudo ter considerado o autorrelato das mulheres quanto à percepção da influência do ciclo reprodutivo na saúde mental, é relevante discutir como um aspecto que é inerente à condição de ser mulher cisgênero (ter ciclo reprodutivo) pode ser identificado como “causa” de adoecimento mental e, mais ainda, durante todas as fases de tal ciclo. Assim, percebe-se o corpo masculino sendo tomado como padrão de normalidade, o que, novamente, remonta à misoginia da psiquiatria do século XIX⁸.

⁸ Tal discussão será retomada de maneira mais aprofundada na seção de referencial teórico desta tese.

2.1.2 Categoria violência contra a mulher⁹

O Quadro 03 sintetiza os resultados dessa categoria que compõe 18,75% da revisão. Contudo, além dos textos enquadrados na categoria temática em tela, a violência contra a mulher também aparecerá em paralelo a outras categorias temáticas, mas como uma entre as demais “variáveis”, e não como objetivo principal da investigação.

QUADRO 03: CATEGORIA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Nessa categoria foram incluídos os textos que abordam a relação entre os diversos tipos de violência contra mulher (física, sexual, psicológica etc.) praticados pelo/a parceiro/a e/ou por	Violência contra mulheres soropositivas.	Brian Zunner et al. (2015).	01
	Violência no período gestacional e/ou pós-parto.	Shirin Ziaei et al. (2016); Zarina Kabir, Hashima-E Nasreen e Maigun Edhborg (2014); Michael Reichenheim et al. (2014); Jeanne Alhusen, N. Frohman e Genevieve Purcell (2015).	04
	Violência em zonas de conflito armado.	Jennifer Scott et al. (2015); Jhumka Gupta et al. (2014); Heather Sipsma et al. (2015).	03
	Violência contra mulheres em situação de prostituição.	Monica Ulibarri et al. (2015).	01
	Violência contra mulheres com limitação de atividades decorrente de transtorno mental grave.	Janice Du Mont e Tonia Forte (2014).	01

⁹ Essa categoria foi transformada em artigo intitulado “Violência contra mulher e saúde mental feminina: uma análise construcionista social” publicado nos Anais do XX Congresso Brasileiro de Sociologia. Link: https://www.sbs2021.sbsociologia.com.br/atividade/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNToiYT0xOntzOjEyOiJJRF9BVEIWSURBREUjO3M6MjoiMTciO30iO3M6MT0iaCI7czozMjoiMmM5YzViMwY4ZTY5YTdmYTRmM2Q3ZTY4ZTJmMDJkNmEiO30%3D&ID_ATIVIDADE=17

terceiros e sua relação com a saúde mental feminina.	Violência contra mulheres em condições de migração.	Cecilia Fernbrant et al. (2014).	01
	Violência bidirecional.	Julianne Hellmuth et al. (2014a).	01
	Sem especificidade (violência contra mulher de forma geral).	Akiko Kamimura et al. (2014); Agnes Tiwari et al. (2015).	02
	Violência contra mãe e filho.	John Maddoux et al. (2014).	01
			15

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

Como podemos notar no Quadro 03, aqui nessa categoria também apareceram artigos relacionados à gestação e pós-parto, mas não foram incluídos na categoria anterior, pois acredito que dão ênfase à violência e não a aspectos relacionados à “maternidade em si” (cuidados com bebê, mudança de rotina, alterações hormonais, saúde da/o bebê etc.). Darei destaque a alguns deles.

Sobre o supracitado subtema (violência no período gestacional e/ou pós-parto), Shirin Ziaei et al. (2016) avaliaram a associação entre todos os tipos de violência doméstica com o sofrimento emocional (*distress*) e o nível de cortisol em gestantes em Bangladesh. A pesquisa encontrou que 57% da amostra experimentou ao menos um tipo de violência doméstica (subdividida em violência física, emocional, sexual e controle do comportamento) durante a vida, sendo a mais comum o controle do comportamento e 35% das mulheres apresentaram sofrimento emocional. A prevalência de sofrimento emocional entre aquelas que experienciaram algum tipo de violência doméstica foi 46% e todas as formas de violência doméstica foram associadas com sofrimento emocional. Quanto mais tipos de violência doméstica a mulher sofreu, maior era a prevalência de sofrimento emocional, aquelas que passaram por todo tipo de violência tiveram prevalência de 70,3% de sofrimento emocional. As maiores proporções de mulheres com sofrimento emocional estavam entre aquelas vítimas de grave agressão física (62,9%) e violência emocional (57,8%).

Ainda sobre o subtema violência no período gestacional e/ou pós-parto, Zarina Kabir, Hashima-E Nasreen e Maigun Edhborg (2014) também conduziram estudo em Bangladesh, investigando a prevalência de violência por parceiro íntimo no pós-parto entre mulheres que vivam em comunidade rural do país e a associação de tal violência com a depressão pós-parto.

Como síntese dos resultados temos: 32% da amostra apresentou sintomas depressivos e 70% reportou ter sofrido violência por parte do parceiro durante a relação; 18% foram agredidas durante a gravidez e 52% sofreram agressão desde que a/o bebê nasceu até o período de 6 a 8 meses pós nascimento. Ademais, 65% foram agredidas sexualmente pelo parceiro desde que a/o bebê nasceu e 84% relataram violência emocional. Aquelas que o temperamento da/o bebê foi descrito como “difícil” tiveram mais chances de apresentar depressão e as que tinham pobre relacionamento conjugal tiveram cinco (05) vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos. Mulheres vítimas de violência física tiveram em torno de três (03) vezes mais chances de apresentar depressão, não se encontrou associação com violência emocional e sexual.

Além de vitimizadas nas relações com seus parceiros, as mulheres também são mais vulneráveis em zonas de conflito armado, pois para além das agressões dirigidas aos homens, sofrem também violências sexuais e as repercussões de tais violências. Sobre isso, Jennifer Scott et al. (2015) avaliaram a saúde mental de mulheres que criam filhos frutos de estupros, bem como o estigma e a aceitação da mulher e da criança pela comunidade. O estudo foi realizado na República Democrática do Congo e 757 mulheres participaram. Dessas, 88,5% afirmaram ter sofrido um único estupro e 80,6% relataram serem vítimas de dois ou mais estupradores. Além disso, 90% relataram que os estupradores eram de um único grupo armado. Outros achados demonstram que 48,6% tinham sintomas de depressão maior, 57,9% de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), 43,3% de ansiedade e 34,2% reportaram ideação suicida. As mulheres casadas tiveram menos chance de apresentar tais sintomas. Aquelas com dois ou mais estupradores apresentaram mais chance de TEPT e ideação suicida. Estigma por parte da comunidade foi referido por 38,4% e esteve associado aos transtornos investigados. Mulheres que relataram estigma contra a criança (fruto do estupro) tinham mais chances de todos os tipos de transtornos citados.

Temática afim pode ser encontrada na produção de Jhumka Gupta et al. (2014) que procuraram associações entre a violência por parceiro íntimo e a violência oriunda de conflito armado e o TEPT na Costa do Marfim (em guerra civil desde o início dos anos 2000). Assim, 72,6% das mulheres relataram algum tipo de violência durante o conflito e 56,7% relataram estar desabrigadas. Ademais, 26,2% sofreram violência doméstica em algum momento da vida e 23,4% no ano anterior ao da pesquisa. Mais de 40% das mulheres relataram violência sexual pelo parceiro. Sobre a saúde mental, 13,1% da amostra provavelmente têm TEPT. Ser mais velha, nível de escolaridade, religião tradicional e ser de minoria étnica no país foram associadas ao TEPT. Mulheres que sofreram violência doméstica severa tinham mais chances

de ter TEPT que aquelas que não sofreram. Os achados demonstram que a violência por parte do parceiro no último ano esteve mais associada à doença mental (TEPT) do que a violência decorrente da guerra civil.

Ter alguma doença que pudesse ser associada à “promiscuidade” também apareceu como motivação para que a mulher sofresse agressão. Brian Zunner et al. (2015) conduziram pesquisa, no Quênia, com o intuito de avaliar as necessidades de cuidados em saúde mental das mulheres HIV positivo e vítimas de violência baseada no gênero. Para tanto, foram realizadas entrevistas em profundidade e grupos focais com 61 participantes. Participaram da pesquisa mulheres pacientes do *Family AIDS Care Education & Services* (FACES), trabalhadoras/es comunitários de saúde, prestadoras/es de cuidados em saúde e conselho consultivo de saúde. Todas/os as/os participantes acreditavam que a violência física contra a mulher com HIV positivo é altamente prevalente e 79% afirmaram que as agressões costumavam começar após a revelação da doença. A violência foi creditada ao ciúme do marido, mesmo que muitas vezes esse não soubesse o próprio *status* de HIV. Entretanto, foi relatada violência contra a mulher também perpetrada pela comunidade. A violência emocional também foi citada, sendo impingida pelo marido, sogros e comunidade, a mulher frequentemente é acusada de ter feito sexo “imoral” e fora do casamento. Tais acusações persistiam apesar da alta promiscuidade masculina na região. As/Os participantes referiram 76% de prevalência de violência sexual contra a mulher, como a recusa dos maridos em usar preservativos por afirmarem desejar mais filhas/os. Também foi reportado negligência emocional e financeira. A doença mental mais citada foi o estresse, que foi associado tanto ao estigma quanto à violência doméstica. Também relataram culpa, tristeza, ideação suicida, problemas de memória e concentração, ansiedade, alterações no sono, isolamento, irritabilidade e agressividade. Todas/os as/os participantes acreditavam que cuidados em saúde mental são necessários para as mulheres com HIV positivo e que o local mais adequado seria o próprio serviço para tratamento do HIV devido ao estigma associado à doença.

2.1.3 Categoria comorbidades e outros aspectos de saúde

Os resultados referentes à categoria comorbidades e outros aspectos de saúde, bem como a descrição da categoria encontram-se sintetizados no quadro seguinte (Quadro 04).

QUADRO 04: CATEGORIA COMORBIDADES E OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Nessa categoria foram elencados os textos sobre adoecimento mental em mulheres guardando algum tipo de relação com outra doença à saúde ou com outros aspectos relativos à saúde, como dieta e deficiências de vitamina.	Câncer de mama.	Inga Marijanovic et al. (2017); Andreia Ferreira et al. (2015).	02
	HIV/Aids.	Charles Kamen et al. (2015); Luisa Orza et al. (2015); Bulent Turan et al. (2014).	03
	Doenças do sistema urinário e reprodutor.	Luciana Laganà, David Bloom e Andrew Ainsworth (2014); Lisbeth Iglesias-Rios, Siobán Harlow e Barbara Reed (2015).	02
	Deficiência de vitamina D.	Emma Callegari et al. (2015).	01
	Consumo de ácidos graxos insaturados.	Clara Daley et al. (2015).	01
	Ansiedade como causa da depressão.	H. Kravitz et al. (2015).	01
			10

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

O subtema que apresentou maior quantitativo de resultados foi aquele que condensou artigos que trataram da relação entre HIV/Aids e transtornos mentais. Dou destaque ao estudo de Bulent Turan et al. (2014) que investigaram a relação entre tratamento para HIV, depressão e estigma em mulheres grávidas quenianas. Como resultado temos que 25,2% das mulheres apresentaram depressão. A depressão foi correlacionada positivamente com o estigma internalizado, ou seja, quanto maior a severidade da depressão, maior a estigmatização internalizada. As mulheres que não faziam acompanhamento para HIV em um serviço de saúde tiveram índices mais altos de depressão que aquelas que faziam. Também foi preditor para depressão: sofrer violência do parceiro; ter alguém da família que sabe sobre o HIV positivo;

ter menos filhas/os; bebê com problema de saúde; e conhecimento prévio do local de nascimento (a decisão cabe ao parceiro). As mulheres que não aderiram a um serviço de saúde para tratamento do HIV também tiveram maior nível de estigma internalizado, os mesmos preditores para depressão também foram preditores para estigma internalizado. Aquelas que, além de estarem sendo acompanhadas para HIV, faziam tratamento com antirretrovirais tiveram os menores níveis de depressão.

Outra comorbidade investigada foi a relação entre câncer de mama e depressão e/ou ansiedade com pesquisa realizada no Brasil por Andreia Ferreira et al. (2015) que objetivou “identificar a prevalência da ansiedade e depressão em mulheres em tratamento ambulatorial para o câncer de mama” (p.185). A maioria das participantes estavam na faixa de 49 a 58, eram casadas e tinham menos de três anos de tratamento do câncer. Foram diagnosticadas com ansiedade 24,74% das mulheres e com depressão 26,8%.

Apareceram também doenças do aparelho urinário e reprodutor, como no caso de investigação de Lisbeth Iglesias-Rios et al. (2015) que pesquisaram a relação entre vulvodínia e a depressão e o TEPT. Dentre 1795 mulheres que compunham a pesquisa *Woman to Woman Health Study* (de onde foram coletadas as informações), 221 apresentavam vulvodínia. Referente aos diagnósticos de transtorno mental, 13,8% da amostra apresentou depressão e 13% TEPT. As mulheres com vulvodínia tiveram mais chances de sofrer de depressão ou TEPT que aquelas sem vulvodínia e 12% delas tiveram diagnóstico positivo para os dois transtornos.

Além de comorbidades foram incluídas nessa categoria outras condições relativas à saúde como deficiência de vitamina D e influência da alimentação na saúde mental. Sobre o último aspecto, Clare Dailey et al. (2015), em estudo de corte transversal produzido na Austrália, procuraram determinar a associação entre o consumo de ácidos graxos insaturados e a saúde mental. Os resultados demonstram relação entre a dieta e a saúde mental: o aumento da ingestão de ácido ω -3-linolênico foi associado com a diminuição de probabilidade de depressão; o aumento do consumo de ácidos graxos n-6 e ácido linoleico foi associado à diminuição de probabilidade de ansiedade; ao passo que o aumento da ingestão de ácidos graxos n-9 e ácido oleico foram associados à maior probabilidade de ansiedade.

2.1.4 Categoria condições socioambientais

Na categoria condições socioambientais reuniram-se sete (07) achados conforme podemos visualizar no Quadro 05.

QUADRO 05: CATEGORIA CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Nessa categoria encontram-se as pesquisas que relacionam adoecimento mental em mulheres a um ou mais dos seguintes fatores: pobreza/miséria, condições de moradia, relações sociais, seca.	Pobreza/miséria.	Maria Costa, Magda Dimenstein e Jáder Leite (2014); Letícia Kaspper e Lígia Schermann (2014); Daphne Hernandez, Amy Marshall e Concetta Mineo (2014); Sandra Travasso, Divya Rajaraman e Sally Heymann (2014); Jennifer Powers et al. (2015).	05
	Relações sociais.	Carmem Giurgescu et al. (2015); Sara Ferlander et al. (2016).	02
			07

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

Os textos do subtema relações sociais investigaram a importância do suporte social para a saúde mental das mulheres. Referente a isso, Carmem Giurgescu et al. (2015) estudaram o impacto da vizinhança, do suporte social e do *coping* de evitação nos sintomas depressivos entre mulheres grávidas afro-americanas. As mulheres tinham média de 24 anos, a maioria teve mais de uma gestação, era solteira e desempregada. De maneira geral, tinham altos níveis de suporte social, baixo índice de crimes e distúrbios na vizinhança, baixo índice de depressão e baixo nível de *coping* de evitação. A percepção de desordem física e social, bem como criminalidade na vizinhança foram associadas à depressão. O apoio social foi associado negativamente com a depressão. Aproximadamente 30% das pesquisadas tinham elevados sintomas depressivos. Mulheres com altos níveis de percepção negativa da vizinhança e baixo suporte social no segundo trimestre da gestação tiveram altos níveis de depressão no terceiro trimestre gestacional.

A pobreza e/ou miséria também foi tema de investigação quanto à relação com a saúde mental. Entre tais estudos, destaco o de Daphne Hernandez, Amy Marshall e Concetta Mineo

(2014) que conduziram estudo longitudinal, nos Estados Unidos, visando verificar associação entre segurança alimentar (quantidade e qualidade do alimento disponível), violência por parte do parceiro íntimo e depressão, tendo como participantes mães de baixo nível socioeconômico envolvidas com algum parceiro, totalizando 1690 mulheres. Assim, 14% da amostra apresentou insegurança alimentar, 16% sofriam violência doméstica e 19% tinham depressão. Uma grande proporção de mulheres em lares com insegurança alimentar apresentou depressão e sofreu violência infligida pelo parceiro, tais mulheres tinham menos chance de serem brancas, menos chance de ter concluído o ensino superior e mais quantidade de filhos residindo no lar. Quanto à violência doméstica, as mulheres tinham menos chances de serem negras e mais chances de serem hispânicas ou outra raça que não negra, mais probabilidade de serem pobres e tinham mais chances de não terem concluído o ensino médio, também tinham mais crianças residindo na casa. A maioria da amostra experienciou violência psicológica, já a experiência de agressão física e sexual foi pequena entre as mulheres do estudo. Destarte, percebe-se que as mães com insegurança alimentar e que foram agredidas têm perfil semelhante, o que indica que pode haver relação entre os fatores. Além disso, o estudo encontrou indícios de que a insegurança alimentar e a violência doméstica podem estar associadas com sintomas depressivos.

Ainda no subtema pobreza/miséria, Maria Costa, Magda Dimenstein e Jáder Leite (2014) realizaram um dos poucos estudos quali-quantitativo (total de duas pesquisas desse tipo), combinando levantamento dos dados sociodemográficos, aplicação do questionário *Self Report Questionnaire- SRQ-20* (para avaliação de transtorno mental comum) e entrevistas. Objetivaram “investigar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e os possíveis fatores relacionados à emergência de tais transtornos entre mulheres residentes de um assentamento rural do Rio Grande do Norte” (p. 145). Os resultados indicaram que 84,1% recebiam Bolsa Família, 73,7% das famílias tinham acesso à água através de poços artesianos, 68,4% não tratavam a água, 93,8% eram acompanhados por agentes comunitárias/os de saúde. A maior parte das mulheres estava entre 18 e 49 anos e vivia com companheiro, 50% eram analfabetas e 43,6% apresentaram indícios de transtorno mental comum, principalmente sintomas somáticos e humor deprimido/ansioso. Como fatores desencadeantes do transtorno identificaram a pobreza, a violência, o casamento e o excesso de trabalho. O casamento foi citado como grande fonte de sofrimento por conta do aumento da carga de trabalho e da violência doméstica (inclusive sexual). Todas as mulheres que relataram ter sofrido violência pelo companheiro sofreram mais de uma agressão e muitas sofreram agressões por mais de um companheiro. A pobreza, também identificada como fonte de adoecimento, levava as mulheres

a se engajarem em outros tipos de atividades para além da agricultura e trabalho doméstico, revigorando o ciclo de trabalho excessivo.

Por fim, salientamos outra investigação realizada no Brasil. Letícia Kasper e Lígia Schermann (2014) também investigaram a prevalência de TMC, só que em mulheres atendidas em um Centro de Referência de Assistência Social (CREAS) no Rio Grande do Sul. Os achados demonstraram que a maioria das mulheres era branca, 76,6% tinham renda menor que um salário-mínimo e 52,1% apresentavam TMC. Contudo, não se encontrou associação significativa entre o TMC e os dados investigados (socioeconômicos).

2.1.5 Categoria trabalho

Os resultados da categoria trabalho encontram-se elencados no Quadro 06, totalizando seis (06) artigos.

QUADRO 06: CATEGORIA TRABALHO

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Pesquisas que abordavam o adoecimento mental em mulheres relacionado ao trabalho (formal, informal e doméstico).	Trabalho nas Forças Armadas.	Rachel Kimerling et al. (2015a); Rachel Kimerling et al. (2015b); Tae Kyung Kim et al. (2016); Alison Hamilton, Lindsay Williams e Donna Washington (2015).	04
	Conciliação do trabalho doméstico e trabalho formal.	Lúcia Rotemberg, Aline Silva-Costa e Rosana Griep (2014); Ansuman Panigrahi, Aditya Padhy e Madhulita Panigrahi (2014).	02
			06

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

Entre os artigos elencados na referida categoria a maioria discorre sobre o trabalho nas Forças Armadas. Alison Hamilton, Lindsay Williams e Donna Washington (2015) investigaram associação entre desemprego e saúde mental entre mulheres veteranas das Forças Armadas dos Estados Unidos. Segundo o estudo, as mulheres veteranas têm alta taxa de desemprego quando comparadas com homens veteranos e mulheres civis, na amostra estudada (que compreendeu

1605 mulheres) 10,3% estavam desempregadas à época da pesquisa. As veteranas desempregadas tinham mais chances de ter servido às Forças Armadas em tempos de guerra e maior probabilidade de apresentar (TEPT) e depressão.

Ainda sobre o trabalho nas Forças Armadas, Tae Kim et al. (2016) pesquisou o assédio sexual entre as mulheres militares na Coreia do Sul. O referido país tem uma cultura de forte respeito aos mais velhos e de superioridade masculina, embora isso tenha decrescido com a influência Ocidental. Os resultados indicam que 5,7% da amostra teve alguma experiência de assédio sexual e que as mulheres que sofreram assédio tinham piores escores de saúde mental. No subgrupo de mulheres assediadas, aquelas que eram solteiras e tinham menor tempo de serviço (principalmente aquelas com menos de dois anos de serviço) tiveram as piores taxas de saúde mental.

Outro subtema dessa categoria foi a conciliação do trabalho doméstico e formal entre as mulheres e sua relação com a saúde mental. Sobre isso, Ansuman Panigrahi, Aditya Padhy e Madhulita Panigrahi (2014) conduziram investigação na Índia com mulheres casadas e que trabalhavam fora. Participaram 216 mulheres, sendo que 32,9% das mulheres foram consideradas com saúde mental pobre e apenas 9,8% buscaram um serviço de saúde mental alguma vez durante o último ano. Idade mais jovem, adicção de drogas do marido e doença crônica na família foi associada à pobreza da saúde mental. A maioria afirmou que o ambiente de trabalho era favorável e que os maridos, sogros e colegas tinham atitudes favoráveis ao trabalho fora do lar, mas 43,5 % relataram que a família preferia que não trabalhassem. Ambiente de trabalho favorável, marido, sogros e colegas favoráveis ao trabalho e dividir problemas com o marido foram associados como tendo impacto positivo na saúde mental. Quase metade das mulheres investigadas acreditava que os homens eram naturalmente superiores. Quase um terço experimentou conflitos entre as atribuições domésticas e laborais e 80% acreditavam que estavam cumprindo bem os dois papéis. Fazer yoga, meditação ou exercício foi associado a impacto positivo na saúde mental.

No Brasil, Lúcia Rotemberg, Aline Silva-Costa e Rosana Griep (2014) investigaram a associação entre TMC e trabalho (doméstico e formal) entre as mulheres de equipes de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro. A maioria da amostra (72,4%) era composta por técnicas e auxiliares de enfermagem. A prevalência de TMC entre as estudadas foi de 41,9%, que foi associada com longas horas de trabalho doméstico acrescidas de trabalho noturno.

2.1.6 Categoria cultura, raça/cor e etnia

A categoria cultura, raça/cor e etnia foi subdividida em seis (06) subtemas e apresentou seis (06) artigos (Quadro 07).

QUADRO 07: CATEGORIA CULTURA, RAÇA/COR E ETNIA

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Categorizei aqui os resultados da revisão sistemática que comparavam mulheres quanto à diversidade cultural, racial e étnica e sua relação com adoecimento mental.	Comparação da saúde mental de mulheres aborígenes e não aborígenes.	Kevin Hamdullahpur, Kahá:wi Jacobs e Kathryn Gill (2017).	01
	Diversidade racial/étnica, orientação sexual e sua relação com a saúde mental feminina.	Kimberly Balsam et al. (2015).	01
	Depressão entre afro-americanas e caucasianas.	Charlotte Brown et al. (2014).	01
	Provérbio aborígene da África do Sul e sua relação com a saúde mental feminina.	Seepaneng Phiri, Fhumulani Mulaudzi e Tanya Heyns (2015).	01
	Saúde mental e acesso a serviços de saúde por parte de adolescentes afro-americanas e euro-americanas.	Miwa Yasui et al. (2015).	01
	Saúde mental e violência por parceiro íntimo entre afro-americanas e negras caribenhas.	Krim Lacey et al. (2015).	01

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

Entre os estudos que compararam grupos étnicos/raciais (Balsam et al., 2015; Brown et al., 2014; Hamdullahpur, Jacobs, & Gill, 2017; Lacey et al., 2015; Yasui et al., 2015), apenas um artigo apresentou diferenças quanto à saúde mental entre os grupos (Lacey et al., 2015),

mesmo quando havia diferenças socioeconômicas marcantes entre eles. Como discorrerei a seguir.

Kevin Hamdullahpur, Kahá:wi Jacobs e Kathryn Gill (2017) investigaram mulheres aborígenes e não aborígenes do Canadá acessadas através de serviços sociais e abrigos. Entre outros fatores, foi medido o abuso na infância, o uso de drogas e a saúde mental e os resultados revelaram que, em relação a abuso na infância, ambos os grupos tiveram taxas elevadas, mas as aborígenes tiveram maior prevalência que as não aborígenes, sendo que as primeiras apresentaram as seguintes taxas: 53,4% fizeram sexo com um adulto antes dos 14 anos; 51,3% tiveram gravidez na adolescência; 79,2% delas tinham ao menos um dos pais com problemas de alcoolismo/drogadição; 82,9% foram vítimas de abuso emocional no último ano; 74,4% foram vítimas de abuso sexual no último ano; e 91,5% foram vítimas de abuso físico no último ano. Ambos os grupos tiveram alta prevalência de depressão, ansiedade e tentativas de suicídio, sem diferença significativa entre os grupos, mas as não aborígenes tiveram taxa maior de prescrição de medicamento psiquiátrico (66,7%). A maioria da amostra era solteira, pobre (todas estavam abaixo dos padrões canadenses de renda), com alta taxa de desemprego, baixa escolaridade e moradia instável.

Já o artigo de Kimberly Balsam et al. (2015) explorou a relação entre exposição à trauma, identidade sexual, uso de substâncias psicoativas e a saúde mental de lésbicas e mulheres bissexuais de diferentes etnias/raças: 108 mulheres eram afro-americanas, 91 latino/hispano americanas, 38 americanas de origem asiática e 730 brancas. Não houve diferença entre os grupos quanto ao escore de discriminação geral. Apesar das mulheres negras terem mais chances de relato de abuso sexual na infância e situação de desabrigo, concernente à saúde mental a única diferença significativa encontrada foi que as mulheres asiáticas tinham menos chance de apresentar TEPT que as mulheres brancas.

Apenas o estudo de Krim Lacey et al. (2015), que comparou mulheres afro-americanas e mulheres negras caribenhas, encontrou diferença quanto ao nível de saúde mental entre os grupos: foram encontradas maiores taxas de transtorno mental entre as afro-americanas do que entre as caribenhas. A prevalência de transtorno mental em toda a amostra foi assim identificada: 16,7% transtorno de humor, 14,6% depressão maior, 23,7% ansiedade, 12% TEPT. A violência física severa por parte do parceiro foi associada à ansiedade, transtorno de humor (duas vezes e meio maior entre vítimas de agressão severa), transtorno de uso de substâncias (três vezes e meio maior), transtorno alimentar (uma vez e meio maior) e ideação suicida (duas vezes e meio maior).

2.1.7 Categoria migrações e eventos traumáticos

O Quadro 8 apresenta os resultados da categoria migrações e eventos traumáticos.

QUADRO 08: CATEGORIA MIGRAÇÕES E EVENTOS TRAUMÁTICOS.

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Nessa categoria encontram-se os textos que associam transtornos mentais em mulheres à migração ou algum tipo de trauma (seja causado por acidentes, desastres naturais e etc.).	Saúde mental de migrantes.	Melanie Straiton, Heloíse Ledesma e Tam Donnelly (2017); Lígia Almeida et al. (2016).	02
	Impacto da queda do avião MH 17 na saúde mental de grávidas holandesas.	Marleen Van Gelder, Richelle Vlenterie e Nel Roeleveld (2016); Sophie Truijens et al. (2015).	02
	Efeitos na saúde mental após perda de filho em terremoto.	Yao Xu et al. (2014).	01
	Trauma durante a infância.	Karmel Choi et al. (2015).	01
			06

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

A pesquisa de Marleen Van Gelder, Richelle Vlenterie e Nel Roeleveld (2016) replicou a pesquisa de Sophie Truijens et al. (2015) encontrando resultados divergentes. Ambas estudaram o impacto da queda do avião MH17 (que partiu da Holanda), abatido por um míssil em 2014, na saúde mental de mulheres grávidas holandesas. Entretanto, o estudo de Sophie Truijens et al. (2015) encontrou um escore significativamente alto de depressão entre as mulheres do grupo “caso” (o grupo “caso” foi composto por mulheres que estavam grávidas durante a queda do avião, o grupo “controle” foi composto por mulheres que estavam grávidas no ano anterior), enquanto o posterior (Van Gelder, Vlenterie, & Roeleveld, 2016) não encontrou diferenças entre as expostas e não expostas à queda do avião quanto à depressão.

Referente a outro tipo de trauma, Yao Xu et al. (2014) investigaram o efeito da perda de um/a filho/a em terremoto na China e gestação de filho/a subsequente na saúde mental das

mães. O abalo sísmico em questão matou cerca de mil crianças, além disso, é importante considerar a política de filho/a único/a na China. Como resultado tem-se que as mulheres que não tiveram filho/a posterior à perda apresentaram piores taxas de saúde mental que aquelas que tiveram, tendo mais risco de apresentar todas as condições mentais investigadas (luto complicado, depressão, ansiedade, TEPT), chegando a ter dez vezes mais probabilidade de ter luto complicado do que aquelas que tiveram outro/a filho/a.

Quanto à migração, Melanie Straiton, Heloise Ledesma, Tam Donnelly (2017) realizaram estudo qualitativo com filipinas que migraram para Noruega e encontraram que a migração foi tanto fator de estresse/angústia como de crescimento pessoal para as participantes. As mulheres filipinas relataram que se sentiam solitárias, pouco integradas à cultura norueguesa, bem como exerciam funções aquém de suas qualificações e tinham preocupações quanto ao sustento da família no país de origem e à permanência na Noruega. Referiram ainda enfrentar discriminação de gênero e raça. Suas principais fontes de angústia estavam atreladas aos papéis de gênero assumidos: mães, filhas, trabalhadoras, chefes de família e esposas. Por outro lado, também afirmaram que morar no país trouxe mais independência e que pretendiam continuar vivendo na Noruega. Esse foi o único dos estudos da revisão que utilizou referencial feminista (feminismo pós-colonial), o que acaba por se aproximar mais do referencial utilizado em minha pesquisa.

2.1.8 Categoria abuso de drogas

Os cinco resultados encontrados nessa categoria são elencados no quadro a seguir, bem como a descrição da categoria e subtemas identificados (Quadro 09). Entre os resultados quatro estudos (04) foram desenvolvidos no Brasil e um (01) nos Estados Unidos (Hellmuth et al., 2014b). Além disso, as duas dissertações (Aguiar, 2014; Silva, 2014) que compõem essa revisão encontram-se na presente categoria e um dos artigos (Silva & Pereira, 2015) é o desdobramento da dissertação de Érika Silva (2014).

QUADRO 09: CATEGORIA ABUSO DE DROGAS

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Essa categoria refere-se aos textos que tratavam sobre mulheres sofrendo de dependência de algum tipo de droga.	Abuso de crack e/ou cocaína.	Adriana Fertig et al., (2016); Érika Silva e Adriana Pereira (2015); Érika Silva (2014).	03
	Abuso de álcool.	Julianne Hellmuth et al. (2014b); Daniele Aguiar (2014).	02
			05

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

O artigo de Érika Silva e Adriana Pereira (2015) foi uma pesquisa documental, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) do Rio de Janeiro, com levantamento de cento e treze (113) prontuários de usuárias de crack e cocaína. As mulheres em tratamento no referido serviço compreendiam 43,8% do total de usuárias/os, o grupo elegível para a pesquisa (usuárias de crack e cocaína) correspondia a 31,3%. Os resultados indicaram que a maior parte da amostra era composta por mulheres com mais de 30 anos, solteiras, com filhas/os menores de idade e desempregadas. Descobriu-se ainda que 12,4% delas estavam em situação de prostituição, 98,3% faziam uso de outras drogas além de crack e cocaína e 76% contavam com a participação da família no tratamento, 44,3% participavam de grupos de mulheres no CAPS ad.

Também realizado com mulheres usuárias de crack, Adriana Fertig et al. (2016) recorreram às histórias de vida. Foram entrevistadas seis (06) mulheres internadas em unidade psiquiátrica de um hospital de Porto Alegre e os dados foram analisados por meio de análise temática com referencial de Daniel Bertaux. Os relatos revelaram que as mulheres foram vítimas de violência física e psicológica, em parte decorrente da prostituição. A maioria negou envolvimento com o crime, afirmando que não é preciso isso para adquirir a droga. Narrativas de abandono paterno e materno foram comuns. As mulheres ainda relataram situação de desabrigo e envolvimento com traficantes por conta da dependência da droga, bem como abandono do emprego, da escola e afastamento da família.

Daniele Aguiar (2014) utilizou narrativas de vida para investigar a motivação feminina para o alcoolismo e a adesão ao tratamento. O estudo foi conduzido em dois (02) CAPS ad do

estado do Rio de Janeiro, entrevistando vinte e seis (26) usuárias. O uso do álcool foi referido como fonte de prazer por vinte e cinco (25) delas, cinco (05) ratificaram que usavam o álcool para combater os sintomas de abstinência da substância e duas (02) como forma de aplacar a fome. O uso abusivo foi relacionado por elas à agressão física e psicológica, vergonha, solidão etc. No itinerário terapêutico aparecem diversas instituições desde grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), CAPS, Hospitais Psiquiátricos e outros serviços de saúde.

A pesquisa de Julianne Hellmuth et al. (2014b) envolveu cento e vinte e duas (122) participantes com seis semanas de pós-parto. Visou examinar a relação entre abuso de álcool, violência por parceiro e depressão pós-parto. Utilizou-se o *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) para medir a depressão, o *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS-2) para avaliar violência doméstica e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) para medir uso de álcool. O uso de álcool no pós-parto foi bastante prevalente na amostra, mas não se relacionou com as variáveis investigadas.

2.1.9 Categoria educação

A categoria educação é composta por dois achados descritos no quadro subsequente (Quadro 10).

QUADRO 10: CATEGORIA EDUCAÇÃO

Descrição da categoria temática	Subtemas	Produções	Total
Categoria que reúne artigos que se referem ao adoecimento mental em mulheres relacionado ao empenho nos estudos.	Grau de escolaridade.	Leigh Tooth e Gita Mishra (2015).	01
	Saúde mental dos estudantes de graduação.	Katherine Wilson et al., (2014).	01
			02

Fonte: revisão sistemática da autora, 2018.

Leigh Tooth e Gita Mishra (2015) examinaram se o nível de escolaridade influencia na função física e nos sintomas depressivos em mulheres jovens e de meia idade da Austrália. O desenho do estudo foi coorte, contando com 14247 mulheres jovens e 13715 de meia idade. Foram definidos critérios para o que seria alta, média e baixa escolaridade para cada um dos estratos estudados e, assim, descobriu-se que metade dos dois grupos de mulheres tinham grau médio de escolaridade e em torno de 30% nos dois grupos tinham alto grau de escolaridade. Os achados também indicaram que estudo adicional foi relacionado a melhor funcionamento físico para ambos os grupos. Quanto aos sintomas depressivos, um alto nível de escolaridade esteve associado à minimização de tais sintomas, sobretudo no grupo das mulheres jovens.

2.1.10 Categoria Histórico Familiar

Apenas uma pesquisa investigou a relação entre histórico familiar e diagnóstico de transtorno mental em mulheres. Alicia Colvin et al. (2014) realizaram pesquisa longitudinal nos Estados Unidos buscando determinar se o histórico familiar de depressão poderia ser preditor de depressão maior em mulheres de meia idade. Os resultados apontaram que a depressão maior foi três vezes mais frequente entre aquelas com histórico familiar de depressão, principalmente entre aquelas que já tinham histórico de depressão prévia.

2.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA REVISÃO¹⁰

Apesar do objetivo do meu estudo não ser o estabelecimento de causalidade, parto do argumento de que os sentidos construídos pelas pessoas sobre o adoecimento mental são atravessados pelos discursos epidemiológico e psiquiátrico, por isso assumo a relevância do levantamento de prováveis fatores de risco e modelos explicativos do adoecimento mental das mulheres no desenvolvimento desta pesquisa.

Defendo ainda que, na medida em que se identificam possíveis modelos explicativos do adoecimento mental feminino, é possível atuar prevenindo a doença e promovendo a saúde, atuação que é peculiar à Atenção Básica (AB). A ingestão de uma dieta adequada, por exemplo,

¹⁰ O distanciamento temporal entre o ano que produzi a revisão e o momento atual contribuem para um olhar mais maduro e crítico quanto a essa produção. Entretanto, faço a opção de mantê-la o mais fiel possível a como foi delineada, assumindo o risco por não ter feito inúmeras discussões quanto a aspectos problemáticos que aparecem nos estudos selecionados. O desenvolvimento de outros artigos frutos da revisão (dois já foram elaborados) podem dissolver tal problema. Mantê-la como está dá também a dimensão de amadurecimento da investigação e de mim mesma.

como demonstrou estudo de Daley et al. (2015), pode estar relacionada à saúde mental, o que justifica o atendimento multiprofissional (para além das profissões *psis*) característico do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Poucas pesquisas da revisão guardaram algum tipo de afinidade com o meu estudo, o que justifica, em parte, a sua realização. O que percebo aqui é que os determinantes do adoecimento mental feminino são diversos e que os discursos psiquiátrico e epidemiológico prevalecem. Por isso, pretendo ir em outra direção, visando o que pode haver de atípico nas práticas discursivas sobre o adoecimento mental feminino. Nessa direção, que por mais sobrepujante que seja o discurso médico/científico, a construção de sentido cotidiana se impõe e o delineamento do cuidado se dá em conciliação entre os sentidos e os referentes discursos. O artigo de Daniel Abrams et al. (2016), que fala que tanto das mulheres grávidas quanto dos profissionais de saúde de uma comunidade rural do Vietnã privilegiam o tratamento tradicional (fitoterápico) para os transtornos mentais, nos diz um pouco sobre isso.

3 REFERENCIAL TEÓRICO^{11, 12}

A definição do que seria o construcionismo social e, dessa forma do que seria a Psicologia Social Construcionista, não se faz de maneira uníssona, não há um consenso entre as/os pesquisadoras/es construcionistas sobre tal definição, variando de assertivas que o afirmam como teoria, posição ou orientação teórica, conforme Emerson Rasesa e Marisa Japur (2005), Ricardo Mélló et al. (2007) e Gustavo Castañon (2004). Essa nebulosidade em torno da definição do construcionismo social, segundo Castañon (2004), estaria relacionada ao próprio alinhamento pós-moderno assumido pelo construcionismo social. Apesar disso, autoras/es como Kenneth Gergen, Mary Spink, Tomás Ibáñez e Lupicínio Íñiguez têm denominado o construcionismo como um movimento, visando se distanciar da proposta de tomá-lo como uma teoria e, assim, assumir uma suposta pretensão de verdade (Mélló et al., 2007).

As dissonâncias quanto à definição também se apresentam quando se busca uma autoria e/ou origem quanto ao movimento. O próprio Kenneth Gergen, tomado por Burr (1995 como citado em Rasesa & Japur, 2005) como fundador do movimento construcionista na Psicologia Social, rejeita a ideia de que se possa circunscrever uma determinada autoria ou momento

¹¹ Trechos desse capítulo foram adaptados em artigo no prelo a ser publicado na Revista Psicologia em Pesquisa, intitulado “Sobre a representação: Teoria das Representações Sociais e Construcionismo Social em debate”.

¹² Músicas sugeridas: At last; Feeling good; Fever; I say a little prayer; Cry me a river; Put it on the line; Don't know why; You light up my life; I've got you under my skin; Piece of my heart; A natural Woman; Nighth and day.

histórico específico de nascimento do construcionismo, justamente porque esse deve ser entendido como uma produção coletiva e propostas fundacionistas vão de encontro ao próprio construcionismo (Gergen, 2011).

Farei a seguir uma breve retomada da contribuição de Kenneth Gergen à Psicologia Social Construcionista, dando ênfase às narrativas e sua relação com a construção do eu, que guiará a nossa compreensão tanto sobre o adoecimento mental quanto sobre o eu feminino.

3.1 A BUSCA PELA SUPERAÇÃO DA SUPREMACIA DO INDIVÍDUO NA PSICOLOGIA

Em seu livro *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*, Kenneth Gergen (2011) apresenta uma crítica à psicologia individualista que tem como principais representantes o behaviorismo e o cognitivismo. Ele faz uma recuperação histórica mostrando todo o contexto de trânsito que permitiu que a psicologia migrasse da proposta individual para o construcionismo social, adotado por ele e outras/os estudiosas/os.

Gergen (2011) afirma que a cultura ocidental é centrada no indivíduo, o que não se restringe ao campo de saber psicológico, mas a tantos outros campos como a filosofia, a sociologia, a história e até a economia. Essa supremacia do indivíduo se reflete no delineamento das políticas públicas e no ideal de educação, bem como em outras instituições. A crença no indivíduo reverbera, sobretudo, nas posições liberais em voga, que sustentam a ideia de que o indivíduo se faz por si mesmo, é o único responsável por suas ações e deve responder por elas.

Na psicologia, o enfoque individual deve-se ao seu alinhamento tanto aos princípios empiristas quanto racionalistas. O empirismo reverberou no behaviorismo e a tradição racionalista no cognitivismo. O autor realiza uma análise dos princípios metateóricos e metodológicos das duas teorias psicológicas e discorre sobre a mudança de paradigma que permitiu a migração do behaviorismo para a hegemonia cognitivista. Essa análise de Gergen (2011) ocorre considerando os aspectos discursivos da ciência, pois entende o campo científico como uma comunidade que compartilha uma linguagem comum. Para tanto, propõe o conceito de inteligibilidade: “un cuerpo de proposiciones interrelacionadas compartidas por los participantes en los diferentes enclaves científicos” (pp. 26-27).

Contudo, ele destaca que o próprio contexto de inteligibilidade possibilita a sua destruição, na medida em que todo significativo se afirma pela existência do seu contrário. Assim, toda inteligibilidade permite sua proposta alternativa. Destarte, é preciso uma autoafirmação dentro do sistema de inteligibilidade, deixando na obscuridade tudo aquilo que

negue o próprio sistema. Isso se dá através de uma estrutura de poder que privilegia o discurso canônico. Entretanto, à medida que se joga os demais discursos para as margens, os coloca num processo de inteligibilidade entre eles, ou seja, a disparidade entre os discursos marginais ganha unidade na sua própria condição marginal, amplificando os discursos críticos ao canônico.

E é justamente no movimento iniciático de crítica ao canônico que ocorre o processo de mudança de paradigma¹³. Gergen (2011) descreve duas etapas de tal processo: a fase crítica, em que são empregados fragmentos do discurso fora do sistema de inteligibilidade que demonstrem a fragilidade do próprio sistema; e a fase transformacional, aquela em que há a migração da crítica (desconstrução) para a construção de uma nova proposta, cada vez mais corrente no discurso cotidiano.

Partindo desse processo, Gergen (2011) explicita como ocorreu a transição do behaviorismo para o cognitivismo na psicologia. A metateoria na qual se baseia o behaviorismo, o empirismo lógico, pressupõe uma separação entre o sujeito, cientista, e o objeto, mundo natural. A/O cientista constrói um mapa fidedigno do mundo e procura estabelecer relações de causalidade. Desse modo, a tarefa da/o cientista é elaborar leis gerais e, para tal, parte de uma lógica “se-então”, hipotético-dedutiva, através do método experimental. O behaviorismo adota o empirismo lógico de maneira tal que Gergen (2011) afirma: “La teoría del aprendizaje humano es una réplica de la teoría de la ciencia” (p.40). Posto que, para o behaviorismo, o interesse é no comportamento do indivíduo, o mundo opera como antecedente e o comportamento como consequente e, fazendo uso do método experimental, é possível elaborar leis gerais sobre o comportamento humano.

Apesar da adoção de uma metateoria e método que se afinam, o behaviorismo não conseguiu fugir das críticas: quanto ao empirismo em si, que passou a ser questionado dentro da própria filosofia (devido ao método experimental que foi tido como enviesado e questionado quanto ao caráter ético e ideológico); e das críticas de base racionalista que - opondo-se ao empirismo que acredita que o conhecimento individual se dá a partir da experiência com o ambiente - crê que o desenvolvimento da mente leva ao conhecimento, há uma base biológica, inata, que permite o conhecimento. Essa fase crítica ao behaviorismo leva à fase transformacional com a proposta do cognitivismo.

¹³ Embora sofra influência de Thomas Kuhn nessa discussão, Gergen (2011) afirma que Kuhn parte de uma perspectiva individual na sua teoria das revoluções científicas. Não é possível nem necessário aprofundar isso pelo tipo de estudo que proponho aqui, mas este registro é significativo para a compreensão diferenciada da noção de paradigma dos autores.

Contudo, Gergen (2011) ratifica que o cognitivismo, ao adotar o racionalismo como metateoria e manter o método experimental, entra em contradição posto que, para os cognitivistas, as representações que o indivíduo tem do mundo não advêm da experiência, mas de processos internos, cognitivos. As críticas não refutam a experimentação como forma de produzir conhecimento e, ao apontar suas falhas (presença de vieses, falta de critérios éticos etc.), permitem que uma série de reparos possam ser feitos. Assim, as diversas correntes alternativas ao empirismo ao almejar os mesmos valores que os empiristas têm quanto ao método (validade, neutralidade, rigor) acabam por reafirmar o método empirista, isso porque sentem necessidade de serem reconhecidos como ciência. Os julgamentos quanto à metateoria também não são radicais, são meramente propostas de ajustes, preservando algumas premissas do empirismo, entre elas a separação sujeito-objeto.

Entretanto, há posicionamentos que se contrapõem tanto ao empirismo como ao racionalismo e enxergam as duas teorias como unidade. Entre tais críticas alternativas estão a de tipo ideológico, literário-retórico e social. Serão tais movimentos críticos que darão as condições de possibilidade para o surgimento do construcionismo e para a refutação do conhecimento individual, conforme veremos a seguir.

3.1.1 Da desconstrução da linguagem como representação ao construcionismo social

Não há aqui a intenção de marcar uma origem ou autor responsável pelo surgimento do construcionismo, justamente porque esse deve ser entendido como uma produção coletiva. Entretanto, suas raízes podem ser encontradas em três movimentos críticos à ciência: a crítica ideológica, a crítica literário-retórico e a crítica social (Gergen, 2011). Destarte, para falar da “origem” do construcionismo seria preciso retornar à “origem” de cada um desses movimentos, considerando ainda que o construcionismo não é um espelho de nenhum desses, apresentando divergências e similitudes com cada um deles (Gergen, 2011).

Relativo à crítica ideológica à ciência, essa se deve à tentativa dos empiristas de separar a ciência da moral, crendo que o valor distorce a verdade e que a ciência deve dar conta de “como são as coisas” e não de “como devem ser”. Se o uso da ciência servia para começar guerras ou explorar populações, esse debate não deveria ser feito dentro do seio científico. Contudo, com a Guerra do Vietnã alguns cientistas sociais começaram a questionar a suposta neutralidade científica (Gergen, 2011).

Os teóricos da teoria crítica da Escola de Frankfurt, partindo de Kant, Hegel e Marx foram uns dos quais começaram a pôr em questão o papel social da ciência. Ratificam que a

crítica libera dos efeitos perniciosos das verdades mistificadoras e almejam a emancipação ideológica. A reboque desses pensamentos, diversos outros movimentos se propõem a pôr à prova o estatuto de neutralidade científica, como o movimento negro e o feminista que discutem os vieses racista e machista, respectivamente, da ciência. Assim, desvelam que a ciência não representa a realidade, ela constrói uma realidade visando seus próprios interesses, o que recai na exploração e subjugação de determinados grupos. De maneira tal que:

[...] la consecuencia más importante de este conjunto concatenado es su amenaza para la presunción de que el lenguaje puede contener la verdad, que la ciencia puede proporcionar descripciones objetivas y exactas del mundo. Estas formas de crítica alejan la pretensión de verdad de la aseveración al cambiar el emplazamiento de la consideración en la afirmación misma a la base motivacional o ideológica de que la se deriva. Apuntan al intento subyacente, de quien dice la verdad, de suprimir, ganar poder, acumular riqueza, sostener su cultura encima de todas las demás, etc., y con ello socavando el poder persuasivo de la verdad como se presenta. Efectivamente, reconstituyen el lenguaje de la descripción y la explicación como lenguaje del motivo, piden que las pretensiones de neutralidad sean consideradas “mistificadoras”, que la charla factual sea indexada como “manipulación”, y así sucesivamente. Al hacerlo destruyen el estatuto del lenguaje como portador de la verdad. (Gergen, 2011, pp. 57-58)

Outra crítica quanto à representação da linguagem parte da literatura que se opõe à ideia de organização do mundo através de categorias, afirmação da teoria cognitivista. Contudo, Gergen (2011), partindo de Nelson Goodman afirma que “es la *descripción* y no la *cognición* lo que estructura el mundo factual” [grifo do autor] (p. 59).

É essa assertiva que serve de mote para a crítica literário-retórica da linguagem como verdade. Gergen (2011) retoma o estruturalismo para explicar a gênese de tal crítica. O estruturalismo visa estudar as estruturas internas que dão conta da existência da linguagem. Desse modo, faz uma divisão entre o exterior, aparente, e o interior, a estrutura, sendo que o exterior reflete e se organiza conforme a estrutura interior. Assim, recusa a linguagem como espelho da realidade, o que vai se acentuar ainda mais entre os pós-estruturalistas.

Essa discussão estruturalista sobre a linguagem rejeita a objetividade científica na medida em que é a estrutura que organiza a descrição, não o objeto em si. Contudo, a dualidade externo/interno é questionada pelos pós-estruturalistas, que asseveram que tais estruturas são de natureza discursiva: “[...] dado que nuestro estar alojados en el discurso parece innegable, entonces la presunción de una “estructura subyacente” – de una fuerza oculta que opera detrás del lenguaje - pierde su atractivo” (Gergen, 2011, pp. 60-61).

Gergen (2011) continua a explanação abordando a retórica, a maneira como o texto é passado, para além do estudo apenas do texto, como os estudos literários propõem. O debate

científico se atém apenas ao conteúdo do texto, a forma como esse é transmitido não importa. Contudo, dado o questionamento pós-estruturalista da linguagem como verdade, o enfoque apenas no conteúdo perde a razão de ser. Para exemplificar a presença da forma, da retórica, na ciência, Gergen (2011) se vale da evolução humana. Afirma que essa se sustenta em uma narrativa, e não no fato em si, sem ela não haveria inteligibilidade que permitisse o estudo dos artefatos arqueológicos. Demovendo-se a distinção entre forma e conteúdo e entre literal e metafórico “[...] entonces todo el corpus científico queda abierto al análisis como metáfora” (p. 63).

Outra importante contribuição ao construcionismo parte da crítica social, que visa discutir o componente social do fazer científico. Entre os estudos de crítica social podemos citar: o livro de Peter Berger e Thomas Luckman *A construção social da realidade*; a obra de Thomas Kuhn sobre mudanças paradigmáticas; o livro *Contra o método*, de Paul Feyerabend; estudos que investigam os processos microsociais da ciência, como o de Bruno Latour sobre o labor científico em laboratório ou de Pierre Bourdieu que ratifica o conhecimento científico como capital simbólico. Esses estudos se aproximam da etnometodologia e, assim, ao compreenderem que tanto a vida cotidiana quanto a ciência só podem ser descritas em seu contexto, perde-se a ideia de verdade generalizável (Gergen, 2011).

Todos esses movimentos põem em suspeição o estatuto empirista e realista de verdade científica. Questionam, inclusive, as separações disciplinares e têm sido identificados como giro pós-moderno. Apesar de guardarem similitudes, os três movimentos têm seus pontos de divergência. Gergen (2011) afirma que é preciso sair da fase crítica para a fase transformacional e enxerga a crítica social como mais produtiva para a reconstrução da ciência, analisando as fragilidades das demais. Quanto à crítica ideológica ele afirma que essa acaba caindo também no empirismo, não é possível afirmar que a ideologia assumida por aquele que critica é melhor que as demais. A crítica literária também peca por não conseguir escapar do texto, assim não há pelo que lutar, não há o que criticar, pois tudo recai no texto, que é passivo. Além disso, inviabiliza-se a comunicação entre aquelas/es que não compartilham da mesma convenção linguística.

Contudo, Gergen (2011) volta para a crítica social os mesmos questionamentos que fez às demais (a literária recai no texto, a ideológica recai em ideologia): a crítica social recairia em algo produzido socialmente, uma tautologia que não levaria a lugar nenhum. O que ele refuta:

[...] con cada reposición reflexiva uno se desplaza a un espacio discursivo alternativo, lo que equivale a decir, a otro dominio de relación. La duda reflexiva no es un

deslizamiento en una regresión infinita, sino un medio de reconocer otras realidades, dando así entrada a nuevas relaciones. En este sentido, los construccionistas pueden que utilicen la desconstrucción autorreflexiva de sus propias tesis, declarando así, simultáneamente, una posición, pero eliminando su autoridad e invitando a otras voces a conversar [...]. (p.71)

Dessa forma, a proposta construcionista é sair da insularidade cultural ocidental e dialogar com outras culturas. O avanço tecnológico colocou as antípodas culturais muito mais próximas, o que se reflete na política, nas comunicações e na ciência, pondo em ruína a posição ensimesmada e de superioridade do mundo ocidental. Assim, abre-se um contexto que permite o diálogo com a diversidade garantindo que outras vozes, outras culturas, outros saberes de fato sejam ouvidos. Podemos dizer que esse intento coloca no centro não apenas culturas distintas, mas traz para o foco aqueles que habitam às margens de nossa própria cultura científica: as/os loucas/os, as/os usuárias/os de drogas, as mulheres, as/os negras/os. Não mais em uma intenção de falar sobre, mas de falar com.

3.1.2 Práticas discursivas e produção de sentido

O referencial teórico aqui explicitado não se refere a uma forma de explicar a temática ou os sentidos produzidos pelas trabalhadoras a priori, justo porque esses sentidos, apesar de apresentarem uma regularidade (que é inerente à comunicação), também possuem ressignificações e peculiaridades características da linguagem em ação, das práticas discursivas (Spink & Medrado, 2013).

As práticas discursivas são “as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas” (Spink, 2010, p.27). Assim, o sentido surge como produção das interações sociais, sendo historicamente datado e culturalmente situado (Spink, 2010).

Segundo Mary Spink e Rose Frezza (2013), a preocupação sobre a temática produção de sentido passou a ser incorporada às discussões da Psicologia Social recentemente, isso por conta de um projeto que dominou a psicologia até então com pretensões de alcançar o *status* de ciência, sobrevalorizando o método de investigação científica, principalmente o positivista derivado das ciências naturais.

Contudo, por volta das décadas de 1950 e 1960 há uma retomada dos estudos dos processos sociais, que já não encontram guarida apenas nas investigações experimentais em laboratório, sofrendo influência das ciências sociais e da etologia. Destarte, a própria Psicologia

Social passa a questionar a naturalização dos fenômenos psicológicos e a acriticidade da psicologia, sobretudo com as produções da Europa e América Latina (Spink & Frezza, 2013).

É sobre as bases desse percurso histórico que surgem os estudos sobre a produção de sentidos. Assim, conforme Spink e Frezza (2013), o movimento construcionista tem suas raízes nos seguintes movimentos: “na Filosofia, como uma reação ao representacionismo; na Sociologia do Conhecimento, como uma desconstrução da retórica da verdade, e na Política, como busca de empowerment de grupos socialmente marginalizados” (p.06).

Sob os pilares da Sociologia do Conhecimento o construcionismo deve-se, em destaque, ao livro de Peter Berger e Thomas Luckmann, de 1966, *A Construção Social da Realidade*, no qual os autores se debruçam sobre o conhecimento do senso comum, que concebem como trama de significados que sustenta a concepção de sociedade (Spink & Frezza, 2013).

Concernente à Psicologia Social, Kenneth Gergen, conforme já abordado, é um/a das/os primeiras/os estudiosas/os que discute o conhecimento cotidiano, dando ênfase às interações entre as pessoas. O autor afirma que o conhecimento não é uma instância por si mesma, mas é construído nas interações sociais (Spink & Frezza, 2013).

Outra importante contribuição ao construcionismo deve-se ao psicólogo social Tomás Ibáñez. O referido autor parte da desfamiliarização¹⁴ de quatro temáticas caras à ciência moderna: a relação entre sujeito e objeto; o conhecimento como representação da realidade; a crença no conhecimento absoluto; e o cérebro como produtor de conhecimento. Assim, no que tange à relação sujeito e objeto, Ibáñez (1994 como citado em Spink & Frezza, 2013) afirma que a própria concepção de sujeito e objeto são socialmente construídas e historicamente situadas, portanto, parte de uma perspectiva interacionista ao analisar o conhecimento, que vê como produzido na interação entre sujeito e objeto, guardando especificidades de ambos. Dessa maneira, o conceito de verdade é posto em suspeição, sendo encarado como uma convenção social que responde a determinados critérios e circunstâncias históricas e sociais identificáveis: “O que a postura construcionista reivindica é a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética; pontuar sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos” (Spink & Frezza, 2013, p.13). Quanto à última premissa (o cérebro como produtor de conhecimento), o pensamento aparece como fruto da interação cérebro-sociedade, sendo a linguagem tanto ferramenta de exploração da realidade como derivada desta.

¹⁴ Uso aqui o termo desfamiliarização em consonância com Mary Spink e Rose Frezza (2013), em substituição ao termo desconstrução, adotando a compreensão de que nada é de fato “des-construído”, os novos conteúdos ocorrem em paralelo com os antigos, que são constantemente revisitados e renovados.

O construcionismo aparece ainda como uma forma de desfamiliarizar a própria ciência e a maneira de fazer pesquisa. A ciência, para o construcionismo, é mais uma forma de produzir sentido, embora assuma determinados critérios e linguagem social que difere de outras produções de sentido cotidianas, adverte-nos Mary Spink e Vera Menegon (2013).

3.2 COMUNICO, LOGO EXISTO¹⁵: AS NARRATIVAS E A CONSTRUÇÃO DO EU¹⁶

“Uma palavra abriu o roupão pra mim. Ela deseja que eu a seja.”

(Manoel de Barros)

A proposta construcionista de transformação de uma psicologia individualista para uma psicologia com ênfase nas construções sociais também se aplica à concepção de eu. O eu concebido pelo construcionismo é um eu discursivo, não aparece como uma entidade privada, encerrada em alguma estrutura cognitiva. É um eu que se faz presente em auto narrações inteligíveis (Gergen, 2011).

Entretanto, antes de abordar o si mesmo construcionista, é preciso que retomemos as narrativas em torno do conceito de eu, o que significa dizer que o conceito de eu, tal como conhecemos hoje, também foi construído historicamente e varia de acordo com as culturas.

Sendo assim, Arthur Ferreira (2005), fazendo uma retomada histórica da psicologia - não como ciência, mas dos “objetos psicológicos” (individualidade, subjetividade, si mesmo etc.) –, situa que a irrupção da ideia de si surgiu no século XVI, com o início da modernidade.

Apesar de encontrarmos vestígios do eu desde a Antiguidade pagã e início do cristianismo, não se tratava de um eu reflexivo ou de uma afirmação de si, mas de uma diferenciação do homem dos animais e dos deuses, ou de uma interioridade que procura Deus e nega as ânsias individuais em busca de uma purificação (Ferreira, 2005).

Partindo das práticas de cuidado de si, apresentadas por Michel Foucault, Ferreira (2005) aborda a diferenciação entre as práticas supracitadas e as modernas: se antes o exame de si tinha como intuito uma purificação espiritual e era alcançado através de recursos religiosos

¹⁵ Conforme assertiva de Gergen (2011, p.12): “*communicamus ergo sum*”.

¹⁶ Trechos desta seção e principalmente da seção seguinte foram desenvolvidos como ensaio publicado na Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia com o título “*Ainda assim me levanto*”: *as narrativas históricas e a construção do eu feminino*. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/42239/29284>

como a confissão; a modernidade se vale de instrumentos científicos para se aproximar do eu, como os testes psicológicos e a entrevista clínica.

Assim, percebe-se o elo entre as práticas sociais e a construção do si mesmo reflexivo. O autor ainda trata de outras práticas sociais que têm impacto nessa produção como a sexualidade e a delimitação do espaço público e o privado no Estado moderno. Aborda também os recursos narrativos utilizados na expressão do eu, como as cartas, os diários, os romances autobiográficos que se tornam mais comuns na modernidade (Ferreira, 2005).

Localizando o eu na modernidade, Ferreira (2005) reconhece o embate filosófico entre os racionalistas e os empiristas como essencial nessa construção do si mesmo. Nesse contexto, a interioridade não tem como meta a busca divina, mas o conhecimento, seja ele pela via da razão (como os racionalistas) ou pela experiência (como os empiristas). Contudo, o marco para a noção de interioridade como fonte de conhecimento encontra-se em René Descartes que com sua assertiva “penso, logo existo” marca a supremacia do intelecto, a possibilidade de duvidar do corpo físico e do mundo material, sendo apenas a razão indubitável (Descartes, 2004; Ferreira, 2005).

Gergen (2010) faz outras incursões na narrativa do conceito do eu. Partindo da análise de Philippe Ariès sobre a infância no século XVII, ele discute como a concepção do eu ao longo do desenvolvimento vital também mudou. Cita ainda Michel de Montaigne e John Locke que defendiam que a educação infantil deveria se dar desde a tenra idade, apresentando diversos exemplos de crianças que já liam e falavam diversas línguas precocemente para os padrões atuais.

O autor também examina a mudança do conceito de identidade materna. A construção moderna sobre o eu materno ratifica que a mãe ama seu filho naturalmente, sendo tal afeição inerente a sua condição humana. Entretanto, Gergen (2010) traz o estudo de Elisabeth Badinter para demonstrar que nem sempre foi assim. Nos séculos XVII e XVIII as crianças eram vistas como fardos. Entre os pobres o abandono dos filhos era comum. Até mesmo a amamentação tinha outra concepção: vista como perda de tempo, as crianças ricas eram encaminhadas para amas, mas muitas morriam ou de fome ou de maus-tratos, o que não causava muita comoção na família.

Essa retrospectiva histórica sobre o surgimento do conceito do eu relaciona-se com a própria compreensão construcionista sobre o si mesmo. Da mesma maneira que a noção que temos do eu foi sendo construído socialmente, a identidade pessoal também ocorre de maneira relacional e não é estanque.

O movimento construcionista concebe a identidade como um recurso discursivo, os atributos que me diferenciam de outrem se dão através da linguagem (Gergen, 1998). Concebendo o eu como relacional, o construcionismo rejeita a proposta de um “mundo interno”, de uma estrutura cognitiva privada que contém o eu. Essa mesma concepção se estende para a memória: ter uma memória significa participar de uma tradição cultural. A memória, o recordar, só pode ser localizado socialmente, não é um evento particular que guardamos dentro de nós. Rememorar significa fazer uso de uma narrativa inteligível (Gergen, 1998). Assim, atam-se a narrativa, a memória e o eu.

Para compreender a concepção de eu construcionista é preciso que discorramos sobre narrativa. A narrativa vai além de um mero contar histórias, ela constrói a identidade de um povo, de um grupo, de uma pessoa: “[...] as narrativas são ao mesmo tempo modelos do mundo e modelos do self. É através de nossas histórias que construímos a nós mesmos como parte de nosso mundo”, como propõem Jens Brockmeier e Rom Harré (2003, p. 533).

Nessa direção, a narrativa é assumida como uma forma peculiar de discurso e, sendo assim, não é um atributo da mente individual, mas é produzida em interação social, bem como constrói a realidade (Brockmeier & Harré, 2003; Gergen, 1998). Conforme Brockmeier e Harré (2003):

[...] as narrativas não devem ser concebidas como a apresentação de uma versão externa de entidades mentais particulares, pairando em um tipo de condição pré-semiótica. Apresentar algo como uma narrativa não significa externalizar algum tipo de realidade interna nem oferecer uma delimitação lingüística para essa tal realidade. Ao contrário, narrativas são formas inerentes em nosso modo de alcançar conhecimentos que estruturam a experiência do mundo e de nós mesmos. Em outras palavras, a ordem discursiva através da qual nós tecemos nosso universo de experiências emerge apenas como um *modus operandi* do próprio processo narrativo. Ou seja, **estamos lidando primariamente não com um modo de representação, mas com um modo específico de construção e constituição da realidade [...].** [grifo nosso] (p.531)

Gergen (1998, 2011) afirma que a narrativa vem se transformando no decorrer da história e é produzida em vários domínios sociais: na literatura, na ciência, na história, entre outros. A narrativa não é livre, ela assume algumas características para que seja inteligível socialmente: delimitação de um objetivo, de algo a ser contado; seleção de eventos relevantes de acordo com a história a ser contada; ordenação dos eventos, que tende a seguir uma cronologia linear; estabilidade da identidade, uma narrativa típica deve oferecer uma estabilidade da pessoa ou do objetivo sobre o qual se narra; explicações causais, um evento levando/causando outro; signos que demarcam início, desenrolar da narrativa e fim (Gergen,

1998, 2011). É importante salientar que tais características são socialmente construídas, não se dão por si.

Gergen (1998, 2011) identifica três tipos de narrativa: a narrativa de estabilidade em que nada muda nem para melhor nem para pior; a narrativa progressiva que narra como o sujeito/objeto vai se aprimorando com o tempo; e a narrativa regressiva, que narra processos de degradação. Ele ratifica que cada uma dessas narrativas têm uma função social: criar confiança, trazer esperança e estabelecer compaixão e engajamento, respectivamente.

Se a narrativa constrói o mundo, é através das auto narrativas que a pessoa constrói a si mesma:

Al desarrollar una autonarrativa establecemos unas relaciones coherentes entre acontecimientos vitales (Cohler, 1982; Kohli, 1981). En lugar de ver nuestra vida como simplemente “una maldita cosa tras otra”, formulamos un relato en el que los acontecimientos de la vida son referidos sistemáticamente, y hechos inteligibles por el lugar que ocupan en una secuencia o “proceso de desarrollo” (de Waele e Harré, 1976). Nuestra identidad presente es, por consiguiente, no un acontecimiento repentino y misterioso, sino un resultado sensible de un relato vital. (Gergen, 2011, p. 233)

Contudo, essa auto narrativa não é um solilóquio, eu narro meu eu para uma outra pessoa e é o seu caráter relacional que fará com que a pessoa aprimore cada vez mais sua auto narração e, dessa maneira, a própria interação social também se incrementa. Ademais, a narrativa cria uma comunidade moral, dificilmente a narrativa de uma pessoa envolve só ela. A minha ação, a minha história, precisa ser confirmada pelos outros, socialmente, depende dos outros, carece de papéis de apoio para se manter. Desse modo, não é só a narrativa que é interdependente, a construção do eu também (Gergen, 1998). A essa interdependência Gergen (2011) chama de redes de identidades em relação de reciprocidade.

Destarte, Gergen (2011) demarca sua divergência de conceituações de eu de outros teóricos como Prescott Lecky, Erik Erikson, Carl Rogers e Seymour Epstein que consideram a identidade como uma função mental e que o sujeito maduro é aquele com identidade assentada, em que não há inconstância entre a conduta e o eu. Assim: “Las personas pueden retratarse de muchas maneras dependiendo del contexto relacional. Uno no adquiere un profundo y durable “yo verdadero”, sino un potencial para comunicar y representar un yo” (Gergen, 2011, p. 254).

Portanto, a visão construcionista sobre o eu nos permite perceber o si mesmo como historicamente situado, contextual e múltiplo. Destarte, irei abordar a constituição do que hoje podemos identificar como eu feminino.

3.3 INTERSEÇÕES ENTRE A HISTÓRIA DAS MULHERES, O FEMINISMO, A PSICOLOGIA SOCIAL CONSTRUCIONISTA E O CUIDADO EM SAÚDE

Nesta seção adentrarei na construção do eu feminino¹⁷. Para tanto, assumo duas perspectivas históricas: a primeira, de uma história das mulheres e construção do eu feminino alicerçado pelo patriarcado, nas narrativas construídas pelos homens sobre o que é ser mulher; a segunda perspectiva procura trazer um contraponto à primeira, mostrando narrativas alternativas, de resistência feminina ao poder masculino que lhes é imposto. Creio que a primeira perspectiva é predominante, traz as narrativas mais correntes sobre o eu feminino. Entretanto, compreendo as narrativas como produtoras de subjetividades, conforme discorrido na subseção anterior, devido a isso reconheço a importância de destacar narrativas paralelas às dominantes. Para tanto, promovo também uma interseção entre a história das mulheres e a saúde mental, fugindo da ideia de adoecimento e demarcando a participação das mulheres na história da saúde mental como trabalhadoras e como militantes.

A ênfase na perspectiva histórica alia-se à divisão do tempo delineada por Spink e Medrado (2013). A autora e o autor identificam três tempos históricos: o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto. O tempo longo é aquele que se refere à história da civilização (que será aquele sobre o qual abordaremos nas subseções seguintes), o tempo vivido é aquele da história de socialização da pessoa e o tempo curto alude às interações cotidianas. A delimitação de três tempos históricos visa compreender tanto as regularidades e cristalizações dos discursos, quanto a produção de sentidos, marcando a dialogia das práticas discursivas. Como afirmam Spink e Medrado (2013):

[...] para compreendermos o modo como os sentidos circulam na sociedade é necessário considerar as interfaces desses tempos – longo, vivido e curto –, nos quais se processa a produção de sentido. Resulta daí que a pesquisa sobre produção de sentido, cujo foco é o contexto de sentido (na acepção de Bakhtin), é necessariamente um empreendimento sócio-histórico e exige o esforço transdisciplinar de aproximação ao contexto cultural e social em que se inscreve um determinado fenômeno social. (p.34)

Por fim, encerro essa seção discorrendo sobre o feminismo interseccional e a psicologia social. O feminismo interseccional é outro referencial teórico adotado nesta pesquisa, já que

¹⁷ Conforme discuto em artigo derivado da tese: “[...] apesar do termo [eu feminino] remeter a uma essencialidade, surge como forma de especificar que os papéis sociais construídos para homens e mulheres, pelo menos até então, são distintos, o que acaba repercutindo na forma que algumas mulheres expressam seu gênero e são mais ou menos identificados socialmente como mulheres” (Medrado & Lima, 2018, p. 1367-1368). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/42239/29284>

busco compreender o adoecimento mental feminino e o cuidado em saúde em intersecção com o gênero, a raça/cor e a classe social.

3.3.1 O eu feminino: uma narrativa construída pelos homens

“[...] arrisco-me a dizer que Anônimo, que escreveu tantos poemas sem cantá-los, com frequência era uma mulher.” (Virginia Woolf)

Gabriela, Tieta, Capitu, Emma Bovary, Julieta, Alice, Scarlett O’Hara, Mulher Maravilha, Princesa Leia. A arte nos traz uma série de narrativas sobre mulheres. Contudo, em sua maioria, as ilustres personagens femininas que preenchem nossas práticas discursivas são construídas por homens, como nos adverte Michelle Perrot (2008). Mas o que as mulheres têm a dizer sobre si mesmas? Qual a participação delas na História? Nas artes? Apenas meras espectadoras e musas? Contudo, como nos alerta Sueli Carneiro (2019), se o lugar de musa nos constrange como mulheres brancas, as mulheres negras figuram como antimusas, bastante distantes tanto do lugar de narração da própria história quanto de um reconhecimento como aquela que pode servir de inspiração para os artistas.

Rebecca Solnit (2017), no ensaio *Uma breve história do silêncio* aborda os diversos tipos de silenciamento aos quais as mulheres foram (e são) submetidas ao longo da história. Serem desacreditadas quando denunciam uma violência, crescerem crendo que determinados espaços não lhes pertencem, aprenderem a não incomodar, não terem domínio sobre o próprio corpo, não terem direito à educação, ou serem agredidas por contestarem essas assertivas. Um espancamento, um estupro coletivo, ou a última forma de silenciamento: o feminicídio. Todos recursos para calar mulheres ou puni-las por se atreverem a falar. Foi para calar sua voz que o talibã alvejou Malala Yousafzai (2013), a garota que lutou pelo direito ao estudo para as meninas no Paquistão. Foi para calar sua voz que Marielle Franco, vereadora no Rio de Janeiro, morreu vítima de um extermínio.

Além da questão de gênero, a classe social e a cor da pele também demarcam quem pode ou não ser escutado em nossa sociedade: “Quem é e quem não é ouvido define o status quo” (Solnit, 2017, p. 35). O que demonstra que nem todas as formas de silenciamento se dão através de uma violência explícita. Não poder contar sua própria história por não ocupar a esfera pública - ocupada, sobretudo, por homens brancos heterossexuais – ou não saber sobre sua própria origem, como no caso das pessoas negras escravizadas trazidas para o Brasil que tiveram seus registros destruídos, são formas mais “sutis” e disseminadas de silenciamento.

Michelle Perrot (2008) também fala desse silenciamento da história das mulheres por essas serem confinadas à esfera privada. Os grandes fatos históricos ocorreram no espaço público, destarte esse *loci* mereceu maior atenção dos historiadores. Além disso, ocorre também o apagamento dos vestígios femininos da história pelo fato de as mulheres não levarem o próprio sobrenome. Outros fatores que contribuíram/contribuem para a escassa produção sobre a participação das mulheres na história foram a alfabetização tardia delas no percurso histórico e a destruição das fontes: elas destruíam os próprios diários e seus outros tipos de escritos por atribuírem pouca importância, era ainda uma maneira de resguardar suas memórias por conta de uma série de pudores (Perrot, 2008).

Assim, de acordo com John Shotter e Josephine Logan (1993), na construção do eu feminino as mulheres não dispõem/dispuseram de narrativas próprias que forneçam/fornecessem elementos sobre si mesmas, tudo o que conhecem/conheceram sobre seus eus surgiu/surge do que foi e, em certa medida, ainda é alicerçado historicamente pelos homens. Quando se trata das mulheres negras e/ou pobres isso se agrava posto que a mulher “universal” é a mulher branca burguesa.

A demarcação histórica feita aqui vem salientar que a discussão sobre um eu feminino não se alinha a uma proposta essencialista, de que a mulher teria uma essência interna que diverge da masculina; mas, em concordância com o construcionismo, enxergo-o como uma construção histórica e socialmente situada na dinâmica de interações sociais.

Diversos estudos (Engel, 2008; Perrot, 2008; Rohden, 2012; Shotter & Logan, 1993; Solnit, 2017; Young-Eisendrath, 1993) têm discutido a construção da polaridade entre os gêneros, *desfamiliarizando* as concepções tidas como naturais das diferenças entre homens e mulheres, demonstrando assim que uma perspectiva androcêntrica da história e da ciência edificou a hierarquia entre os gêneros/sexos.

Na filosofia grega, por exemplo, Aristóteles afirmou que as mulheres são um projeto inacabado dos homens, próximas ao mundo animal e que sua função social seria meramente a reprodução (Perrot, 2008). A influência do pensamento aristotélico sobre a diferença entre os sexos reaparece com Tomás de Aquino, na Idade Média, e com os filósofos iluministas que também insistiram na inferioridade feminina: Rousseau acreditava que a educação feminina deveria ocorrer apenas para a mulher melhor servir ao homem (Perrot, 2008).

No século XIX, com o advento das ciências médicas, o corpo passa a ser sexualizado, em especial o corpo feminino (Perrot, 2008). A possibilidade de devassar o corpo feminino, de conhecê-lo internamente com o método científico, permitirá marcar ainda mais a distinção entre

homens e mulheres, e a construção da subjetividade de ambos se dará também alicerçada por esse mesmo saber científico.

Fabíola Rohden (2012) ratifica o quanto a medicina teve participação nessa construção. Pesquisando as teses desenvolvidas entre os anos de 1833 e 1840 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ela constatou que 22,3% delas referiam-se à sexualidade e à reprodução, totalizando 1593 teses sobre as citadas temáticas. Desse total, 1345 referiam-se à mulher e 248 ao homem. A autora destaca que, embora as funções reprodutivas ocorram em maior parte no corpo da mulher (o que justificaria em parte a disparidade entre a divisão das teses) não havia um interesse por parte dos médicos sobre o estudo dos órgãos sexuais masculinos em si e sobre sua participação na reprodução. A autora discute ainda a definição da especialidade ginecologia, que é reconhecida, grosso modo, como o estudo da mulher, o que resume a mulher aos seus órgãos sexuais. Destarte,

[...] podemos sugerir que a medicina e, em particular, as especialidades dedicadas à mulher e à reprodução se convertem em uma verdadeira “ciência da diferença”. O argumento central, que perpassa boa parte dos trabalhos da época e também justifica as intervenções concretas, diz respeito a uma distinção natural, de caráter biológico e predeterminado entre os sexos. Homens e mulheres seriam naturalmente distintos nas suas características morais ou psicológicas. Além disso, as qualidades atribuídas a cada um e as suas funções sociais são descritas com o mesmo grau de determinismo que suas funções fisiológicas. O gênero parecia irremediavelmente colado ao sexo a partir de uma única e invariável direção. (Rohden, 2012, pp. 78-79)

Essa colagem do sexo ao gênero parece que não se restringiu ao século XIX e foi chamada por John Shotter e Josephine Logan (1993) de “sexismo sem gênero”. Dito de modo mais preciso, a crença em uma essência, em um individualismo na construção do eu e em uma determinação natural às características relacionadas ao gênero encobrem a interdependência social na construção desses. Sobre isso, é interessante perceber como o homem moderno se propõe a dominar a natureza (Shotter & Logan, 1993), mas acredita-se subjugado a ela quanto às questões de sexo/gênero.

A relação entre a cultura e a natureza nos discursos médicos estudados por Rohden (2012) desvela as contradições desse discurso. Ao mesmo tempo em que tal discurso tenta delimitar uma diferença meramente biológica entre homens e mulheres, também reconhece que a integridade biológica pode ser maculada por questões culturais. Assim, uma menina que lê muitos romances, que é “exageradamente educada”, que participa da vida urbana pode transgredir seu desenvolvimento como mulher, o que se limitaria à sua capacidade reprodutiva e ao seu papel de boa esposa. As teses estudadas ratificavam que as meninas tinham a inteligência comprometida quando comparada aos meninos, insistir em sua educação seria

desperdiçar sua energia, o que afetaria o seu amadurecimento reprodutivo e ainda implicaria em doenças nervosas (Rohden, 2012). Dessa maneira, encontrava-se uma justificativa natural para o controle social das mulheres com ecos até os dias atuais.

Também sobre a relação natureza/cultura e feminino/masculino no século XIX, Magali Engel (2008) corrobora Fabíola Rohden (2012) e afirma que a mulher, nesse período histórico, era vista como ligada à natureza, em contraposição ao homem, que era atrelado à cultura. Sobre a influência médica na construção do eu feminino, Magali Engel (2008) aborda a contribuição da psiquiatria na definição da feminilidade. Aqui percebe-se como o suposto “desvio da natureza feminina” descrito pelas teses investigadas por Fabíola Rohden (2012) serviu também para construir os padrões de normalidade atrelados a um processo de disciplinarização e medicalização dos corpos femininos.

Magali Engel (2008) discorre sobre a prática da psiquiatria no século XIX, no Brasil, momento no qual os transtornos mentais nas mulheres podiam ser justificados por distúrbios uterinos e menstruações desreguladas, dando motivos para intervenções no aparelho sexual como cirurgias no útero e extirpação do clitóris. Falta de afeição ao marido e aos filhos, bem como “sexualidade exacerbada”, dissociada das funções reprodutivas, eram vistas como sintomas psicopatológicos. A dicotomia feminino/natureza e masculino/cultura valia ainda para definir as bordas dos transtornos mentais entre homens e mulheres: o transtorno masculino concernia àqueles que não correspondiam ao papel social de provedor, trabalhador; já a mulher que fugia à sua função de mãe e esposa definida pela natureza era tida como antinatural, se aproximando de um diagnóstico de transtorno mental (Engel, 2008). Demarca-se que, diferente do homem, o transtorno mental se encontrava “dentro da mulher”:

[...] no organismo da mulher, na sua fisiologia específica estariam inscritas as predisposições à doença mental. A menstruação, gravidez e o parto seriam, portanto, os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais frequentemente ou de modo específico as mulheres [...]. De acordo com os valores e padrões predominantes nos enfoques psiquiátricos do corpo e da sexualidade femininos, a mulher estaria mais próxima da loucura que os homens. (Engel, 2008, pp. 334-335)

Entre as características naturais atribuídas às mulheres estava a própria ambiguidade: ao passo em que eram vistas como doces, frágeis, submissas; eram também consideradas perigosas, manipuladoras, sedutoras. Eram reconhecidas tanto por suas características positivas quanto negativas. Essa ambiguidade desafiava a própria ciência que considerava a gravidez tanto como cura quanto como causa das doenças mentais (Engel, 2008).

Uma ciência controlada por homens e que menosprezava a escuta das mulheres foi capaz de crer na inexistência do prazer sexual feminino. O orgasmo feminino era visto com estranheza, só sendo concebido em corpos habitados por algum tipo de distúrbio, como a ninfomania, o que poderia justificar a internação dessas mulheres em manicômios (Engel, 2008). Por outro lado, parte dos médicos creditava ao orgasmo feminino a sanidade mental das mulheres, sendo o matrimônio encarado como fim terapêutico por conta disso. Novamente surge a contradição do discurso médico: tanto a falta como o excesso de exercício da sexualidade feminina poderia ser causa e consequência de doença mental (Engel, 2008). Tal constrição regulava o comportamento sexual das mulheres, fazendo com que sua sexualidade ficasse reclusa ao ambiente doméstico, a serviço do marido. Conforme Michelle Perrot (2008): “Misteriosa, a sexualidade feminina atemoriza. Desconhecida, ignorada, sua representação oscila entre dois pólos contrários: a avidez e a frigidez. No limite da histeria” (p. 65).

É justamente na histeria que veremos a relação mais estreita entre a anatomia feminina e a doença mental. Através dessa relação revela-se o processo de patologização do corpo feminino, de suas emoções e desejos (Engel, 2008; Perrot, 2008). A histeria no século XIX foi descrita como uma doença eminentemente feminina (chegou-se a acreditar que o mal histérico provinha do útero), atada às características naturais da mulher. Aquela que padecia de histeria era considerada hiper sexualizada e pervertida, sendo o período mais propício para o aparecimento da doença aquele entre a puberdade e a menopausa. A histeria reafirmava a instabilidade feminina e a aura de mistério em torno da mulher, desafiando os saberes psiquiátricos (Engel, 2008). Em suma, o imbricamento entre o feminino e a histeria é sintetizado pela frase do psiquiatra Ulysse Trélat, citado por Magali Engel (2008): “Toda mulher é feita para sentir, e sentir é quase histeria” (p. 357).

Contudo, assumir a proposta de ir além do essencialismo significa também não conceber a mulher como categoria monolítica, como se todas as mulheres fossem iguais e houvesse uma homogeneidade de experiências femininas. A visão crítica quanto a isso partiu principalmente das feministas negras dos Estados Unidos, como bell hooks (2013), Angela Davis (2016a, 2016b, 2017), Audre Lorde (2019), Patricia Hill Collins (2019a, 2019b), Kimberlé Crenshaw (2002), que denunciaram um feminismo branco e heterossexual que não contemplava todas as mulheres. Assim, é preciso analisar mais especificamente a experiência das mulheres negras e/ou pobres no Brasil.

A análise da história das mulheres negras e/ou pobres, no Brasil, desvirtua a naturalização dos estereótipos de gênero. Diversas historiadoras (Dias, 2012; Fonseca, 2008; Nepomuceno, 2012; Soihet, 2008) que se detiveram na investigação desses estratos

populacionais demonstraram que o padrão feminino imposto às mulheres brancas burguesas não se adequava à realidade das mulheres negras e/ou pobres, as características ditas como naturais não eram correspondidas pelas mulheres do mesmo período histórico e que ocupavam o mesmo espaço geográfico.

Como diferença marcante temos que, ao passo que as mulheres brancas do século XIX restringiam-se a pequenos trabalhos domésticos e cuidados com os filhos, as mulheres mais pobres já trabalhavam fora de casa e, nessa medida, ocupavam o espaço público (Fonseca, 2008; Nepomuceno, 2012; Soihet, 2008). Ademais, os arranjos familiares também não eram aqueles da família nuclear burguesa. Como assegura Rachel Soihet (2008): “Eram mulheres que trabalhavam e muito, em sua maioria não eram formalmente casadas, brigavam na rua, pronunciavam palavrões, fugindo, em grande escala, aos estereótipos atribuídos ao *sexo frágil*” [grifo da autora] (p.367).

Cláudia Fonseca (2008) se detém na história das mulheres pobres no início do século XX no Brasil e em seus arranjos familiares. Segundo a historiadora, a migração dos homens em busca de emprego deixava as mulheres em situação de abandono, o que as levava ao trabalho. Contudo, mesmo aquelas que tinham companheiro encaravam o trabalho como uma alternativa para a melhoria das condições de vida. Apesar dessas diferenças entre os estratos sociais femininos, a cobrança quanto à moralidade e o controle das mulheres não fazia distinções quanto a classe ou raça/cor, só que, enquanto a mulher burguesa estava sujeita ao controle dos familiares homens, as mulheres pobres, em acréscimo, também sofriam com a vigilância da polícia e do sistema judiciário que tentavam instituir a moral burguesa no espaço público (Fonseca, 2008; Soihet, 2008).

Segundo Rachel Soihet (2008), após o período de escravização, o trabalho livre das camadas populares passou a ser objeto de disciplinarização, assim como outros aspectos da vida. A historiadora explica que o padrão burguês era exigido às demais camadas, já que o capitalismo se organizava contando com o trabalho doméstico das mulheres. Tal exigência se fazia com o aval da ciência, que justificava o trabalho “eminente feminino” como natural.

Esse controle do espaço público também se refletia quanto às moradias populares. O processo de urbanização brasileiro da época tinha a França como modelo, a circulação dos pobres pelas ruas comprometia esse ideal, bem como a existência das moradias populares. A retirada dessa camada populacional do centro da cidade prejudicava ainda mais as mulheres que tinham no local de moradia não apenas o exercício de seu trabalho (lavadeiras, engomadeiras, cozinheiras etc.), mas também uma rede de colaboração que garantia a sua sobrevivência e de sua família. Assim, se para as mulheres burguesas a rua era proibida, isso se

acentuava ainda mais com as mulheres pobres, que “maculavam” a via pública com seus costumes, suas vestes, em suma: com suas existências (Nepomuceno, 2012; Soihet, 2008).

A dinâmica familiar também diferia do padrão burguês. Era corrente o número de famílias lideradas apenas por mulheres: em torno de 40% das famílias nesse período (Fonseca, 2008; Soihet, 2008). Os casamentos oficiais não eram a norma, a família assumia várias configurações podendo haver recasamentos com ou sem a integração dos filhos dos cônjuges ao grupo familiar, os filhos “ilegítimos” e as relações sexuais antes do casamento também eram comuns (Fonseca, 2008; Soihet, 2008).

Contudo, as classes mais pobres não escapavam à moral burguesa dentro de seu próprio estrato social (Fonseca, 2008; Soihet, 2008). O desejo do casamento formal e as exigências da comunidade quanto a uma maior constrição moral das mulheres casadas se faziam presentes (Soihet, 2008). A virgindade, por exemplo, era tida como “patrimônio familiar” (Fonseca, 2008, p.530). As moças desvirginadas que engravidavam podiam se submeter a abortos, matar a criança, se matar ou serem assassinadas na tentativa de preservar a honra familiar (Fonseca, 2008; Soihet, 2008). Por outro lado, a prostituição também aparecia na falta de alternativa de algumas mulheres perante a pobreza e aos salários baixos das demais ocupações (Fonseca, 2008).

A retomada histórica fornece uma breve perspectiva da contribuição da ciência na produção de uma série de discursos que circulam/circularam socialmente e participam/participaram na construção do eu feminino, bem como na construção da supremacia da raça branca e da classe burguesa. Pois, como afirma Kenneth Gergen (1993):

[...] embora criado no interior das comunidades acadêmicas, o discurso acadêmico raramente permanece em casa. Ou seja, tal discurso é injetado (às vezes, sistematicamente) na cultura ambiente. Ao empreender as tarefas de descrição, explicação, análise lógica e crítica, os acadêmicos estão, na realidade, oferecendo ao mundo formas de prática discursiva. (pp. 63-64)

Assim, percebe-se como a ciência serve/serviu para subjugar mulheres e manter o poder masculino, construindo narrativas que são/foram usadas contra as mulheres. O próprio termo “histórica”, por exemplo, caiu no uso do senso comum servindo para estigmatizar as reações emocionais das mulheres, sendo sinônimo de desequilibrada. Por seu turno o termo “nigrinha”, corruptela de “negrinha”, dá conta da mulher nervosa e ruidosa associada à mulher negra. Assim, percebemos que a condição de subjugação se assevera quando colocamos em foco a população negra, em especial as mulheres negras, marcadas tanto pelo machismo quando pelo racismo científico. Sobre isso, é importante pontuar a racionalidade científica se alicerça em

cima da colonialidade eurocêntrica que demarca outras polaridades além daquelas sexistas: humano/não humano, racional/irracional, civilizado/não civilizado, de acordo com Míriam Alves, Jayro de Jesus e Danielle Scholz (2015). Desse modo, aqueles que não correspondem ao padrão eurocêntrico são vistos como população menor, que não detém o saber e que devem se submeter à racionalidade científica (Alves, Jesus, & Scholz, 2015).

O colonialismo também se expressa na valorização de um eu eminentemente individual, que constrói a si mesmo, característica que, ao contrário do que a cultura estadunidense faz crer, não é um valor universal presente em todas as culturas (Young-Eisendrath, 1993). Sobre a construção individual do eu, Polly Young-Eisendrath (1993) discorre mais diretamente sobre a constituição do eu feminino pelo patriarcado. A autora trata da falácia da construção individual do eu, desse como uma posse, um projeto levado a cabo pelo próprio sujeito. Dessa forma, o eu se constrói no intercâmbio social. Assim, na definição de eu das mulheres, participariam os conceitos elaborados sobre elas pelo sistema patriarcal (inclusive os discutidos anteriormente neste texto, que deixaram resquícios através dos séculos). Nessa construção permanecem as visões dicotômicas entre homens e mulheres: os homens seriam poderosos, inteligentes, fortes e competentes e as mulheres seriam sua antítese. Como destaca Polly Young-Eisendrath (1993), caso não corresponda a tais características a mulher será taxada de agressiva, pouco feminina, autoritária, controladora e rígida; por outro lado, aquelas que se encaixam no citado perfil podem ser vistas como infantis, dependentes ou com algum tipo de déficit intelectual. Enquadrar-se em um contorno ou outro não se dá sem algum sofrimento ou cobrança da própria mulher quanto a si mesma, já que se percebe ora como inadequada, ora como inferior.

A autora destaca ainda o fato de que muitas doenças mentais podem ser descritas como “excesso de feminilidade”: depressão, anorexia, bulimia, fobia, histeria. Além disso, padecer de um transtorno mental repercute num ciclo de estigmatização já que, ao olhar do senso comum sobre as doenças mentais, acaba por reforçar a percepção de fragilidade e instabilidade feminina (Young-Eisendrath, 1993). Em contraponto, na intersecção entre raça, classe e gênero, as mulheres negras e/ou pobres são vistas como fortes e seu sofrimento mental é invisibilizado ou descreditado.

Concernente à relação entre a mulher e a saúde mental é válido mencionar também as pesquisas de Maria Gabriela Hita (1998) e Mariana Pedrosa e Valeska Zanello (2014). Gabriela Hita (1998) investigou mulheres que se autodenominavam nervosas e descobriu que experiências adversas como estupro, traição e divórcio eram identificadas pelas mulheres nervosas como desencadeantes do “nervosismo” - embora as mulheres não nervosas também tivessem passado por experiências semelhantes, aparentavam encarar tais eventos como menos

traumáticos. Assim, os achados do referido estudo em certa medida se contrapõem às vertentes epidemiológicas que dão ênfase à doença mental feminina como predominantemente de origem biológica, relacionada ao puerpério, menstruação e menopausa, o que acaba remontando à psiquiatria do século XIX discutida por Magali Engel (2008). A identificação da anatomia feminina com a doença mental demarca a misoginia da medicina, vemos novamente a masculinidade tomada como norma. Contudo, tal visão não é consenso na medicina: há vertentes que enfatizam os fatores sociais vivenciados pelas mulheres (como encontramos na maioria das produções da revisão de literatura que compõe nosso projeto) e outras que afirmam que os dados que apontam as mulheres como apresentando maior incidência de doença mental em comparação aos homens são superestimados, já que as mulheres procuram mais tratamento e têm mais facilidade em reportar os sintomas (Hita, 1998).

A pesquisa de Mariana Pedrosa e Valeska Zanello (2016) está em consonância com os resultados de Gabriela Hita (1998). Em pesquisa realizada em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) os profissionais de saúde mental identificaram que as demandas trazidas pelas usuárias eram, em sua maioria, sobre problemas relacionais com a família, violência e abusos sexuais na infância. De acordo com os profissionais do CAPS, as mulheres também pediriam mais ajuda e são vistas como “choronas”. Em contrapartida, os homens têm demandas mais ligadas ao trabalho e à vida sexual. Destarte, as autoras demarcam o componente social do adoecimento mental, o que justificaria um enfoque gendrado pelo campo da saúde mental (Pedrosa & Zanello, 2016).

Contudo, propondo um olhar interseccional entre gênero e raça, percebemos que a construção do eu das mulheres negras é ainda mais perversa que a das mulheres brancas, vistas como universais, o que invisibiliza a complexidade da produção da subjetividade da mulher negra. Para tanto, acreditamos que é válido transpor as discussões produzidas por Míriam Alves, Jayro de Jesus e Danielle Scholz (2015) sobre os efeitos do racismo sobre a subjetividade dos negros (homens e mulheres). As autoras e o autor discorrem que o paradigma colonial implica numa construção de uma subjetividade subalterna por parte da população negra, que se percebe como menor em contraste com os brancos, o que os leva a adotar padrões de embranquecimento tanto físicos quanto culturais.

Todavia, é preciso salientar que as narrativas sobre o eu feminino produzidas pelo patriarcado não são as únicas possíveis, outras narrativas não hegemônicas também existem. Entendemos que apagar parte da história de um povo ou de um determinado estrato social se dá de maneira intencional, com intuídos de dominação e opressão. Além disso, apagar determinadas narrativas ou silenciá-las é ainda arruinar a identidade pessoal e, destarte, produzir

processos de adoecimento. Sendo assim, na seção seguinte adotaremos outra perspectiva histórica, procurando ressaltar o protagonismo feminino em intersecção com a raça e a classe social.

3.3.2 Ainda assim me levanto¹⁸

“Você pode me fuzilar com palavras
E me retalhar com seu olhar
Pode me matar com seu ódio
Ainda assim, como o ar, vou me levantar”
(Maya Angelou)

Começo esta seção com o poema de Maya Angelou, porque quero contar outra história das mulheres. Uma história para além do silenciamento, para além da opressão e da subjugação. Quero falar da resistência das mulheres, resistência que se faz tanto na luta micropolítica, como resistência construída na militância. Assim, destaco a possibilidade das mulheres construírem rotas de fuga e, destarte, poderem construir seus eus e produzir sua saúde mental em oposição ao patriarcado e ao racismo e classismo.

Se Rebecca Solnit (2017) e Michelle Perrot (2008) falam do silenciamento feminino como forma de apagamento e subjugação, Susan Gal (1991), em texto sobre o uso da linguagem em relação ao gênero, nos traz outra forma de enxergar o silêncio. O silêncio pode ser visto também como uma forma de protesto. Além disso, nas dinâmicas sociais o poder circula, não se dá de maneira estanque, assim, silenciar nem sempre está atrelado à submissão: em julgamentos, confissões e terapias o poder costuma estar, justamente, naquele que escuta.

Especificamente sobre as mulheres, Susan Gal (1991) discute algumas pesquisas que demonstram que a visão da mulher como figura passiva e sem voz pode estar equivocada. Ela discorre sobre estratégias de comunicação que as mulheres adotam em determinados contextos culturais para driblar a centralidade masculina na sociedade: uso de ironia e linguagem ambígua, manejo de outra língua, produção de poesias críticas etc. Ademais, sobre as pesquisas antropológicas que encontraram resultados que corroboraram a baixa participação das mulheres em contextos públicos e seu provável silenciamento, Susan Gal (1991) assevera que vieses sexistas podem ter interferido nos resultados: de maneira geral os antropólogos (homens)

¹⁸ Título inspirado no poema *Still I Rise*, de Maya Angelou.

demonstram pouco interesse em pesquisar a participação das mulheres em uma outra cultura e o próprio gênero (masculino, no caso) pode servir também como uma barreira para a comunicação com as mulheres. A autora fala sobre as sutilezas das dinâmicas sociais em certos contextos culturais que muitas vezes podem não ser percebidas: em rituais religiosos e na participação política homens e mulheres podem possuir papéis distintos, o que não necessariamente implica que as mulheres não ocupem o espaço público, mas sua participação pode estar relacionada a atividades expressivas ou de atuação nos bastidores de decisões políticas. Assim, apesar da hegemonia masculina nas esferas de poder, é preciso entender que as dinâmicas interacionais são mais complexas e que o silenciamento feminino não se dá de forma passiva ou automática por parte das mulheres.

Dessa maneira, o convite desta seção é ir além das polaridades que se apresentam de antemão, procurando compreender os fenômenos sociais por outro ângulo além daquele visto como inequívoco. Extrapolar as polaridades significa também conceber as relações entre mulheres e homens deslocadas da posição simplista vítimas/algozes (pois, em certa medida, isso mantém o binarismo de gênero), visando enxergar os meandros de oposição e resistência construídos pelas mulheres.

A própria luta feminista é um movimento de resistência ao patriarcado e através dela as mulheres alcançaram inúmeras conquistas. Concernente a isso, Conceição Nogueira (2001; 2012) discorre sobre as três ondas no movimento feminista: a primeira onda que se inicia no século XIX, com a reivindicação dos direitos civis e políticos das mulheres; a segunda onda nos anos 1960 até os anos 1980, que sofre a influência das ideias do livro *O segundo sexo* de Simone de Beauvoir, período marcado pelos movimentos pelos direitos civis, e caracterizada pela reivindicação por direitos reprodutivos, pela luta contra a violência sexual e de gênero e pelo questionamento da instituição familiar, o que em certa medida refletiu-se em leis de direito ao divórcio e na invenção da pílula contraceptiva; e a terceira onda, que a autora identifica como pós-feminista, que vem com uma perspectiva crítica em relação ao feminismo de segunda onda, questionando o essencialismo e advogando a diversidade e a fragmentação identitária. Apesar dos textos que fazem um apanhado histórico do feminismo marcarem a presença das mulheres negras apenas na segunda e terceira onda do movimento, é preciso corrigir esse apagamento histórico.

Relativo a isso, Angela Davis (2016a) discorre sobre a participação das mulheres negras no movimento sufragista dos Estados Unidos, característico da primeira onda feminista. A autora descreve o movimento sufragista feminino dos EUA no século XIX como disperso, as mulheres da classe trabalhadora não compreendiam a importância do voto e preferiam se

engajar em movimentos reivindicatórios por mais direitos trabalhistas, como o direito a compor os sindicatos e a equiparação salarial com os homens. Somente no início do século XX é que as mulheres trabalhadoras começaram a perceber que o voto poderia ser uma ferramenta na conquista de direitos trabalhistas. Apesar da postura racista (e também classista, a princípio) de algumas lideranças do movimento sufragista e da própria *National American Woman Suffrage Association* (Nawsa) como um todo, as mulheres negras também se fizeram presentes no movimento, em destaque Ida B. Wells, Mary Church Terrell e Mary McLeod Bethune. A Associação Nacional das Agremiações de Mulheres de Cor criou um departamento específico para discutir o sufrágio, mas a afiliação de mulheres negras à Nawsa foi rejeitada com a justificativa de que a adesão de negras poderia enfraquecer o movimento por conta do marcante racismo presente no Sul dos Estados Unidos à época (Davis, 2016a).

A participação feminina também ocorreu no movimento antiescravagista nos EUA, contando com a presença tanto de donas de casa como de mulheres trabalhadoras. Em um período em que a mulher não podia se expressar em público, principalmente em plateias mistas, as mulheres fundaram associações de combate à escravidão como a Sociedade Antiescravagista Feminina da Filadélfia e a Sociedade Antiescravagista Feminina de Boston. Na oposição à escravidão algumas mulheres se destacam como: Prudence Crandall que desafiou a cidade de Canterbury ao aceitar ensinar uma menina negra em sua escola; Lucrecia Mott, que apoiou a fundação da Sociedade Antiescravagista Feminina da Filadélfia, enfrentou gangues racistas e ajudou pessoas escravizadas em fuga; as irmãs Sarah e Angelina Grimké, da Carolina do Sul, grandes oradoras em prol da causa antiescravista e entre as primeiras mulheres a compreenderem que lutar contra a escravidão era também reivindicar o espaço político feminino (Davis, 2016b). Conforme Angela Davis (2016b):

O movimento antiescravagista oferecia às mulheres de classe média uma oportunidade de provar seu valor de acordo com parâmetros que não estavam ligados a seus papéis como esposas e mães. Nesse sentido, a campanha abolicionista era um espaço em que elas poderiam ser valorizadas por seu trabalho concreto. De fato, seu envolvimento político na luta contra a escravidão talvez tenha sido tão intenso, apaixonado e total porque podiam vivenciar uma estimulante alternativa à sua vida doméstica. E estavam resistindo a uma opressão que se assemelhava àquela que elas mesmas viviam. Além disso, no interior do movimento antiescravagista, aprenderam a desafiar a supremacia masculina. Ali, descobriram que o sexismo, que parecia inabalável no casamento, poderia ser questionado e combatido na arena da luta política. Sim, as mulheres brancas podiam ser instadas a defender intensamente seus direitos enquanto mulheres a fim de lutar pela emancipação do povo negro. (s/p)

No contexto brasileiro é válido retomar a história de resistência das mulheres negras escravizadas. Sobre a vida dos escravizados no Brasil rural Maria Odila Dias (2012) afirma:

“Seguir vivendo em ambiente tão hostil exigiu força, inteligência, capacidade de adaptação e, sempre que possível, rebeldia. É como se, a todo momento, fosse preciso inventar formas de não morrer, não adoecer e não enlouquecer enquanto serviam a seus senhores” (p. 360). Segundo Dias (2012), as mulheres escravizadas, além de sofrerem com os castigos impingidos aos homens escravizados, também sofriam em condição de seu sexo: golpes na barriga quando estavam grávidas, mantendo o mesmo ritmo de trabalho nessa condição; violências por parte dos companheiros motivadas por ciúmes, culminando até mesmo em assassinato; estupros cometidos por senhores e feitores; morte em virtude de complicações no parto devido à desnutrição, ritmo intenso de trabalho e agressões; separação das/os filhas/os e familiares. Frente a esse contexto de extrema violência uma forma de resistência possível era a fuga (embora mais difícil para aquelas que tinham filhas/os), mas elas também lançavam mão da magia e da religião como forma de proteção das crueldades. Era comum ainda o uso de estratégias para enganar os senhores, como misturar o algodão com barro para que ganhasse mais peso, ou o envenenamento deles (Dias, 2012).

Entretanto, a forma mais eficaz de resistência era a compra da própria liberdade, o que era mais difícil para as mulheres escravizadas do meio rural, pois não tinham a possibilidade de atuar como escravas de ganho vendendo quitutes e outros alimentos na cidade. A compra da alforria era mérito da própria mulher, a alforria no século XIX em contexto urbano era predominantemente feminina. Contudo, a compra da alforria era possível com muito sacrifício e a liberdade não garantia uma vida tranquila, muitas eram confundidas com escravas fugidas, reescravizadas ou sofriam nas mãos dos maridos. Todavia, Dias (2012) ratifica que, apesar de todo o contexto de exploração e opressão, na pós-abolição essas mulheres conseguiram conquistar posições na sociedade, trabalhando na produção de café e açúcar e, principalmente, em feiras e mercados de abastecimento.

Contudo, enxergar a resistência dessas mulheres não deve de forma alguma ser encarado de maneira romântica, mas como uma forma de desvelar uma suposta passividade feminina frente às adversidades, uma cristalização do papel de vítima. Se, conforme Maria Dias (2012), as mulheres negras conquistaram seu espaço social pós-abolição, é preciso demarcar que se mantiveram em um espaço marginal, de trabalho subvalorizado, com menores salários que todos os estratos populacionais e muitas vezes sem direitos trabalhistas. Retomar a vida dessas mulheres permite também que compreendamos as raízes da nossa história de maneira tal que ações de reparação sejam delineadas e que tomemos consciência, no caso das mulheres brancas, de nossa condição de privilégio na intersecção de opressões.

Diferente da visão otimista de Dias (2012) sobre a ocupação do mercado de trabalho por parte das mulheres escravizadas no contexto pós-abolição, Bebel Nepomuceno (2012) nos fala da tentativa de embranquecer a população brasileira através da imigração de europeus para ocupar determinados postos de trabalho muitas vezes ocupados por elas. E acrescenta uma visão entre a raça, a saúde mental e eugenia que Machin e Mota (2019) identificam em relação à loucura negra:

Data também do Império a mentalidade de que os negros teriam um “caráter degenerado”. Expressões como “alienado”, “bêbado”, “imoral” e “práticas bárbaras”, associadas à população negra, tornaram-se cada vez mais frequentes nas diferentes seções dos jornais, intensificando-se ante a iminência da Abolição e o suposto acesso dos negros à cidadania. Uma vez abolida a escravidão, impuseram-se as dificuldades de inserção dos ex-escravos, homens e mulheres, na “nova” sociedade. Começa aqui, em evidente desvantagem, nossa História das mulheres negras. (Nepomuceno, 2012, p. 385)

Quanto a seu papel familiar, as mulheres negras não eram esposas passivas, muitas eram responsáveis pelo sustento da família (como até hoje). Contudo, o peso da manutenção familiar acabava colocando-as num ciclo de vulnerabilidade já que não podiam prescindir do trabalho e não tinham acesso à educação. Uma forma de romper com tal ciclo era investir na educação da geração subsequente, visando isso os movimentos negros arrojaram-se na educação de seus pares, muitas vezes fundando escolas, pois não havia apoio do Estado. Outra maneira que a população negra encontrou de fazer frente às iniquidades sociais e ao racismo foi através da criação de associações e jornais negros, espaços onde as mulheres negras eram maioria, apesar de ocuparem função subalterna aos homens. Nessa direção, destacam-se: a Frente Negra Brasileira criado em 1931, com duas ramificações femininas responsáveis pelo jornal *A voz da raça*; o Conselho Nacional das Mulheres Negras que surgiu por volta de 1950, com grande adesão de empregadas domésticas; e, em 1978, o Movimento Negro Unificado contra a Discriminação Racial (MNU), tendo como uma das fundadoras Lélia González, uma das responsáveis pelo enegrescimento do feminismo brasileiro (Nepomuceno, 2012).

Como forma de oposição frente ao paradigma colonialista instituído, Míriam Alves, Jayro de Jesus e Danielle Scholz (2015) discorrem sobre o paradigma da afrocentricidade. A afrocentricidade assume que não há conhecimento neutro, que toda forma de saber se constrói em um dado contexto histórico-cultural e, muitas vezes, em detrimento de outro saber. Assim, buscando superar a visão do negro como não-humano “A afrocentricidade é entendida como um tipo de pensamento, prática e perspectiva que percebe os africanos como sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios

interesses humanos” (Asante, 2009, p. 93 como citado em Alves, Jesus, & Scholz, 2015, p. 872).

Entendo que assumir um paradigma afrocentrado, bem como outras construções narrativas, como vem sendo discutido aqui, alinha-se à perspectiva construcionista de desfamiliarização do que está posto, de ressignificação contínua do que foi naturalizado, possibilitando assim a construção de novos sentidos (Spink & Frezza, 2013). Ademais, compreendo que com a assunção de outras narrativas abre-se a possibilidade de novas construções de eu femininos (brancos, negros e de outros marcadores sociais que não foram discutidos aqui). Assumir uma perspectiva histórica ou outra é uma escolha parcial, crendo nisso podemos escolher se queremos uma história que produz posicionamentos do eu adoecidos ou outros em que podemos experimentar construções mais salutares.

3.3.3 Participação das mulheres no campo saúde mental: para além do lugar de doente¹⁹,

20

“Das choças dessa história escandalosa
Eu me levanto
De um passado que se ancora doloroso
Eu me levanto”
(Maya Angelou)

A ideia de produção coletiva, da inexistência de “heróis individuais” se faz novamente presente quando analisamos a Reforma Psiquiátrica brasileira. A Reforma Psiquiátrica brasileira foi um movimento encabeçado por trabalhadoras/es, familiares de usuárias/os e usuárias/os de hospitais psiquiátricos. O movimento reformista brasileiro, que deu origem à Lei nº 10.216/01 e, mais recentemente, à Portaria nº 3.088/11, sofreu forte influência do Movimento de Psiquiatria Democrática italiano, tendo como principal representante Franco Basaglia.

Contudo, em tal produção coletiva sobre os movimentos reformistas psiquiátricos, como salientam Rachel Passos e Melissa Pereira (2017), a colaboração das mulheres tem sido

¹⁹ Músicas sugeridas: Alguém me avisou; Acreditar.

²⁰ Esta seção e a subsequente foram transformadas em artigo intitulado “Eu sou porque nós somos: aportes sobre a construção coletiva das trajetórias profissionais femininas e do cuidado em saúde mental” aceito para publicação na Revista Feminismos.

escamoteada. Exemplo disso é a participação de Franca Basaglia no movimento italiano. Franca foi senadora, escritora e mãe, para além de esposa de Franco Basaglia. Maria Goulart (2012) ratifica que, em uma Itália extremamente conservadora da década de 1960, onde o divórcio e a contracepção eram proibidos, Franca atuou como militante estudantil e feminista. Ademais, Franca foi responsável pela primeira tradução do texto de Goffman *A carreira moral do doente mental* para o italiano, posteriormente continuou a traduzir outras obras do autor. Assim, Franca Basaglia não foi uma mera apoiadora do marido, foi uma militante ativa no movimento antimanicomial (Goulart, 2012). Produziu textos sobre saúde mental, eutanásia e até um escrito intitulado *Mulher, loucura e sociedade*, bem como outros em que dividiu a autoria com o esposo. Após a morte de Franco ela se elegeu senadora duas vezes, o que foi essencial para o movimento reformista italiano, pois auxiliou na regulamentação da Lei 180, conhecida como Lei Franco Basaglia (Goulart, 2012).

Outra importante contribuição feminina à saúde mental veio de Nise da Silveira. Nise foi a única mulher no curso de medicina num total de 157 alunos. Assim como Franca, Nise também foi militante feminista chegando a ser presa por 15 meses acusada de ser comunista. Por conta disso, passou dez anos afastada do serviço público, assumindo cargo no Centro Psiquiátrico em Engenho de Dentro em 1944, conforme discorrem Sonia de Carvalho e Pedro Amparo (2006). Em oposição aos tratamentos psiquiátricos vigentes na época (eletroconvulsoterapia, coma insulínico, lobotomia), que considerava violentos, Nise é transferida para o setor de Terapia Ocupacional onde começou a oferecer atividades como jardinagem, pintura, costura, carpintaria etc. Juntamente com Almir Mavignier, Nise organiza um ateliê de pintura para as/os pacientes e, mais tarde, prepara uma exposição das obras produzidas no hospital. O investimento nesse tipo de terapêutica culmina na fundação do Museu Imagens do Inconsciente, em 1952. A terapêutica de Nise foi fortemente influenciada pela Psicologia Analítica de Carl Jung, com quem passa a se corresponder por cartas e que, futuramente, participaria da abertura de uma exposição do Museu Imagens do Inconsciente inaugurada em Zurique. Nise também foi precursora na criação de um ambiente acolhedor para as/os pacientes internadas/os no hospital psiquiátrico, com inserção de plantas, animais, realização de atividades ao ar livre e maior circulação das/os pacientes. Posteriormente, em 1954, seria fundada a Casa das Palmeiras, com os mesmos princípios já adotados, mas servindo como um ambiente intermediário entre o hospital e casa da pessoa em sofrimento mental (Carvalho & Amparo, 2006).

O pioneirismo de Nise não se deu sem oposição, sobretudo de boa parte da comunidade médica. Entretanto, teve o apoio de uma equipe e entre suas parcerias estava Yvonne Lara da

Costa ou, como é mais conhecida, Dona Ivone Lara. Yvonne, mulher, pobre, negra e órfã na infância, foi uma das primeiras assistentes sociais negras, trabalhou no Hospital Psiquiátrico Gustavo Reidel no Engenho de Dentro, onde se aposentou em 1974, momento em que se assumiu plenamente como sambista. Formou-se primeiro em enfermagem, atuando a princípio no Hospital Colônia Juliano Moreira. Posteriormente, forma-se como assistente social e passa a trabalhar no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, atuando em conjunto com Nise da Silveira, desenvolvendo também atividades artísticas, principalmente musicais. Além da sua vanguarda na assistência social e na saúde mental humanizada, Yvonne foi também a primeira mulher a assinar um enredo de escola de samba (Praxis Especial, s/d).

Ademais, a participação das mulheres na saúde mental se dá também através da militância na liderança de associação de usuárias/os, como temos o caso em Salvador (BA) da Associação Metamorfose Ambulante (AMEA) sob o comando de Helisleide Bomfim; e da Associação Loucura de Nós, em Petrolina (PE), cuja presidenta é Lucia Batista (Pereira & Batista, 2017), apenas para citar alguns exemplos.

3.3.4 Eu sou porque nós somos: sobre a construção coletiva das trajetórias profissionais e do cuidado em saúde

Ubuntu é uma palavra das línguas zulu e xhosa da África Subsaariana que significa “eu sou porque nós somos”, título desta seção. Indica uma ética, uma filosofia de vida, que preza pela coletividade, pelos valores fraternos e que se expressa tanto no convívio social quanto no convívio com a natureza. Também nos fala que a construção do eu passa pela/o outra/o, que é coletiva e que o bem-estar de um não pode se sobrepor ao bem-estar da coletividade, conforme José Lima (2018). Assim, ubuntu remete a uma ética distante dos nossos valores capitalistas e que se aproxima tanto de um ideal de cuidado, quanto de uma produção coletiva das pessoas. E é justamente essa proposta de produção coletiva que quero discutir nesta seção para pensar o trabalho em saúde e os discursos e narrativas sociais envolvidas nas trajetórias profissionais e no delineamento do cuidado.

Para tanto, é preciso definir qual concepção de cuidado em saúde estou adotando no momento. Alinho-me à definição de Roseni Pinheiro (2009) que ratifica que:

‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas

de necessidades específicas [...] O ‘cuidado em saúde’ é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição (s/p).

Entretanto, faço uso também das discussões produzidas na teoria do *care*, compreendendo-as também como feminismo interseccional, já que suas/eus teóricas/os têm se debruçado sobre a intersecção entre gênero, classe social e raça no âmbito do trabalho de cuidado. A teoria do *care* sofre influência dos estudos de Carol Gilligan sobre a ética do cuidado (ou *care*); e de Joan Tronto sobre as dimensões políticas do trabalho de *care*, associadas às desigualdades de gênero, raça e classe.

Contudo, em minhas leituras sobre o a teoria do *care*, ela me remeteu, sobretudo, aos cuidados físicos (preparação de alimentos, troca de fraldas, realização de curativos, higienização do corpo etc.), por isso uso o termo cuidado, em consonância com o cuidado integral em saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como destaquei em citação acima. Além disso, o *care* também me denotou uma maior passividade daquela/e que é cuidado/a, enquanto no cuidado integral em saúde, (idealmente) o cuidado deve ser pactuado entre aquela/e que cuida e aquela/e que é cuidada/o, demandando uma postura mais ativa da/o usuária/o de saúde. Ademais, creio que as teorias do *care* geralmente voltam-se mais a uma relação dissimétrica de classe em que aquelas/es que assumem o cuidado são mulheres (em sua maioria) mais pobres que aquelas/es que são cuidadas/os (Passos, 2018; Hirata, 2016; Hirata, 2014; Molinier, 2014; Debert, 2014; Georges & Santos, 2014; Tronto, 2007). No cuidado em saúde no SUS a dissimetria de classe é comumente oposta. Em meu entendimento, o *care* e o cuidado integral em saúde não são antagônicos (embora o trabalho de *care* tenha um caráter de maior subordinação e precarização), mas compreendo o cuidado integral como mais amplo, podendo incluir o *care*.

Para além do âmbito do trabalho em saúde, o cuidado é uma prática que teve sua origem no ambiente doméstico, privado. Nesse sentido, as práticas de cuidado eram (e ainda são, prioritariamente) desenvolvidas por mulheres e se perpetuavam de geração em geração com ensinamentos sendo passados desde a infância: cozinhar, lavar, passar, zelar pelas crianças etc. Assim, a sociabilidade feminina era/é alicerçada em torno das práticas de cuidado, de maneira tal que o domínio de tais atividades define o que em nossa sociedade é visto como um valor: a mulher prezada. Contudo, essa construção social é desprezada, sendo que a perícia feminina no cuidado comumente é atrelada a uma essência feminina, a uma característica da “natureza feminina”, que define o que é ser uma mulher. O apelo ao essencialismo encobre o processo de

socialização e, conseqüentemente, escamoteia também uma série de fatores sociais envolvidos nas escolhas pessoais, tais como a escolha da trajetória profissional. Dito de modo mais preciso, a crença em uma essência, em uma liberdade na construção do eu e em uma determinação natural às características relacionadas ao gênero ocultam a interdependência social na construção de tais características, é o que John Shotter e Josephine Logan (1993) chamam de “sexismo sem gênero”.

Nessa direção, é preciso ressaltar ainda a interação entre o gênero, a classe social e a raça/cor em nossa sociedade e suas repercussões no cuidado. No contexto escravagista eram as mulheres negras que assumiam os cuidados domésticos, inclusive amamentando as/os bebês das/os senhoras/es. Passado esse período, nos resta uma herança vergonhosa que se reflete na associação entre a pobreza e a raça negra, com as pessoas negras ocupando os postos de trabalho mais precários e de piores salários. Conforme Flávia Biroli (2018), em 2013 aproximadamente metade das pessoas negras exercia trabalho informal, enquanto entre as pessoas brancas o quantitativo era de 34%. Isso se agrava ainda mais entre as mulheres negras, que são o estrato populacional que menos acessa o trabalho formal (Biroli, 2018). Assim, quando enfocamos o cuidado, são as mulheres negras que ocupam os postos de trabalho doméstico, como babás e empregadas domésticas e que até o ano de 2013 não gozavam dos mesmos direitos trabalhistas das/os demais trabalhadoras/es.

No trabalho em saúde o domínio feminino e a subjugação das mulheres negras e pobres também se mantêm. Concernente a isso, Rachel Passos (2018), em estudo sobre as/os cuidadoras/es de Residências Terapêuticas (RT) na cidade do Rio de Janeiro, descobriu que 88% da equipe era composta por mulheres e, dessas, 72% eram negras. Referente à escolaridade, apenas 5% tinham ensino superior completo e a maioria (64%) possuía o ensino médio completo. Destaca-se que o trabalho de cuidador/a na RT não exige formação de nível superior, apresenta vínculo precarizado e alta rotatividade nessa cidade. Tal panorama, conforme Rachel Passos e Melissa Pereira (2017), é uma nova roupagem do que foi instituído nos primeiros manicômios do país, onde o trabalho de mulheres negras (escravizadas, livres ou libertas) era utilizado nas funções de limpeza e cuidados das/os pacientes. Assim,

Isso nos mostra que a Reforma Psiquiátrica pode se assentar no trabalho feminino precário para poder “avançar”. Neste cenário, nos deparamos com o fato de que na pirâmide social o trabalho das mulheres negras é o que possui menor valorização e, por conseqüência, a pior remuneração, realidade que se agravará de maneira drástica nos próximos anos, se considerarmos a Reforma da Previdência que está em curso no país. A saúde mental, ao reproduzir a lógica da precarização do trabalho, pode representar a permanência das opressões às mulheres trabalhadoras, em especial as negras (Passos & Pereira, 2017, p. 44).

Entretanto, talvez os resultados da pesquisa de Rachel Passos (2018) sobre a maioria das/os cuidadoras/es do Rio de Janeiro ser mulher só expressem a preponderância feminina na saúde mental como um todo. Entre os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)²¹ de Salvador, por exemplo, as mulheres representam 76% (401) das/os profissionais (CNES, 2018). Ainda referente às informações dos CAPS de Salvador, entre aquelas/es cadastradas/os no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2018) como cuidadoras/es de saúde, as mulheres representam 53,4%. Entre as/os trabalhadoras/es de limpeza, as mulheres representam 74,3%. Além disso, as mulheres são 71,4% no trabalho de artesanato e 89,7% das/os técnicas/os de enfermagem. Ou seja, as mulheres são maioria nas profissões de menor escolaridade, o que só não ocorre nos cargos de agente de segurança (100% masculino) e educador/a social (83,3% homens). Contudo, tais estatísticas quanto à ocupação feminina nesses cargos só são expressivas porque as mulheres são maioria na equipe como um todo. Quando analisamos o total de mulheres e o total de homens em relação à ocupação de nível superior, temos 51% e 31%, respectivamente, ou seja, a maioria dos homens (69%) ocupa cargos que exigem menor escolaridade. Abaixo apresento como estão distribuídos cada sexo em relação à profissão de nível superior (Tabela 01).

Tabela 01:

Profissionais de nível superior dos CAPS de Salvador.

Profissão	Homens	Mulheres	Total
Psiquiatra	10	16	26
Assistente social	02	41	43
Psicóloga/o	06	42	48
Terapeuta ocupacional	01	37	38
Educador/a físico/a	07	13	20
Enfermeira/o	05	37	42
Médica/o clínica/o	02	07	09
Pedagoga/o	00	01	01

²¹ Os CAPS são os serviços especializados de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial é composta por uma série de outros serviços, mas o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de onde tirei as informações sobre as/os profissionais de Salvador contidas neste texto, não faz muitos refinamentos na busca. Assim, escolhi gerar uma planilha com as informações de todos as/os trabalhadoras/es de saúde da cidade de Salvador cadastradas/os no CNES e retirar as informações relacionadas aos objetivos da tese. Devido à dificuldade de trabalhar com um banco de dados tão abrangente e no qual não há a identificação do sexo (a identificação do sexo foi feita por mim por meio do nome do/a trabalhador/a), escolhi enfocar apenas os CAPS. Além disso, usei só os números dos CAPS de gestão municipal.

Farmacêutica/o	06	11	17
Nutricionista	00	01	01
Total	39	206	245

Fonte: informações do CNES consultadas no dia 15/08/2018 e organizadas pela autora.

As informações sobre as/os trabalhadoras/es dos CAPS de Salvador nos ajudam a perceber a face gendrada do cuidado em saúde. As mulheres assumem mais os cargos relacionados ao cuidado, habilidades manuais e expressividade, ao passo que os homens dominam o cargo relacionado ao uso da força (cargo de segurança). Tal configuração não pode ser atribuída a uma essência feminina ou masculina, mas sim aos papéis sociais que têm sido historicamente solidificados sobre o “ser homem” e “ser mulher”. São construções sociais que, para além do tempo longo, atravessam também as histórias de cada sujeito - o tempo vivido (Spink & Medrado, 2013) - o que nos diz que as supostas escolhas individuais são mais complexas e têm mais fatores envolvidos para além da vontade da pessoa.

Nessa direção, estou de acordo com Rachel Passos (2018) quando sinaliza que as próprias emoções são construções sociais e que na determinação de atividades masculinas e femininas, aos homens são atribuídas as tarefas que demandam agressividade e frieza, já às mulheres são atribuídas as atividades que demandam empatia, gentileza, delicadeza. Conformer-se a tais atividades permite também corroborar uma certa performance de gênero, o que faz com que determinadas mulheres possam ser vistas como mais ou menos femininas, por exemplo, se sua atuação profissional é mais próxima ou mais distante de um trabalho socialmente considerado “feminino”.

Infelizmente, o CNES (2018) não traz informações quanto à raça/cor das/os profissionais, mas outros números nos auxiliam a pensar os atravessamentos de raça, gênero e classe social e a desmistificar a “essência” feminina supostamente envolvida no cuidado em saúde e nas escolhas profissionais. Com esse objetivo, consultei as páginas dos conselhos de medicina, enfermagem e psicologia.

Na medicina, os homens representam 54,4% e as mulheres 45,6% dos/as profissionais em atividade. Contudo, a disparidade entre o quantitativo de médicos e médicas vem diminuindo ao longo dos anos: em 1910 as mulheres eram apenas 5% dos novos registros, já em 2010 representavam 52,46% dos novos registros. Além disso, as mulheres já são maioria nas faixas de 29 anos ou menos e entre 30 e 34 anos. Não encontrei informações sobre a raça/cor das/os médicas/os (Conselho Federal de Medicina, 2011, 2018).

Na enfermagem as mulheres representam 86,2%, ao passo que os homens ocupam 13,4% (0,4% não responderam). Quanto à raça/cor, entre enfermeiras/os, 57,9% são brancas/os, 31,3% pardas/os, 6,6% pretas/os, 2,5% amarelas/os e 0,3% indígenas. Entre as/os técnicas/os e auxiliares de enfermagem²² as mulheres são 84,7%. Relativo à raça/cor entre elas/es: 44,5% declararam-se pardas/os, 37,6% brancas/os, 12,9% pretas/os, 1,8% amarelas/os e 0,6% indígena. Outro dado relevante é a disparidade quanto ao grau de escolaridade dos pais das/os enfermeiras/os em comparação com as/os técnicas/os e auxiliares: 7,7% das/os enfermeiras/os possuem pai (ou equivalente) sem escolaridade e 31,5% com ensino superior; 8,5% têm a mãe (ou equivalente) sem escolaridade e 20,4% a mãe possui ensino superior. Entre as/os técnicas/os e auxiliares de enfermagem, 15,9% têm a figura paterna sem escolaridade e 7,8% têm o pai (ou equivalente) com ensino superior; 20,4% delas/es têm a mãe sem escolaridade e 4,7% com ensino superior (Conselho Federal de Enfermagem, 2013).

Na psicologia, as mulheres são 86,72% e os homens 13,28% (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Sobre raça/cor, só encontrei informações sobre as psicólogas: 67% se declaram brancas e 25% se declaram pardas, de acordo com pesquisa do CFP analisada por Louise Lhullier e Jéssica Roslindo (2013).

Em nenhuma das páginas dos referidos conselhos encontrei referências à identidade de gênero e orientação sexual. Quanto à classe social, apenas as informações da carreira de enfermagem sobre a escolaridade dos pais dão indícios do abismo social entre enfermeiras/os e técnicas/os de enfermagem. Esses números dão pistas de que, no que diz respeito ao delineamento das trajetórias profissionais, há muito mais fatores envolvidos do que méritos pessoais. Em países com desigualdades sociais tão marcantes, como o Brasil, recorrer ao individualismo para justificar as trajetórias é retroalimentar as desigualdades. Isso porque creio - em aproximação com as ideias de Joan Tronto (2007) - que, entre outros fatores, o individualismo encobre toda uma cadeia de cuidados que está por trás da vida de todas as pessoas. Mesmo aquelas mais autônomas fizeram uso ou ainda fazem uso de algum tipo de cuidado, mas o acesso ao cuidado é desigual. As pessoas que têm menos recursos materiais não conseguem “contratar tais serviços”²³ ou dispõem de menos tempo para realizá-los (muitas vezes porque estão cuidando de outras/os) e, conseqüentemente, não conseguem “investir” na própria trajetória profissional.

²² Atualmente já não existe a função de auxiliar de enfermagem, tais profissionais foram reajustadas/os como técnicas/os de enfermagem.

²³ Entre as/os teóricas/os do *care* existe uma discussão sobre o cuidado se configurar ou não como um serviço. Para saber mais recomendo o texto de Joan Tronto (2007) *Assistência democrática e democracias assistenciais*.

Nessa direção, cabe destacar a síntese de Flávia Biroli (2018) de como nos tornamos quem somos:

No debate sobre a responsabilização e cuidado, a crítica à dualidade entre esfera pública e privada também é fundamental. Quando essa dualidade não é problematizada, as trajetórias dos indivíduos podem ser apresentadas como distintas e independentes das relações na vida privada e das formas cotidianas de interdependência. O “sucesso” ou o “fracasso” individual, assim como a configuração familiar, podem ser apresentados como se fossem resultados de escolhas voluntárias, em vez de desdobramentos de uma série de injunções e do conjunto das alternativas disponíveis de fato. Em modelos teóricos nos quais as esferas pública e privada são autonomizadas, as relações na vida doméstica cotidiana e a influência desmedida dos agentes econômicos (que produz decisões orientadas pela lógica do lucro) podem não ser computadas na compreensão *do modo como os indivíduos se tornaram quem são* [grifo da autora] (Biroli, 2018, p. 62).

Além de repensar a dicotomia público/privado no que se refere ao cuidado é também preciso repensar a dicotomia cuidador/a-cuidado/a e dependência-independência. Joan Tronto (2008) alerta para a circulação do cuidado, não existe aquela/e que possa prescindir do cuidado na medida em que somos todas/os vulneráveis. Assim, a dicotomia entre aquela/e que cuida e aquela/e que é cuidada/o é “[...] uma forma de evitar o reconhecimento de que os que cuidam também são vulneráveis, carentes e incompetentes. Essas qualidades são retiradas dele e atribuídas somente a quem recebe o cuidado” (Tronto, 2007, p. 296). A autora ainda afirma que a discussão sobre cuidado deveria ter centralidade nos regimes democráticos, visto que a solução para as desigualdades envolvidas no cuidado seria a democratização do cuidado, o que está no cerne de uma proposta de igualdade de oportunidades.

Quando nos propomos a tentar desnudar a trama de desigualdades envolvidas no cuidado percebemos que não é mero acaso o déficit de médicas/os fora dos grandes centros do país e nem é uma suposta essência feminina que nos ajudará a entender porque as mulheres são maioria na psicologia e enfermagem, mas na carreira de saúde de maior *status* nós, mulheres, ainda caminhamos para paridade. Para além de estatísticas, os referidos números nos ajudam a pensar em quem são as/os profissionais de saúde no nosso país e como se configuram as desigualdades de gênero, raça, classe social, entre outras, tanto no que concerne às relações entre as/os profissionais e usuárias/os quanto entre as/os profissionais entre si.

Sobre as relações entre as/os profissionais, em seu texto *Cuidado, Interseccionalidade e Feminismo*, Pascale Molinier (2014) discorre sobre os resultados de sua pesquisa etnográfica que originaram seu livro *Le travail du care*, mais especificamente àqueles sobre os diversos conflitos de classe social e, sobretudo, de raça/etnia, entre a equipe de uma instituição de longa permanência para pessoas idosas dependentes na França. A autora relata as inúmeras ofensas

raciais e imposições de subordinação dirigidas pelas/os profissionais de nível hierárquico mais alto às/aos cuidadoras/es negras/os de diversas origens. Tal postura, segundo Molinier (2014), contradiz o próprio cuidado já que “[...] o bem-estar de uns não pode repousar sobre a servidão de outros” (p. 20). Nesse texto a autora ainda aborda as repercussões negativas à publicação do seu livro, principalmente no que se refere a ter mencionado a cor e origem étnica das trabalhadoras: parte das/os leitoras/es do livro não conseguiu entender qual o sentido de se falar sobre raça/etnia ao analisar o trabalho do cuidado.

Conflitos de classe entre a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também não são incomuns. Rosana Onocko Campos e Ivana Baccari (2011) encontraram atritos entre a equipe de nível médio e os profissionais de nível superior de um CAPS III: as/os auxiliares e técnicas/os de enfermagem se sentiam discriminados pelas/os profissionais de nível superior, relataram que não eram escutadas/os e que suas opiniões não eram respeitadas pelas/os demais. Eu também me deparei também com conflitos de classe entre trabalhadoras/es ao realizar uma pesquisa de dissertação em CAPS de Salvador (Medrado, 2017). Parte das/os entrevistadas/os relatou discriminação por conta da diferença do nível de escolaridade entre a equipe, referindo que aquelas/es de menor escolaridade eram colocados em uma situação de subserviência por aquelas/es com ensino superior. Tais situações comprometem a horizontalidade das relações entre as/os profissionais e o trabalho em equipe, que deveriam ser imperativos no CAPS.

Além dessas diferenças de classe, que poderíamos considerar externas ao serviço, a própria diversidade de vínculos de trabalho cultiva desigualdades entre as/os trabalhadoras/es. Novamente recorrendo às informações do CNES (2018) sobre as/os funcionárias/os dos CAPS de Salvador, constatei que 103 profissionais são vinculadas/os por contrato de tempo determinado, o que corresponde a 19,5% do total de profissionais. São poucas/os em relação ao total, mas é válido destacar como esse vínculo está distribuído. Entre as/os contratadas/os por tempo determinado, 36,8% ocupam o cargo de cuidador/a em saúde (provavelmente atuam nas RT), 23,3% são trabalhadoras/es da limpeza e 20,3% são médicas/os. Entre as/os 35 trabalhadoras/es da limpeza, 25 são mulheres (71,4%) e do total das/os trabalhadoras/es de limpeza apenas 12 são celetistas, as/os demais são todas/os contratadas/os por tempo determinado. Já as/os cuidadoras/es em saúde totalizam 58, entre elas/es 12 são estatutárias/os e 38 são contratadas/os por tempo determinado. Destoando dos resultados da pesquisa de Rachel Passos (2018) no Rio de Janeiro, há maior paridade entre homens e mulheres que ocupam o cargo de cuidador/a em saúde em Salvador: as mulheres representam 53% na atividade. Entre as/os 35 médicas/os, 14 são estatutárias/os e 21 são contratadas/os. Chama a atenção que as/os médicas/os estejam também no quantitativo de vínculo mais precarizado, mas

suponho que elas/es gozam de vantagens como maiores salários e menor carga horária no serviço quando em comparação com as/os demais trabalhadoras/es citadas/os.

As diferenças quanto à modalidade de contratação também são fonte de tensão entre a equipe. Juliana Baião et al. (2017), realizando pesquisa em dois CAPS de Salvador em período de transição da equipe, verificaram que existiam três tipos de vínculo entre os técnicos de nível superior: Termo de Ajuste e Conduta (TAC), Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e o regime de administração pública. Segundo as/os entrevistadas/os, a entrada de novas/os profissionais estatutárias/os causou mobilização no restante da equipe com vínculos precarizados, gerando subdivisões na equipe relacionadas ao tipo de contratação. Uma das entrevistadas afirmou que as/os profissionais veteranas/os com vínculos precários percebiam as/os novatas/os como uma ameaça, o que gerava uma série de emoções negativas entre a equipe.

Parto da premissa que, nos serviços de saúde, todas/os participam das práticas de cuidado: funcionárias/os da limpeza, médicas/os, seguranças, psicólogos/as, todas/os são responsáveis pelo cuidado das/os usuárias/os que acessam o serviço. Assim, concordando com Tronto (2007) sobre a importância da democratização do cuidado, entendo que “o propósito para o qual o cuidado deveria ser direcionado é tornar a sociedade o mais democrática possível” (p. 290) e estabelecer vínculos precários em um serviço público, sobretudo para aquelas/es em condições de maior vulnerabilidade social, caminha na contramão da democratização do cuidado. Ademais, como analisa Rachel Soares (2014), o vínculo temporário repercute num cuidado fragmentário e individualista, bem como representa tanto uma precarização do trabalho quanto da assistência em saúde, contrariando os valores ideológicos do SUS e servindo ao seu desmonte, o que tem sido identificado como contrarreforma sanitária.

3.3.5 Diálogos entre psicologia social e o feminismo interseccional

Como referido previamente, o movimento feminista é dividido em três ondas²⁴: a primeira iniciada no século XIX; a segunda onda circunscrita da década de 1960 a 1980; e a terceira, mais contemporânea. Essa última é reconhecida por Conceição Nogueira (2012) como de feminismos pós-modernos e pós-estruturalistas, movimento ao qual a própria psicóloga social construcionista se afilia. É preciso salientar, entretanto, que essa divisão não é consenso entre o próprio movimento feminista, podendo ser referida por outras/os autoras/es como

²⁴ Já se menciona uma quarta onda feminista, mas não será discutida neste trabalho.

assumindo diferentes configurações. Além disso, há outras vertentes do feminismo não abordadas aqui, bem como a delimitação histórica não significa que as propostas divergentes não existam em concomitância, um movimento não necessariamente sobrepuja o outro e não existe a intenção de conceber o conhecimento e a história como cumulativos.

No entrecruzamento entre a psicologia e o feminismo, Nogueira (2012) situa que a primeira onda do movimento não encontrou repercussões dentro da psicologia, justamente porque nesse período histórico a psicologia surgiu como ciência, se identificando como objetiva, neutra e empírica. Sofrendo a influência de uma psicologia construída por homens e julgada como imparcial, a psicologia colaborou com a construção da diferença psicológica entre homens e mulheres, ao atribuir traços de personalidade como masculinos (ligados à instrumentalidade) e femininos (relacionados à expressividade).

A partir da década de 1960 houve a expansão no quantitativo de mulheres que assumiu espaço no ambiente de trabalho que não o doméstico. A produção do discurso feminista de segunda onda se fez em interlocução com esse novo lugar social conquistado por parte das mulheres (lembrando que as mulheres mais pobres e/ou negras sempre ocuparam um espaço laboral que não somente o doméstico), o que ganhou repercussão também na ciência com a ocupação de cargos de pesquisa pelas mulheres. Assim, houve uma maior aproximação do feminismo e da produção científica, apesar da incongruência que havia entre os dois discursos, que se expressa fundamentalmente na crítica de parte das feministas às supostas neutralidade e imparcialidade científicas. Nesse período histórico, a produção científica da psicologia social em diálogo com o movimento feminista procurou produzir uma narrativa conciliatória, mantendo o caráter positivista e uma posição acrítica quanto aos fundamentos epistemológicos da ciência em voga até então (Nogueira, 2001, 2012). Destarte, surgiram revistas científicas e linhas de pesquisa que promoviam a interlocução entre a psicologia e o feminismo. Entre essas pesquisas, destacam-se a teoria da androginia de Sandra Bem e a teoria do papel social de Alice Eagly. Apesar de ter produzido novos conceitos e promover a remoção de uma perspectiva androcêntrica e sexista, a psicologia social feminista nesse momento não avançou quanto ao local marginal das mulheres e da tomada do homem como norma, ou da separação entre sujeito e objeto etc. Em suma, não assumiu uma posição crítica quanto ao método científico (Nogueira, 2001, 2012).

Considerando as citadas críticas, que a autora identifica como advindas do movimento pós-moderno, emerge a terceira onda do feminismo. O feminismo pós-moderno questiona a assunção da verdade e entende as diferenças entre homens e mulheres como construídas, produzidas nas interações sociais em um determinado momento histórico-cultural. O gênero

foge de uma concepção essencialista, é compreendido como fruto das interações sociais, não está “dentro” das pessoas, relaciona-se ainda com a distribuição de poder e acesso a recursos na sociedade (Nogueira, 2001, 2012). Como abordado anteriormente, a noção de eu é construída a partir das narrativas disponíveis, o que é válido também quanto à noção de eu relacionada ao gênero (Nogueira, 2012). Desse modo, sobre os discursos disponíveis: “A ciência e os meios de comunicação social construíram uma narrativa poderosa: que o gênero é diferença e que a diferença é estática, bipolar e categorial” (Nogueira, 2001, p.16). O feminismo pós-moderno defende a construção de outras narrativas que refutam essas cristalizações e polarizações.

O feminismo de terceira onda também intenta examinar outras opressões que interagem com o gênero, tais como raça, religião, orientação sexual etc., em uma proposta interseccional (Nogueira, 2012). O surgimento de um feminismo que se atentasse para a diversidade deve-se às críticas de feministas negras quanto a universalização da experiência das mulheres brancas como norteadora do movimento feminista (Crenshaw, 2002; hooks, 2013; Miguel, 2014; Nogueira, 2012).

A interseccionalidade, que foi popularizada por Kimberlé Crenshaw (2002), é definida por ela como:

[...] conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (p. 177)

Desse modo, assumem-se as diferenças entre os gêneros, raças, classes, entre outras, presentes em nossa sociedade, só que ao invés de tratar a diferença por uma perspectiva de marginalização das minorias políticas, a interseccionalidade utiliza as diferenças como marca de afirmação na busca da garantia de direitos e demarca que a interação entre as diferenças produz outros tipos de diferença, o que significa dizer que as opressões que uma mulher branca sofre nunca serão iguais àquelas sofridas pelas mulheres negras. As experiências das mulheres e de pessoas com demais marcadores sociais não são monolíticas e um suposto discurso de igualdade eclipsa as diversas discriminações que cada uma dessas pessoas é exposta em seu cotidiano.

Conceição Nogueira (2017) ratifica que a teoria da interseccionalidade permite compreender a identidade não em um sentido aditivo (“mulher+branca+heterossexual”), mas de maneira complexa, fundida, multiplicativa. Ela usa a metáfora de uma receita de bolo: “Os

ingredientes ficam de tal forma fundidos que não podem ser separados outra vez” (p. 148). Contudo, é preciso atentar também para a dinamicidade das identidades, das opressões e dos privilégios, que variam de acordo com as interações sociais.

Assim, vale salientar que a posição quanto à diferença não significa uma posição essencialista, mas deve-se à necessidade de entender a construção das práticas discursivas como situadas, que devem ser compreendidos no contexto em que são produzidos. Ademais, assume-se uma conotação ético/política de distribuição de poder, o que justifica o recorte identitário, ou o “essencialismo estratégico”, termo cunhado por Gayatri Spivak, conforme ressalta Miguel (2014):

Os grupos em posição subalterna, como é o caso das mulheres, tendem a ser reduzidos a uma “essência” simplificadora e estereotipada, que tanto nega a multiplicidade de suas experiências quanto naturaliza os efeitos de dominação. [...] é contra essa simplificação que o feminismo enfatiza os problemas da utilização da categoria “mulheres”. Spivak propõe um uso estratégico de categorias essencializadoras, entendendo que elas são necessárias para a produção de identificação, sem a qual a mobilização política não se realiza. Ela mesma reconhece os problemas dessa posição, uma vez que é fácil desconsiderar as recomendações de “vigilância” e passar do essencialismo estratégico para o essencialismo acrítico. Mas a noção de essencialismo estratégico tem o mérito de vincular a reflexão feminista pós-estruturalista com o imperativo, próprio da ação política, da construção da unidade na diferença. (pp. 83-84)

Dessa maneira, afirmo a afinidade entre os referenciais teóricos adotados na pesquisa: a psicologia social construcionista e o feminismo interseccional. A seguir delinearei o percurso metodológico cumprido até então.

4 MÉTODO: SOBRE A PESQUISA QUE SE FAZ EM ATO²⁵

O estudo é de natureza qualitativa, alinhando-se ao movimento construcionista social na psicologia e ao feminismo interseccional como referencial teórico-metodológico. Quanto ao método, é preciso situar brevemente como ocorreu a produção de conhecimento com o referencial adotado.

A pesquisa construcionista surge como um convite ao questionamento das maneiras instituídas de fazer ciência, adotando tanto outras concepções de rigor e objetividade científica quanto outros percursos metodológicos. Como esclarecem Mary Spink e Vera Menegon (2013):

²⁵ Músicas sugeridas: Harvest moon; Sonhando; Você me vira a cabeça; Petit fleur; Como nossos pais; Amor meu grande amor; Sua estupidez; I put speel on you, O que será; Canto de Ossanha.

[...] a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas.

Difere substantivamente da epistemologia tradicional porque transfere a explicação dos processos de conhecimento das regiões internas da mente para a exterioridade dos processos e estruturas da interação humana. (p. 54)

Destarte, são principalmente os momentos de ruptura do discurso, de construção do sentido, que me interessam, e esses foram construídos na interação entre a pesquisadora e as participantes do estudo, mas também entre eu e as diversas outras pessoas, produções artísticas e textos científicos que fizeram parte do meu campo-tema durante o período de escrita da tese. Nessa direção, concordo com Peter Spink (2003) quando afirma:

Investigar é uma forma de relatar o mundo e a pesquisa social é tanto um produto social para relatar quanto um produtor de relatos; uma maneira de contar – e produzir - o mundo. A pesquisa nasce da curiosidade e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência. (p.26)

Peter Spink (2008) chama ainda a atenção para a necessidade da/o psicóloga/o social estudar no cotidiano e, nesse contexto, seria um membro competente²⁶ como qualquer outra/o. É preciso marcar aqui a distinção entre estudar *o* cotidiano e *no* cotidiano. Pesquisar *o* cotidiano mantém a separação entre o/a pesquisador/a e o objeto, uma separação arbitrária; ao passo que pesquisar *no* cotidiano coloca o/a pesquisador/a como partícipe das ações, como co-construtor/a das interações e sentidos que são produzidos, como sintetiza Mary Spink (2007). Essa é a posição assumida nesta pesquisa. Os sentidos que produzimos, as narrativas que criamos, não entram em suspenso quando estamos fazendo pesquisa, bem como as/os participantes também trarão suas vivências e sentidos, inclusive aqueles produzidos sobre o/a pesquisador/a. As interações entre pesquisador/a e demais pessoas envolvidas no estudo possui as mesmas características que outras interações sociais, posto que *é* uma interação social.

Ademais, adotei ainda outra compreensão sobre o campo, dado que a separação entre o fazer pesquisa como “entrada no campo” e a vida cotidiana é artificial na medida que fiz uso do conceito de campo-tema de Peter Spink (2008): “Ao se inserir no campo-tema, sustenta-se o campo-tema, mantendo-o socialmente presente na agenda das questões diárias” (p. 73). Ou seja, não se “entra em campo” pois tudo é campo.

²⁶ Membro competente é um termo tomado de empréstimo da etnometodologia e, segundo Antar Martínez-Guzmán, Antonio Stecher e Lupicínio Íñiguez-Rueda (2016): “este término no se refiere a un individuo perteneciente a una categoría social o circunscrito a una identidad colectiva, sino a un actor social con capacidad de gestión y manejo del lenguaje en una comunidad determinada” (p. 513).

Quanto à pesquisa construcionista é preciso ainda explorar a reflexividade do/a pesquisador/a. A reflexividade diz respeito, entre outras coisas, à influência do/a pesquisador/a nos resultados da pesquisa, ou seja, a subjetividade do/a pesquisador/a afetaria a “objetividade” do fenômeno. Em pesquisas de epistemologia realista uma série de procedimentos são adotados na tentativa de controlar a influência do/a pesquisador/a sobre os achados. Contudo, na pesquisa construcionista a subjetividade da/o cientista é encarada como um recurso a mais (Spink & Menegon, 2013). Assim, a presença do/a pesquisador/a interfere e modifica o desenvolvimento do estudo, não há uma pesquisa neutra, o conhecimento construído é singular e deve ser compreendido no contexto histórico e social em que é produzido. A reflexividade também é um aspecto importante nas pesquisas alinhadas a referencial feminista, de acordo com Khatidja Chantler e Diane Burns (2015). Isso significa que a pesquisa não é neutra e que o/a pesquisador/a toma posição ao longo do desenrolar da pesquisa, a própria escolha do tema e do referencial adotado já é uma tomada de posição.

Na definição do subtítulo dessa seção me inspiro em Emerson Mehry, em suas produções sobre o trabalho vivo em ato, para descrever justamente um *processo de pesquisa*, ou seja, algo inacabado e que não se encerra com a escrita e defesa da tese e que sofreu uma série de avanços, recuos, desafios, encontros e imprevistos. Entendo que o método é também contar essa narrativa e, adotando a definição de Gergen (1998, 2011), surgem narrativas de estabilidade, progressiva e regressiva.

4.1 O DELINEAMENTO DAS MINHAS INTERAÇÕES NO SUS PARA PRODUÇÃO DA TESE

Os espaços escolhidos para produção de dados foram serviços do Sistema Único de Saúde de dois Distritos Sanitários²⁷ de Salvador. Os referidos distritos (doravante denominados de Distrito Sanitário 1, DS1 e Distrito Sanitário 2, DS2) foram eleitos por conta de relações prévias já estabelecidas pela orientadora desta tese com algumas/uns profissionais que atuam em tais distritos. De maneira mais específica os serviços selecionados foram aqueles que constituem a Atenção Básica (AB). A escolha da AB justifica-se, pois se configura como ponto de ancoragem da/o usuária/o na sua trajetória no SUS e tem uma maior capilaridade territorial, o que permite apreender a produção de saúde rompendo os limites das instituições de tal área. Contudo, partindo dessa compreensão expandida sobre o território, além de profissionais de

²⁷ Devido às peculiaridades dos dois Distritos Sanitários em questão, não farei a caracterização destes, evitando assim que os serviços e pessoas participantes da pesquisa possam ser identificados indiretamente. Chamarei-os de Distrito Sanitário 1 e 2.

duas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) distintas (mas do mesmo distrito, DS1 e que serão identificadas como NASF-AB1 e NASF-AB2), incluí como *corpus* de informações uma entrevista com profissional do CAPS II do DS2. Essa inclusão se deu, justamente, por conta dos encontros que o delinear da pesquisa proporcionou, o que me permitiu conhecer uma atividade desenvolvida por tal trabalhadora do CAPS que tinha bastante afinidade com meu tema de pesquisa, a saber: um grupo de mulheres com transtorno mental, identificado aqui como Grupo 1.

Formalmente, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), esses encontros com as minhas interlocutoras da pesquisa ocorreram a partir dia 20 de janeiro de 2020. Mas, antes disso, realizei algumas aproximações das trabalhadoras de saúde, principalmente com a profissional Isadora²⁸ (NASF-AB1), por conta de parceira da orientadora deste trabalho com a referida profissional. Assim, foi possível acompanhar algumas reuniões entre as duas, o que me ajudou a conhecer um pouco o perfil das usuárias dos serviços, conhecer as duas unidades de saúde da família apoiadas pela equipe da trabalhadora e delinear ações futuras, como a observação do grupo de mulheres realizado pela profissional (Grupo 2).

Entendo que tais interações se deram de maneira tardia, o que aconteceu em decorrência da morosidade burocrática no processo de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (CEP/IPS/UFBA). Entretanto, os encontros com as/os trabalhadoras/es do sistema de saúde foram bastante potentes para que fosse possível desenvolver algumas atividades em curto espaço de tempo, já que no mês de março não foi possível continuar as interlocuções com as trabalhadoras (apesar de ter realizado entrevista com uma delas à distância), bem como continuar as observações das atividades, em virtude da pandemia de covid-19.

O primeiro encontro, ocorrido no dia 20 de janeiro de 2020, foi bastante fértil nesse sentido. Nesse dia, marquei uma conversa com a apoiadora de saúde mental do DS2 (eu já conhecia a profissional). Nessa reunião, expliquei a ela os objetivos do projeto e questionei sobre atividades e profissionais do SUS que poderiam me ajudar nessa jornada de pesquisa. A trabalhadora me informou sobre diversas atividades desenvolvidas com mulheres em sofrimento mental, tanto fora, como dentro do DS2, não necessariamente vinculadas aos serviços do SUS e me passou uma série de contatos. Garantiu que falaria sobre a pesquisa em reuniões que tivesse dali em diante e que futuramente me passaria outros nomes e números de telefone, o que realmente aconteceu. Nesse momento, também falei a ela da minha preocupação

²⁸ Os nomes adotados aqui não são verdadeiros, foram atribuídos por mim.

em desenvolver alguma ação de contrapartida para serviços com afinidade ao meu tema e daí agendamos duas palestras com tal intuito (ver subseção 4.5). Foi ela também que me levou ao CAPS II em que era desenvolvido um dos grupos de mulheres (Grupo 1) que analisei e que me apresentou à gerente do serviço.

Por conta disso, nesse mesmo dia voltei ao citado CAPS no turno da tarde para conhecer o coordenador do serviço e a psicóloga que facilitava a atividade, Amanda. Após apresentar o projeto à gerente, ao coordenador e à Amanda, agendei uma entrevista com a profissional, que se mostrou bastante solícita desde esse primeiro contato. Em conversa com a gerente e o coordenador do CAPS também foi possível conseguir outros contatos e menção de outras atividades que poderiam ser interessantes para a pesquisa.

Assim, já nesse primeiro dia a acolhida foi muito boa, mas ressalto que nem todos os contatos fornecidos pelas/os profissionais foram frutíferos, ou porque estenderiam demais o escopo da pesquisa, ou por dificuldade de agendar reunião com as pessoas mencionadas por elas/es. No território do DS2 foi possível realizar entrevista com Amanda, a psicóloga do CAPS, com a apoiadora de saúde mental (infelizmente a gravação da entrevista foi perdida) e com duas trabalhadoras de serviço que não compõe a rede de saúde, mas que atende mulheres em adoecimento mental. Essas duas últimas entrevistas serviram como piloto para as demais entrevistas e não foram analisadas devido a uma série de questões que não cabem expor aqui. Os contatos costurados pela apoiadora de saúde mental do DS2 renderam ainda uma participação na semana pedagógica de uma equipe que desenvolvia ações com mulheres em situação de prostituição (ver na subseção 4.5).

No DS1, conforme combinado previamente com a psicóloga da equipe NASF-AB1, Isadora, pude acompanhar a realização de um grupo de mulheres (Grupo 2). Iniciei as observações no primeiro encontro do ano do grupo, no dia 30 de janeiro de 2020. A minha participação foi acordada também com a outra profissional que facilitava a atividade (Tereza); e com as mulheres do grupo, nesse mesmo dia, quando me apresentei logo nos primeiros minutos e falei do projeto e da confidencialidade das informações, obtendo a acolhida das usuárias. Voltei a me apresentar e a falar da pesquisa em encontros subsequentes, pois era comum aparecerem novas integrantes na atividade.

O grupo acontecia duas vezes ao mês, começando às nove horas e terminando por volta de onze horas. Geralmente eu chegava um pouco antes do grupo começar, tendo oportunidade de acompanhar os últimos arranjos para a realização da atividade. Como pelo menos durante dois encontros as profissionais não contavam ainda com estagiária de psicologia, ficou combinado com elas de que eu assumiria a função da estagiária, fazendo o registro das

participantes e auxiliando em outras pequenas tarefas, o momento pré-grupo também servia para que ajustássemos isso. Dessa forma, pude participar nos seguintes dias: 30/01/20, 13/02/20, 27/02/20 e 12/03/20. Estava combinada participação em encontro que seria realizado no dia 26 de março de 2020, mas nesse dia o grupo não ocorreu em virtude da adoção de medida sanitária de distanciamento social por conta da pandemia de covid-19. Nesta ocasião todas as atividades grupais foram suspensas nos serviços de saúde especializados e da AB, além disso as atividades presenciais em *lócus* de pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA) também foram suspensas.

No DS1, a partir de contato da minha orientadora por suas relações com trabalhadoras/es do SUS, tive acesso a outra psicóloga, da equipe NASF-AB2 (Fabiana) e a uma estagiária que acompanhava a referida profissional (Vanessa). Essa psicóloga também realizava grupo com mulheres (Grupo 3), sendo auxiliada pela estagiária Vanessa na atividade. Agendei horário com Fabiana, mas aconteceram vários desencontros nesse percurso, só sendo possível realizar a entrevista online (já em momento de distanciamento social). Vale mencionar que no período entre as marcações malsucedidas e o encontro online, a psicóloga se desligou da AB, assumindo trabalho distinto. Marquei encontro também com Vanessa que, à época, já não realizava estágio no território em questão, mas entendi que a experiência prévia não seria impedimento para participar da pesquisa.

Todos os encontros descritos aqui foram registrados em diário de campo. Apesar de ter mencionado com as mulheres do Grupo 2 a necessidade de registrar alguns momentos dos encontros, e de que quando o fizesse nenhuma delas seria identificada, eu me sentia pouco à vontade em fazer tais registros, por isso, no início as anotações foram mais gerais, com poucos detalhes sobre o que ocorria no grupo.

A ideia de trabalhar com grupo de mulheres não estava posta no projeto de tese, mas se deu devido a uma série encontros, de coincidências e de conveniências que só uma pesquisa apreendida feita em ato é capaz de assumir. Aproveitando toda a potencialidade que o acaso pôde me oferecer, achei pertinente aceitar a acolhida das profissionais em questão, todas bastante receptivas. Entendo que como um dos meus objetivos desde o início era analisar o cuidado em saúde, permaneço alinhada a tal objetivo ao me debruçar sobre os grupos em tela. Era por conta de tal objetivo, bem como por ser uma forma de acessar as mulheres, que foi delineado meu acompanhamento do Grupo 2. Ademais, não é surpreendente que as entrevistadas desenvolvessem grupos, sendo uma atividade bastante comum nos serviços do SUS. Compreendo que a peculiaridade de tais grupos é o perfil de participantes, mulheres, o que pode nos levar a reinvenções no cuidado em saúde, já que é corrente que os grupos se

organizem em torno de um perfil diagnóstico (diabéticos/as, hipertensos/as, adictas/os em cigarro etc.)

4.2 OS ENCONTROS

Como procedimento de produção de dados foram realizadas entrevistas, compreendidas por Odette Pinheiro (2013) como práticas discursivas, conforme define: “[...] ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade” (p. 159).

As entrevistas com as trabalhadoras foram organizadas considerando um roteiro de temático (Apêndice B) desenvolvido por mim com o intuito de atingir os objetivos da pesquisa. A descrição das atividades de grupo se deu, quase sempre, por conta do meu pedido “me fale sobre o grupo de mulheres que você desenvolve”.

Vale mencionar que o roteiro de entrevista foi sendo reformulado à medida que as interações foram se aprofundando, principalmente para dar conta das atividades grupais, o que não estava previsto a princípio. No Apêndice B é possível constatar as transformações do roteiro.

Assim, como *corpus* de análise foram consideradas cinco entrevistas, além das observações registradas em diário de campo. Todas elas foram todas realizadas por mim com trabalhadoras dos SUS (entendo a estagiária como uma trabalhadora em formação e que esteve vinculada ao SUS). O fato de todas as entrevistas terem sido realizadas com mulheres não se deu de maneira intencional, mas devido a série de fatores que discorri no tópico anterior.

A primeira entrevista ocorreu com a profissional Isadora, que compõe equipe do NASF-AB1 do DS1. A entrevista ocorreu em sala de uma das unidades de Saúde da Família que a trabalhadora apoia. Apresentei o projeto e ela assentiu conceder a entrevista assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi áudio gravada pelo gravador do celular e teve 25 minutos e 52 segundos. A gravação foi transcrita na íntegra, totalizando nove páginas em espaçamento simples em documento do *Word*. A profissional é psicóloga formada em 2008, se reconhece como branca, tinha 34 anos à época, é mestra e especialista em Saúde da Família e Comunidade (Quadro 11).

A segunda entrevista foi concedida por Amanda. Foi realizada em sala do CAPS II. Após apresentação do projeto de pesquisa, a profissional aceitou participar do estudo e assinou o TCLE. A entrevista foi áudio gravada pelo meu aparelho celular, teve duração de meia hora e trinta e três segundos, a transcrição na íntegra gerou documento do *Word* de dez páginas em

espaçamento simples. Ela se declara como parda, é psicóloga, tem 43 anos e especialização em neuropsicologia (Quadro 11).

A entrevista três foi concedida por Tereza (que compõe a equipe NASF-AB1) após assinatura do TCLE. Tereza já conhecia o projeto de pesquisa, pois no momento da entrevista eu já acompanhava o grupo que ela realizava em parceria com Isadora. A entrevista ocorreu em sala onde o grupo era realizado, em uma das unidades de Saúde da Família de Salvador que ela apoia. Foi áudio gravada nos mesmos moldes das demais, com duração de 22 minutos e 27 segundos, sete páginas de transcrição na íntegra. Tereza é terapeuta ocupacional, autodeclarar-se branca, formou-se em 2008, cursava doutorado à época da pesquisa (Quadro 11).

A entrevista seguinte foi realizada com Vanessa, com os mesmos procedimentos das anteriores. Foi marcado encontro em *campus* da UFBA e a entrevista foi feita em sala da instituição. Vanessa foi estagiária de Fabiana acompanhando-a em diversas atividades do NASF-AB2, inclusive na realização do Grupo 3. A duração da entrevista foi de 35 minutos e 48 segundos, a transcrição na íntegra resultou em 13 páginas. Vanessa tinha previsão de conclusão do curso de psicologia no final de 2020, é branca e tem 23 anos, teve outras experiências de estágio tanto em serviços do SUS como em outras instituições fora da alçada da saúde (Quadro 11).

A última entrevista realizada foi com Fabiana (NASF-AB2). Como mencionei previamente, por uma série de desencontros essa entrevista não foi realizada presencialmente. A proposta de realizar a entrevista online partiu da própria entrevistada, pois ocorreu em período de distanciamento social. Após alguns problemas com as plataformas de conversa por vídeo online, usamos o *Zoom*. Acessei o *Zoom* por aparelho celular e áudio gravei a entrevista por outro aparelho. Nós duas estávamos em ambiente residencial. Teve duração de uma hora, oito minutos e quarenta e oito segundos, totalizando 24 páginas de transcrição na íntegra. Fabiana é psicóloga formada em 2009, se identifica como negra/preta, tem 35 anos, duas especializações concluídas e uma em curso à época da entrevista (Quando 11).

QUADRO 11: PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUAS CARACTERÍSTICAS.

Nome	Idade à época	Raça/cor autodeclarada	Formação	Ano de formação	Pós-graduação	Distrito Sanitário/ Equipe NASF-AB
Isadora	34	Branca	Psicóloga	2008	Residência em Saúde da Família e Comunidade, mestrado em Gestão da Clínica.	DS1/NASF-AB1
Amanda	43	Parda	Psicóloga	2005	Neuropsicologia	DS2
Tereza	34	Branca	Terapeuta Ocupacional	2008	Residência em Saúde da Família, mestrado em Saúde Pública e na época cursava doutorado em Saúde Coletiva.	DS1/ NASF-AB1
Vanessa	23	Branca	Estudante de Psicologia	Previsão de término final de 2020	Não se aplica	DS1/ NASF-AB2
Fabiana	35	Negra/preta	Psicóloga	2009	Duas especializações concluídas: Psicologia e Ação Social, e Saúde da Família. Uma especialização em curso na época em Clínica Sistêmica.	DS1/NASF-AB2
Carol (Eu)	37	Branca	Psicóloga	2009	Residência Multiprofissional em saúde mental; mestra Saúde, Ambiente e Trabalho; doutoranda em Psicologia Social.	Não se aplica

Fonte: produzido pela autora a partir das informações fornecidas na entrevista.

A caracterização das participantes aqui vai além de uma leitura de “dados sociodemográficos”. É útil para analisarmos as simetrias e assimetrias na interação entre a

pesquisadora em questão e as trabalhadoras. Para tanto e assumindo a posição reflexiva, me incluo na tabela como participante da pesquisa. De antemão, assumo que a relação pesquisadora/entrevistadas comumente já tem uma posição assimétrica, sendo que o/a pesquisador/a é encarado/a como aquele/a que “sabe mais” e a/o entrevistado/a como um “objeto” a ser investigado. Embora a pesquisa construcionista vá em outra direção, em que as/os participantes da pesquisa não são encaradas/os como objeto, acredito que vestígios dessa ideia se mantêm nos contextos de pesquisa, ao menos na visão das pessoas com as quais interagimos durante o processo de produção de informações. Isso ainda precisa ser desfamiliarizado. Ademais, as pesquisas feministas também devem estar atentas às disparidades de poder que uma pesquisa acaba reproduzindo, conforme Khatidja Chantler e Diane Burns (2015). Todavia, para além do posicionamento de pesquisadora, sou também uma profissional de saúde e psicóloga, como maioria delas, o que pode ter dissolvido a relação de poder. O uso de alguns termos específicos da saúde coletiva, matriciamento, por exemplo, mostra que era vista como membro competente (tomando de empréstimo o termo da etnometodologia) pelas minhas interlocutoras.

Sobre essas simetrias/assimetrias que posso analisar (alinhada à proposta interseccional de considerar gênero, classe e raça na pesquisa), começo pelas questões de gênero: não foi uma escolha intencional entrevistar apenas mulheres, mas acho muito profícuo, considerando o tema da pesquisa. Ademais, o fato de todas serem mulheres cisgênero, como eu, traz uma maior proximidade e diluição das relações de poder quanto ao gênero nas interações decorrentes da pesquisa. Ressalto ainda que as participantes mostraram grande afinidade com o tema da pesquisa, algumas já apresentando intersecções entre raça, classe e gênero ao dialogar sobre os temas que propus. Ainda sobre isso, destaco que Fabiana é uma psicóloga que, em atendimentos clínicos particulares, só atende mulheres e, em paralelo às demais atividades, desenvolve ações com um grupo de psicólogas feministas.

O fato de, com exceção de Vanessa, todas as demais serem pós-graduadas - Isadora e Tereza com alto grau de escolaridade e com formação muito semelhante à minha - confere ainda uma maior familiaridade com o universo da pesquisa acadêmica o que pode ter favorecido, entre outros fatores, a minha participação no Grupo 2. Além disso, três das entrevistadas (Fabiana, Vanessa e Isadora) já tinham grande aproximação com Mônica, minha orientadora, por sua inserção na rede de saúde, o que, em certa medida, pode ter contribuído para uma relação de maior confiança na interação delas para comigo.

Outro aspecto a ser considerado é a paridade racial. Concernente a isso, recorro a Lia Schucman, Eliane Costa e Lourenço Cardoso (2012) que discorrem sobre a importância de a

identidade racial do/ pesquisador/a ser levada em questão nas relações com as/os participantes de pesquisa: “[...] no momento da realização do campo da pesquisa, pesquisadores e pesquisados olham-se por meio de uma lente racializada, mesmo que tacitamente” (p. 17). Nesse sentido, não há paridade racial apenas entre mim, Amanda²⁹ e Fabiana. Isso pode representar uma relação assimétrica, mas, por outro lado, a entrevista com Fabiana foi a mais longa e a mais aprofundada. Acredito que a profissional esteve bem à vontade durante a realização da entrevista, me sugerindo livro e sendo assertiva ao pedir que eu suprimisse um trecho da conversação.

Todavia, fazer com que prevalecesse apenas a paridade, seja de gênero, raça ou classe, seria desconsiderar uma riqueza de possibilidades de interação e de olhares que vão além das experiências semelhantes as minhas. Além do mais, corre-se o perigo de cristalizar as pessoas em determinadas posições do eu e resumir suas singularidades a tais marcadores, as interações sociais, ao menos entre aqueles/as que são antirracistas e antimachistas, não se dão com marcadores, mas com pessoas. Reconheço ainda que tais marcadores não estão dados, são construções sociais dinâmicas, mas que são relevantes na produção de subjetividades, discursos e sentidos.

Por outro lado, se é preciso atentar aos atravessamentos de poder na pesquisa, as relações de poder não são estáticas e irreversíveis, ou seja, o poder não está reificado nas pessoas, em um governo ou instituição, ele circula socialmente, sendo sempre possível oferecer-lhe resistência, desde que não haja relações de dominação (o que está distante desta pesquisa) (Foucault, 2010). Assim, encaro que considerar as relações de poder na pesquisa não se constitui como uma obrigação inescapável de controlá-las ou contorná-las (posto que não é possível não ter poder envolvido nas relações sociais), mas no tocante a não as menosprezar e invisibilizar.

Destaco aqui também as características dos grupos desenvolvidos pelas profissionais. O Grupo 1 era realizado em um CAPS II de Salvador do DS2, idealizado e facilitado por Amanda. Ocorria uma vez por semana, no turno da manhã, com duração média de uma hora e meia. O grupo chegou a contar com treze usuárias, à época da entrevista participavam de sete a oito usuárias.

²⁹ Amanda se autodeclara parda ao ser questionada quanto a sua raça/cor: “Eu me defino como parda porque tá na minha certidão de nascimento”. Contudo, em outro momento da entrevista, quando fala de sua interação com uma usuária negra, refere o incômodo dessa por ela ser branca. Eu também a reconheço como branca e acho bastante complexo resumir a raça/cor ao registro na certidão de nascimento, no meu documento, por exemplo, a identificação de raça/cor não está preenchida.

O Grupo 2 era realizado em uma unidade de Saúde da Família de Salvador, era facilitado por Isadora e Tereza, ambas da equipe NASF-AB1 do DS1. Ainda compunham a equipe: estagiárias/os de psicologia, a depender do período do ano; e duas agentes comunitárias (ACS). As últimas não atuavam como facilitadoras/es, mas prestavam a função de apoio/auxílio. Foi o grupo que acompanhei como observadora participante. O grupo acontecia duas vezes ao mês, durante o turno da manhã, com duração média de uma hora e meia. O quantitativo de usuárias variou bastante durante o período que observei, segundo as profissionais o número era de oito a vinte.

O Grupo 3 era realizado fora da unidade de saúde, em um recurso comunitário³⁰ muito próximo ao serviço, uma organização de mulheres do bairro. Era facilitado por Fabiana, em parceria com duas mulheres da referida organização, mas por vezes a facilitação era realizada por membro externo. A periodicidade era semanal, matutino e com uma hora e meia de duração. Também contava com o auxílio de estagiárias de psicologia (uma delas entrevistada, Vanessa) e de fisioterapia. Esse grupo não era composto apenas por usuárias vinculadas ao serviço de saúde, mas também por mulheres do recurso comunitário e por profissionais (maioria Agentes Comunitárias de Saúde - ACS). O quantitativo de participantes girava em torno de oito a vinte mulheres, mas a maioria era de profissionais do serviço. O Grupo 2 e o Grupo 3 eram realizados no DS1, pelas equipes NASF-AB1 e NASF-AB2, respectivamente.

4.3 OS PERCALÇOS

Conforme destaquei logo na introdução deste trabalho, um dos principais imprevistos foi o distanciamento social decorrente da pandemia de COVID-19, momento em que ainda me produzindo as informações da pesquisa. Mas, antes disso, uma outra dificuldade foi relacionada às burocracias da passagem do projeto pelo CEP do IPS da UFBA.

Apesar de ter submetido o projeto ao referido CEP em março de 2019, o parecer favorável desenvolver as atividades de campo só ocorreu em dezembro de 2019. Isso não em decorrência de uma questão ética do projeto, mas, principalmente, devido a um atraso de três meses para entrar em avaliação e, daí em diante, por uma série de trâmites burocráticos e exigências de documentos. Tal fato representou um grande atraso em todo cronograma da

³⁰ Não é possível identificar ou caracterizar o referido recurso comunitário sem identificar indiretamente as profissionais envolvidas e o território em questão. Por conta disso, por vezes me referirei a ele como recurso comunitário (uso o próprio termo de uma das entrevistadas), grupo de mulheres da comunidade, associação de mulheres da comunidade ou termos afins.

pesquisa, já que em meu planejamento em dezembro de 2019 estaria finalizando o trabalho de campo.

Assim, com autorização oficial de entrada nos serviços em janeiro de 2020, em março (quando começou o distanciamento social em Salvador por conta da covid-19) eu ainda estava com atividades previstas como observações do grupo, entrevista com profissional (Fabiana) e palestra (atividade de contrapartida, ver subseção 4.5) que foi marcada desde janeiro e precisou ser cancelada.

Entre aquilo que estava planejado para ocorrer, foi possível fazer a adaptação da entrevista com Fabiana, que se daria presencialmente, para realização online. Mas a realização da entrevista online também apresentou dificuldades com oscilação da internet, problema nos equipamentos (celular e *notebook*), impasses quanto à plataforma em que a entrevista seria realizada, ruídos nos ambientes. Contudo, essa foi a entrevista mais aprofundada, com duração de mais de uma hora.

Sobre isso, creio que cabe comparar os locais onde as entrevistas foram realizadas. Em comparação com a entrevista que foi realizada online, bem como outra entrevista realizada fora dos serviços de saúde, entendo a realização da referida atividade nos locais de trabalho das profissionais como outro empecilho. Em alguns momentos foi difícil encontrar momento livre na agenda das trabalhadoras, sobretudo das profissionais dos NASF-AB, sendo mais fácil para elas que o encontro ocorresse no serviço, entre uma atividade e outra da agenda. Entretanto, o espaço de tempo para a entrevista era curto, as salas eram disputadas pelas pessoas da equipe de saúde e foi frequente a interrupção das entrevistas porque alguém entrou no local. Isso tornava as entrevistas tensas, ao menos de minha parte, que me sentia “roubando” o tempo que as trabalhadoras poderiam estar dedicando às/aos usuárias/os.

Como dificuldade, vale mencionar ainda que uma das profissionais convidada a participar da entrevista, ora resistia, ora aceitava concedê-la. Mas, por fim, ao ler o TCLE, recusou a participação, dando apenas dados informais sobre a atividade em questão (um grupo com mulheres em situação de rua) que não foram gravadas, apenas registradas em anotações. Ressalto que não houve coerção de minha parte para a realização da entrevista, a interação foi bastante confusa: havia entrado em contato com ela por mensagem de celular marcando o encontro, mas ela não entendeu que seria uma entrevista e quando a questioneei se poderíamos realizá-la no momento, respondeu que teria outro compromisso, mas voltou atrás várias vezes parecendo estar ora insegura para concedê-la, ora culpada por recusar. Justificou que não se sentia à vontade para falar sobre o grupo porque não foi concebido por ela (embora fizesse parte

da equipe que o facilitava) e sugeriu que eu entrasse em contato com a profissional que idealizou a atividade.

Por conta disso, marquei encontro com a referida profissional, mas a trabalhadora não apareceu nem respondeu às minhas mensagens, só justificando sua ausência mais de uma hora depois, referindo que estava incomunicável em uma reunião que atrasou bastante. Esse encontro não foi reagendado porque entendi que os diversos contratempos eram, na verdade, recusas para participação na pesquisa.

Outra situação que ocorreu foi que a gravação de uma entrevista foi perdida, ao fim da atividade ao invés de registrá-la no celular (aparelho que usei para gravar) acabei cancelando o salvamento, restando apenas os registros manuscritos do encontro.

4.4 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Quanto aos procedimentos de análise, uma pesquisa de base construcionista parte da premissa que o processo interpretativo pode ser encarado como uma conversação com a ciência. Entretanto, para que tal conversação seja possível, é preciso dominar a própria linguagem do fazer científico, até para que se possa contestá-lo, se for o caso. Nesse sentido, o rigor científico é buscado com a explicitação detalhada de todos os passos da análise e interpretação das informações, de acordo com Mary Spink e Helena Lima (2013). Parto da compreensão de que a análise é um processo cíclico e inacabado, de produção de sentidos que se dão no encontro entre eu e as/os entrevistadas/os. Produções diversas científicas e não científicas também deram suporte à análise, bem como as minhas interlocuções com minhas/meus pares. Além disso, como já destaquei na introdução, toda minha imersão em um campo-tema que não começou na pesquisa de tese, em uma amarração das minhas histórias e das histórias da minha família no tempo curto e vivido (Spink & Medrado, 2013) participam da análise.

O *corpus* da pesquisa é composto por cinco entrevistas realizadas com profissionais de saúde (totalizando 63 páginas de transcrição na íntegra dos áudios das entrevistas), bem como pelas anotações realizadas em diário de campo das observações da dinâmica dos serviços estudados.

Recorrendo novamente a Spink e Lima (2013) convém destacar que:

Cumpre-nos esclarecer, de início, que o processo de interpretação é concebido, aqui, como um processo de produção de sentido. O sentido é, portanto, o meio e o fim de nossa tarefa de pesquisa. Como atividade-meio, propomos que o diálogo travado com as informações que elegemos como nossa matéria-prima de pesquisa nos impõe a necessidade de dar sentido: conversar, posicionar, buscar novas informações, priorizar, selecionar são todos decorrências do sentido que atribuímos aos eventos que compõem

o nosso percurso de pesquisa. A exemplo dos diálogos travados em tantos outros domínios de nossas vidas, buscamos, em nossas pesquisas, entender esses eventos à luz de categorias, hipóteses e informações contextuais variadas. A interpretação emerge, dessa forma, como elemento intrínseco do processo de pesquisa. Não haveria, assim, momentos distintos entre o levantamento das informações e a interpretação. Durante todo o percurso da pesquisa estamos imersos no processo de interpretação. (p. 82)

Assim, alinhando-me às autoras, também creio na interpretação das informações como processual, ocorrendo, principalmente, à medida que fui interagindo com as participantes e realizando as entrevistas e transcrições (todas feitas por mim). Ademais, todas as leituras de trabalhos científicos e demais produções colaboraram também nessa interpretação.

Entendendo que o processo de análise não é algo que está assentado e que se dá seguindo um determinado molde teórico-metodológico, a minha organização das informações ocorreu como uma mescla entre os mapas de associação de ideias (Spink & Lima, 2013) e a análise de conteúdo temática (Vázquez Sixto, 1996).

Spink e Lima (2013) afirmam que, nos mapas de associação de ideias, partem-se de categorias gerais temáticas, relacionadas com os objetivos do estudo, procurando inserir as sequências das falas em tais categorias sem a realização de cortes no diálogo. Esse seria um primeiro momento de organização das informações, sendo possível a redefinição de categorias considerando os sentidos que aparecem a partir dos resultados.

Já a Análise Categorical Temática descrita por Félix Vázquez Sixto (1996) compreende três etapas: pré-análise, codificação e categorização. Na primeira etapa são organizados os materiais da pesquisa e feita leitura exhaustiva deles, selecionando entre eles qual será o *corpus* utilizado na análise relacionando com os objetivos da investigação. A segunda etapa, codificação, realiza-se uma fragmentação do texto, destacando as unidades de registro e as unidades de contexto. Considera-se o caráter semântico dos fragmentos, sendo que a unidade de registro corresponde aos fragmentos com significação, e a unidade de contexto é o que permite compreender o contexto do fragmento da unidade de registro. A categorização é a fase em que são definidas as categorias, quase sempre delineadas por analogia semântica.

Assim, me inspirando nos dois procedimentos, descreverei como organizei o material e defini as categorias temáticas. A primeira etapa que compreendo no processo de interpretação foram as realizações das entrevistas, que foram todas feitas por mim. Nessa tônica, a partir da interpretação das informações que foram surgindo no decorrer de tais processos dialógicos os objetivos da pesquisa e o instrumento de pesquisa para dar conta deles foram se reconfigurando. As transcrições de todas as entrevistas na íntegra também compõe essa primeira etapa, visto que eu fiz todas as transcrições. O contato com esse material permitiu uma primeira ideia de

organização das informações por temas, já que, obedecendo a um roteiro delineado visando atingir os objetivos da pesquisa, foi possível encontrar afinidade entre as entrevistas. Todo esse material foi organizado em uma pasta no meu *notebook* contendo tanto as gravações de áudio das entrevistas como as transcrições.

A etapa seguinte foi a leitura exaustiva das transcrições das cinco entrevistas. Isso posto, organizei tabelas em *Word* com colunas contendo: as unidades de registro (trechos das entrevistas os mais íntegros possíveis); as unidades de contexto correspondentes a cada unidade de registro (as minhas perguntas que motivaram a declaração ou algum trecho anterior da fala que foi suprimido na unidade de registro e que me pareceu necessário para entender ao que o extrato destacado se referia); provável categoria temática e subcategorias temáticas; e interpretação, onde eu escrevi minhas primeiras impressões sobre os trechos das entrevistas destacados e textos que poderiam ser úteis na análise.

A partir da leitura intensa das entrevistas, das organizações das tabelas e em diálogo com a literatura delinee as seguintes categorias temáticas: 1- uma categoria sobre os grupos de mulheres devido a preponderância do tema tanto nas entrevistas, quanto nas minhas observações intitulada “Consortorizar: sobre os grupo de mulheres”; 2- uma categoria para demais ações de cuidado que surgiu, justamente, por conta da separação específica de uma categoria sobre grupos, denominada de “Outros espaços de cuidado e sua relação com as políticas públicas e documentos de domínio público”; 3- uma categoria sobre as diversas violências sofridas pelas mulheres, tanto no que se refere as suas relações íntimas quanto às violências institucionais, com título de “‘Essas mulheres não têm problema para parir’: sobre as diversas violências nos serviços de saúde”.

A primeira categoria, “Consortorizar: sobre os grupos de mulheres”, foi organizada após leitura aprofundada das entrevistas selecionando os trechos correspondentes à menção aos grupos, quase sempre motivados pelo meu pedido “me fale sobre o grupo de mulheres que você realiza”. Seguiu a mesma estruturação em tabela do *Word*, ou seja, colunas identificadas como: unidades de registro; unidades de contexto; categoria temática e subcategorias; e interpretação. A definição dos subtemas considerou tanto a semelhança de temas sobre o grupo que apareceram nas entrevistas, como produções teóricas que abordam sobre a organização e características da atividade. Assim, foram definidas as seguintes subcategorias: como os grupos surgiram; contextos de conversação; as mediadoras e a mediação dos grupos; perfil das usuárias; principais demandas; objetivos dos grupos. Muitos dessas subcategorias temáticas se originaram da literatura específica sobre grupos que os dividem em uma variedade de elementos a serem enfocados em sua construção.

A segunda categoria “Outros espaços de cuidado e sua relação com as políticas públicas e documentos de domínio público” foi construída nos mesmos moldes da primeira e apareceu como um contraponto aos grupos. Nessa categoria inscrevi uma série de atribuições das trabalhadoras da saúde, sobretudo do NASF-AB, da cadeia de cuidado direcionado às mulheres que atendem, em sua maioria mulheres negras e pobres. Na citada categoria analisei os demais momentos de cuidado construídos pelas profissionais em articulação com as políticas públicas e outros documentos de domínio público da área da saúde, partindo da compreensão que esses se configuram como discursos sobre o cuidado, formas institucionalizadas de linguagem que participam da construção de sentidos. Ademais, uma das abordagens do cuidado no campo de estudos feministas é justamente em sua aliança com as políticas públicas (Marcondes, 2020).

A terceira categoria “‘Essas mulheres não têm problema para parir’: sobre as diversas violências nos serviços de saúde” foi uma ingrata surpresa no processo de análise. À medida que lia e relia as entrevistas as narrativas sobre violência foram ficando mais e mais salientes. A princípio, pensei em uma categoria só sobre as violências nas relações íntimas, principalmente nas relações conjugais. Contudo, os relatos sobre outras violências foram ganhando corpo e forma em uma compreensão de que uma série delas eram violências institucionais relacionadas ao fato de serem mulheres, pobres e negras. Acho que foi uma ingenuidade minha não prever que, tratando de tais intersecções, não surgiriam relatos de violências diversas. Amadurecendo as análises sobre as referidas violências não me pareceu necessário separá-las, pelo contrário, reconheço-as como tendo a mesma raiz: as relações de poder que se configuram na intersecção entre essas opressões.

Vale mencionar que no decorrer de todo o processo fiz aquilo que Vázquez Sixto (1996) identifica como laço recursivo, ou seja, retomei as etapas anteriores e as transcrições originais para ter certeza quanto à adequação da categoria, subcategorias temáticas e dos trechos das entrevistas e observações correspondentes a elas.

Procurando preservar o contexto interativo, fiz poucas supressões nas declarações das entrevistadas, por vezes aparecem trechos longos que visam manter tanto o contexto quanto o encadeamento de enunciados das práticas discursivas, bem como a concepção da entrevista como uma forma de interação social, embora no caso das minhas entrevistas tenham ocorrido algumas limitações em relação à dialogia. Por isso também conservei os momentos em que assinto durante as entrevistas, mostrando às entrevistadas que estou acompanhando suas falas, e as passagens que identifiquei como pausas e silêncios das participantes. Em tais trechos fiz a identificação das declarações pelas iniciais dos nomes (C, quando o trecho remeter à expressão minha).

Por fim, deixo claro que as subdivisões em categorias temáticas e subcategorias é também uma prática discursiva, são formas de organização da linguagem (Spink & Menegon, 2013). As categorias não estão dadas, foram construídas considerando os objetivos da pesquisa, como um recurso para organizar as informações elencadas. Contudo, algumas separações podem ser deveras arbitrárias, mas também expressam a pesquisa feita em ato, com suas limitações e potências.

4.5 A CONTRAPARTIDA DA PESQUISA

Desde a elaboração do projeto almejava tentar dar conta de uma instrumentalização e objetificação que as pesquisas acabam incorrendo no contato com suas/eus interlocutoras/es. A recorrente crítica de que as/os pesquisadoras/es vão ao “campo”, retiram as informações necessárias, sem dar nenhum tipo de retorno às pessoas e serviços envolvidos me atormentava. Eu intentava, em um compromisso idealizado, oferecer algum tipo de contrapartida mais horizontalizada às/aos trabalhadoras/es e usuárias/os do SUS que me acolhiam no meu estudo. Pretendia fugir da ideia academicista de que nós, pesquisadoras/es, sabemos mais sobre aquilo que os “não acadêmicas/os” precisam e querem.

Contudo, devido a uma série de dificuldades, algumas já descritas, outras de relacionamento interpessoal, por falta de intimidade com as/os trabalhadoras/es, pelo curto espaço de tempo que tive com os serviços, a proposta de maior horizontalidade nas relações e não se deu a contento, ao menos na minha avaliação.

Entretanto, apesar de não ter correspondido às expectativas que eu mesma criei, consegui desenvolver duas ações, tinha mais uma agendada, mas foi cancelada por conta da pandemia de covid-19.

A primeira ação ocorreu a convite da apoiadora de saúde mental de DS2 após falar a ela da minha intenção de desenvolver alguma atividade de contrapartida. Assim, combinamos que eu faria uma palestra sobre saúde mental e gênero no primeiro encontro do ano do Grupo de Trabalho em saúde mental do DS2. A atividade ocorreu no dia 17 de fevereiro de 2020, no turno da tarde e contou com a participação de profissionais de CAPS ad e CAPS II, um médico da Atenção Básica, uma pessoa da Defensoria Pública, uma profissional que trabalha com saúde da população LGBTQIA+, entre outras/os trabalhadoras/es. O título da palestra foi “‘São doentes porque são mulheres’: medicalização e saúde mental feminina durante o ciclo reprodutivo”, utilizei as informações da categoria ciclo reprodutivo da revisão de literatura apresentada aqui, mas trazendo notícias relacionadas ao tema e em uma linguagem menos

acadêmica, de maneira que fosse mais acessível a todos/as. A ação durou duas horas e quinze minutos, com quarenta minutos da minha apresentação e o restante do tempo com debate sobre a temática. Avalio que a atividade foi bastante proveitosa, com engajamento das/os profissionais no debate e discussão de casos. O debate girou muito em torno dos aspectos biológicos e sócio-históricos do adoecimento mental feminino. Ao final, uma profissional me abordou pedindo que lhe enviasse um texto que mencionei sobre violência contra mulher para discutir o tema em reunião com suas/eus colegas do CAPS.

A outra ação também ocorreu por intermédio da apoiadora de saúde mental que mencionou minha pesquisa em algumas ações que realizou com trabalhadoras/es do DS2. Por conta disso, a coordenadora de uma instituição de apoio às mulheres em situação de prostituição entrou em contato comigo para realizar atividade sobre saúde mental e gênero na semana pedagógica do referido serviço. Para delinear melhor a atividade, combinamos um encontro para que eu conhecesse a instituição e para que ela me falasse o que pretendia com a ação. Assim, no dia 10 de março de 2020, no turno da tarde, realizei palestra sobre saúde mental da mulher em situação de prostituição, fala que organizei especificamente para o serviço. Participaram do encontro todas/os as/os profissionais do serviço (em torno de nove). A duração foi de mais ou menos três horas, com dinâmica mais participativa da equipe, que fez intervenções ao longo da apresentação.

A terceira ação, apesar de não ter ocorrido, organizei como uma oficina sobre saúde mental e gênero na infância/adolescência. O convite também partiu da mesma apoiadora e a atividade seria voltada para profissionais de um outro Grupo de Trabalho. Aconteceria no dia 17 de março de 2020, mas foi cancelada no dia anterior, em virtude da pandemia de covid-19.

Acredito que as atividades de contrapartida desenvolvidas se deram de maneira diferente do que tinha intencionado. O modelo palestra não é muito favorável a relações mais horizontais, ficando sempre um distanciamento artificial entre “aquela/e que sabe” e “aquelas/es que não sabem”. O ideal seria pactuar com as equipes as ações, mas isso foi impossível de ser construído em curto espaço de tempo. Ademais, apesar de ter mencionado meu objetivo de oferecer alguma ação de contrapartida com quase todas as pessoas que entrei em contato no campo, só quem acolheu tal ideia foi a apoiadora de saúde mental. As/Os demais pediram apenas que lhes apresentasse a tese quando estivesse pronta. O que será feito futuramente.

4.6 OS CUIDADOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA (parecer nº 3.738.605), sendo desenvolvido após aprovação do referido comitê. A pesquisa seguiu as normas da resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes da pesquisa assinaram o TCLE (Apêndice C), antes informei-as o objetivo do estudo.

Foram suprimidas uma série de informações para que nenhuma das mulheres participantes da pesquisa fosse identificada, por conta disso as experiências prévias das informantes não foram explicitadas. Pelo mesmo motivo não foram detalhadas características sobre os Distritos Sanitários em questão. As mulheres foram identificadas por nomes atribuídos por mim.

Entendo também como cuidado ético as aproximações cuidadosas que estavam sendo feitas com as usuárias do serviço de saúde e a própria desistência do projeto original, já que não seria possível desenvolver entrevistas presenciais em virtude da pandemia de COVID-19.

As transcrições e áudios das entrevistas e do diário de campo serão mantidos digitalizados sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos.

5 SENTIDOS SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL E O CUIDADO

“Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina”
(Triste, louca ou má; Francisco, el hombre)

Nesta seção serão discutidos os sentidos que as/os profissionais de saúde constroem sobre o trabalho de cuidado direcionado às mulheres em sofrimento mental. Subdivide-se em uma subseção específica sobre o grupo de mulheres, já que todas as entrevistadas realizavam esse tipo de atividade, “Consortorizar: sobre o grupo de mulheres”; outra subseção sobre as demais atividades de cuidado desenvolvidas, para além do grupo de mulheres, “Outros espaços de cuidado e sua relação com as políticas públicas e documentos de domínio público”; e outra subseção sobre as múltiplas violências enfrentadas pelas mulheres negras e pobres que acessam o SUS, intitulada “‘Essas mulheres não têm problema para parir’: sobre as diversas violências nos serviços de saúde”.

5.1 CONSORORIZAR: SOBRE OS GRUPOS DE MULHERES³¹

“Confraternizar quer dizer *agir como irmão*. Luke me disse isso. Disse que não existia uma palavra correspondente significando *agir como irmã*. Só poderia ser *consororizar*, explicou. Do latim.” (Atwood, p. 17)

Embora o termo sororidade tenha sido um tanto banalizado pelo excesso das redes sociais e apropriado pelo feminismo liberal, bem como por vezes é ainda referido como uma acepção válida apenas para um feminismo branco. Aqui, me alinho a bell hooks (2019a) e acredito na possibilidade de se construir uma irmandade indo na contracorrente a um processo de socialização que ensinou a nós, mulheres, a nos vermos como rivais e a competirmos umas com as outras. É importante se opor ao esvaziamento e distorção do termo, do entendimento falso de que compele as mulheres a amarem e apoiarem qualquer outra apenas por ser mulher. Ou que propõe uma homogeneização das experiências femininas, desprezando as diferenças quanto a raça e classe, por exemplo. Nas palavras de hooks (2019a):

Entendíamos que a solidariedade política entre mulheres expressa na sororidade vai além de reconhecimento positivo das experiências de mulheres, e também da compaixão compartilhada em casos de sofrimento comum. A sororidade feminista está fundamentada no comprometimento compartilhado de lutar contra a injustiça patriarcal, não importa a forma que a injustiça toma. Solidariedade política entre mulheres sempre enfraquece o sexismo e prepara o caminho para derrubar o patriarcado. É importante destacar que a sororidade jamais teria sido possível para além dos limites de raça e classe se mulheres individuais não estivessem dispostas a abrir mão de seu poder de dominação e exploração de grupos subordinados de mulheres. Enquanto mulheres usarem poder de classe e de raça para dominar outras mulheres, a sororidade feminista não poderá existir por completo. (p. 36)

³¹ Músicas sugeridas: Triste, louca ou má; Maria invisível; 100% feminista; Louca; Miss Celie’s Blues (Sister).

Assim, se nomeio a seção como “consororizar”, é identificando os grupos de mulheres sobre os quais discorro nesta seção com a possibilidade de caminhar nessa direção apontada por hooks (2019a), de construção de solidariedade política entre mulheres. E de modo algum eu quero dizer com isso que está ocorrendo uma “doutrinação feminista” nos serviços de saúde em questão (embora eu gostaria muito que estivesse ocorrendo). Porém que entendo que, se entre as diversas características que poderiam ser elencadas para reunir pessoas nessa atividade - que nos serviços de saúde comumente são congregadas em torno de um diagnóstico - escolhe-se agrupar mulheres, posso vislumbrar uma possibilidade de construções mais salutares do eu feminino, não só na relação entre as usuárias e as facilitadoras, mas também das usuárias entre si.

É válido situar a concepção construcionista de grupo. As literaturas mais clássicas da psicologia sobre grupo concebem-no como coeso e estável, com características universais. Dessa maneira, o grupo é visto como uma entidade, como possuindo uma essência que lhe caracteriza e o/a coordenador/a-facilitador/a grupal como aquele/a que tem um saber específico do qual pode se valer para delinear objetivos, perfil de participantes e técnicas de facilitação para garantir a dinâmica grupal (Souza et al., 2014).

O movimento construcionista afasta-se de tal compreensão, trazendo para o cerne das discussões sobre grupo as práticas discursivas que o espaço proporciona. Assim, ao invés de se buscar uma padronização universal em torno do grupo, o que se enfoca é justamente o seu caráter de se inovar na linguagem em ação, nas práticas discursivas que serão peculiares a cada encontro grupal e nas possibilidades de gerar produções de sentidos. Dessa maneira, a/o profissional a frente do grupo perde o *status* de superior, daquela/e que ditará os caminhos do grupo, para aquela/e que facilitará as interações entre as/os participantes, mantendo a conversação ativa (Souza et al., 2014; Rapizo, 2017). Uma leitura construcionista social do grupo ainda rompe com o valor individualista tão comum na psicologia, corrente mesmo nas práticas grupais. Conforme Rosana Rapizo (2017): “A articulação entre o trabalho de grupos e os aportes do movimento construcionista nos desloca da concepção individualista do humano e da sociedade para uma compreensão relacional radical” (p. 75).

Sobre tal prática no contexto da Atenção Básica em Saúde, esse pode ser apreendido como um ambiente de negociações entre facilitador/a e participantes. Tal reposicionamento da/o profissional abre espaço para um cuidado que será coconstruído e para uma relação mais horizontal entre usuária/o e equipe de saúde (Souza et al., 2014). Conforme Laura Souza et al. (2014), o grupo que assume referencial construcionista nos serviços da AB é profícuo para

alicerçar práticas colaborativas e condizentes com os princípios do SUS, pois promove maior dialogia e valoriza o compartilhamento de saberes.

Feito esse breve preâmbulo, a seção se subdivide da seguinte maneira: como os grupos surgiram, contextos de conversação, as mediadoras e a mediação dos grupos, perfil das usuárias, principais demandas e objetivos dos grupos. Abaixo segue quadro com as principais características dos grupos em tela contendo: a denominação que dei a cada grupo, quais as mediadoras, o local de realização, a quantidade de participantes e a periodicidade e duração dos encontros (Quadro 12).

QUADRO 12: GRUPOS DE MULHERES

Grupo	Mediadoras	Local de realização	Quantidade de participantes	Periodicidade e duração dos encontros
Grupo 1	Amanda (psicóloga)	CAPS II DS2	Chegou a ter 13 mulheres, geralmente em torno de 7	Semanal, encontros de uma hora e meia.
Grupo 2	Isadora (psicóloga) e Tereza (terapeuta ocupacional)	Unidade de ESF DS1	De 10 a 20 mulheres	Duas vezes ao mês, encontros em torno de uma hora e meia.
Grupo 3	Fabiana (psicóloga) e colaboradoras	Espaço comunitário DS1	Variava em torno de 07 a 20 mulheres	Semanal, encontros em torno de uma hora e meia.

Fonte: elaboração própria.

5.1.1 Como os grupos surgiram

As mediadoras dos três grupos em questão apresentaram motivações diferentes para sua realização. Contudo, em comum há a constatação da maioria do público nos serviços de saúde ser composto por mulheres. Assim, unir tais mulheres em torno de um grupo parecia ter sentido para as entrevistadas. Apesar da necessidade de responder a uma grande demanda de atendimentos ter surgido como razão para organizar os grupos, nenhuma das profissionais coloca uma dicotomia “atendimento individual X grupo”, pelo contrário, há uma conciliação entre as duas atividades, as entrevistadas referiram que realizavam atendimentos individuais com algumas das participantes dos grupos.

Em síntese, as trabalhadoras citam os seguintes motivos para a construção dos grupos: dar conta do adoecimento de profissionais (mulheres, maioria nos serviços de saúde) da unidade; adotar um modelo de cuidado menos biomédico; responder a um grande quantitativo de mulheres que apresentavam questões parecidas; uma inquietação sobre o sofrimento mental feminino; lugar de fala (ser mulher); perceber a diferença entre o adoecimento mental masculino e feminino; atender a um pedido das próprias usuárias que um grupo misto se tornasse apenas feminino; transpor a experiência exitosa de uma unidade de saúde para outra; um desejo que sempre existiu e que pôde ser operacionalizado após a realização de uma formação em círculo terapêutico para mulheres; inspiração a partir de leitura sobre um capítulo de livro sobre grupo de mulheres. Abaixo algumas falas relacionadas a tais motivos:

O [grupo] que tem mais tempo [à época ela realizava dois grupos com mulheres em unidades/bairros distintos], que foi... que é aqui na [suprimido bairro], que tem dois anos e meio, eu acho que a gente faz, três anos e meio, talvez, não sei, é... ele começou aberto, né? Ele era um grupo misto, era um grupo pra pessoas em sofrimento, né? Adultos. E aí... é... a adesão sempre foi maior pelas mulheres, então às vezes tinha... às vezes um homem, às vezes dois, às vezes nenhum e aí tinham mulheres já muito assíduas, que já tavam frequentando há muito tempo e elas pediram pro grupo fechar, pros homens, e aí a gente... entendeu que era uma demanda legítima, que elas não se sentiam à vontade pra colocar algumas coisas que diziam respeito à questões de gênero, à questões relacionadas ao companheiro, com a presença do masculino, é... e como os homens já não tavam vindo muito mesmo, nessa época que elas pediram não tinha nenhum frequentando regularmente, a gente achou bacana criar um grupo que fosse, né? De mulheres e aí, depois, quando eu criei o grupo na outra unidade eu peguei a experiência daqui e achei que valia a pena já começar como um grupo de mulheres. [...] então teve um pouco isso, sim, da percepção, de... de que era a... maior demanda e... do pedido delas de que fosse fechado, foi uma mistura. (Isadora, Grupo 2)

[...] ficava pensando nisso “o que fazer com esse sofrimento, que é feminino? O que fazer com esse sofrimento, que é feminino?” Porque me chegam mais mulheres, mesmo, chegam pra gente, psicólogas, mais mulheres, mesmo [risos], né? Não tem... isso é dado de realidade “o que é que eu posso fazer? Só isso não me basta” ficava nessa inquietação, sabe? [...] (Amanda, Grupo 1)

João Ferreira-Neto e Luciana Kind (2010), em pesquisa com grupos desenvolvidos pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte também constataram diferentes justificativas para a realização de grupos. Entre tais justificativas existia tanto uma necessidade quantitativa, referente à organização do excesso de demanda nos serviços; quanto um aspecto qualitativo, que se refletia em um desejo de mudança do foco centrado na doença (correspondente ao modelo biomédico) que seria mais profícuo em um cuidado realizado em grupo. Contudo, os pesquisadores descobriram que a ideia de diminuição da demanda na realização de grupos pode ser errônea, uma das entrevistadas da pesquisa dos autores ressaltou

que, dentro do próprio grupo, surgem casos antes desconhecidos pela equipe. Quanto a isso, na minha observação do Grupo 2, pude perceber que muitas usuárias acabavam levando novas participantes para a atividade, casos por vezes que ainda não estavam inscritos no serviço.

Vanessa articula os dois aspectos (quantitativo e qualitativo) identificados por Ferreira-Neto e Kind (2010) em relação ao surgimento do Grupo 3:

[...] E a ideia [de realizar o grupo de mulheres] surgiu, também quando... pelo que eu sei da história, de ver muito o adoecimento entre as próprias trabalhadoras, então, **não necessariamente de perceber como a maioria de quem frequentava a unidade eram mulheres e de como se aproximar dessas mulheres de forma menos biomédica, não era só isso o motivo**, embora o motivo já é suficiente, mas também de perceber como as mulheres trabalhadoras da unidade já estavam adoecidas e principalmente as agentes comunitárias de saúde, pessoas que chegavam muito pra gente [ênfase], enquanto representante da psicologia ali dizendo “olha, eu tô com um problema” [...]. (Vanessa, Grupo 3)

A fala supracitada refere-se ao Grupo 3, que conciliava a presença de profissionais do serviço (principalmente agentes comunitárias de saúde, ACS) e usuárias, essas últimas tanto vinculadas somente ao serviço de saúde quanto outras ligadas a uma associação de mulheres da comunidade onde se localizava a unidade de saúde. Embora o entendimento de Vanessa, estagiária que acompanhava a atividade, e de Fabiana, psicóloga facilitadora do grupo, divirja um pouco quanto à ideia inicial que impulsionou a atividade, ambas destacam que ela surgiu a partir de uma parceria estabelecida entre a psicóloga e a referida associação de mulheres:

V: [...] ele surgiu a partir de uma parceria da psicóloga [...] e o grupo chamado [suprimido nome da associação de mulheres da comunidade], então justamente uma parceria entre a... unidade de saúde e... a... um recurso escondido da comunidade, né?

C: Uhum.

V: Uma liderança, uma... uma... não é recurso a palavra melhor, não, mas... uma potencialidade que tá ali na comunidade, [...] e por que não fazer um grupo de mulheres? [...]. (Vanessa, Grupo 3)

C: Você pode falar um pouco mais sobre o grupo de mulheres que você desenvolvia?

F: Posso. É... esse grupo ele foi... deixa eu ver, idealizado, digamos assim... lá pra abril/maio de 2018, num momento que eu tava muito cansada assim, muito... tomando as iniciativas por mim mesma, sem esperar tanto aquele momento conjunto de “vamos começar alguma coisa em conjunto”, né? Então, pra minha saúde mental, eu achei que era interessante dar esse pontapé, mesmo sem muito apoio, então foi uma coisa mais que partiu de mim mesma.

C: Uhum.

F: Mas tem um itinerário aí até ter chegado nesse ponto. Então eu acho que lá pra 2016, 2015, mais ou menos, 2016 [pausa] já havia iniciativas minhas pra fazer um grupo terapêutico.

C: Sim.

F: No início do NASF [pausa] eu e a nutricionista, a gente tinha um grupo de aconselhamento nutricional, e aí a gente percebia muitas questões emocionais é... e eram poucas pessoas que iam, mas eram mulheres.

C: Uhum.

F: E eu lembro que um desses grupos, é... ficou essa demanda assim de ter... continuar como um espaço mais terapêutico, tinha uma questão também de violência doméstica que umas duas delas sofriam, enfim, aí já foi uma semente, né? E aí depois, lá pra 2016, eu fiz algumas tentativas de fazer um grupo terapêutico, é... com mulheres, porque era um público que... procurava muito o suporte profissional por conta de ansiedade ou humor deprimido e... ou, as equipes de referência, no momento da... da consulta... ou algumas ACS percebiam e sinalizavam, né? E aí que é que acontecia? Algo que, acho que... não deve ocorrer tanto na Atenção Básica, numa Atenção Básica organizada, enfim, que supra e que tenha uma boa cobertura, que era a quantidade mesmo de, principalmente mulheres, encaminhadas para atendimento individual. E aí foi a partir dessa demanda quantitativa mesmo e de questões muito parecidas, né? [...] [ela segue avaliando porque o grupo anterior deu errado]. Aí, no final as coisas foram se desmanchando, e aí quando chegou nesse período que eu já mencionei que foi abril/maio de 2018 eu tomei uma iniciativa, [pausa] e aí eu entendi que eu tinha que fazer fora da unidade.

C: Uhum.

F: E que eu não podia... focar na doença. E que a estratégia deveria ser outra [identifica que um dos erros do grupo anterior foi ter focado na doença], né? Que a ideia seria de chamar mulheres pra estar... estar entre mulheres pra conversar sobre coisas que nos atravessam, coisas... sentimentos, questões, interesses, curiosidades, informação, qualquer coisa que ocorresse. Aí... eu até... tenho um livro... perai que eu vou pegar aqui. [...] [ela fala sobre o livro] E aí tinha um capítulo³² aqui que falava sobre grupo de mulheres, uma... uma... uma atuação é... grupo de mulheres na saúde, se eu não me engano, e aí eu li esse capítulo e aí me inspirei. Porque eu já tava com uma ideia, e li, gostei.

F: Uhum.

F: E aí eu acho que isso legitimou. O que eu já tava...

C: Sim.

F: Querendo, que era um espaço que tivesse... [pausa] que funcionasse através de múltiplas metodologias, né? Não precisasse só ter o caráter assim, ou grupo operativo, um grupo isso, um grupo aquilo, sabe?

C: Aham.

F: E aí, lá no [suprimido bairro] existe um grupo, que é como se fosse uma associação de mulheres [suprimido identificação do grupo] que é um grupo...com uma atuação política muito importante, uma referência muito importante, na história do bairro, inclusive, né? Que é um grupo bastante antigo, é... E aí o... a unidade de saúde, a prefeitura e o [associação de mulheres da comunidade] eu sentia que havia um certo... distanciamento, digamos assim, entre as duas partes, a exceção de algumas figuras que já trabalharam no posto de saúde que... eram mais envolvidas com [associação de mulheres da comunidade] e aí, naquele momento, eu senti que... eu poderia me arriscar é... perguntando se elas estavam abertas pra uma parceria.

³² O capítulo de livro citado é uma das referências que utilizo, que conheci por meio dela na entrevista: Pedrosa, C. M., & Brigagão, J. I. M. (2014). Mulheres em movimento: grupos como dispositivo de ação coletiva. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.). *Construccionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 217-230). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

C: Uhum.

F: E aí até... conversei com uma agente comunitária que é muito legal, muito colaborativa, ela gostou da ideia, e ela foi a ponte, ela foi quem foi até [a associação de mulheres da comunidade], pra falar da ideia que estávamos tendo [...]. (Fabiana, Grupo 3)

Do trecho do relato de Fabiana é válido destacar os seguintes pontos: o percurso de experiências passadas até que se chegasse ao grupo nos moldes em que se apresentavam; a participação de outras pessoas na construção desse cuidado e de tal percurso anterior; as deficiências da AB; a experiência anterior malsucedida, ela identifica que um dos motivos do primeiro grupo não ter seguido adiante foi o fato de ser focado na doença.

Sobre o fato de o grupo anterior ter se organizado em torno da doença, Ferreira-Neto e Kind (2010) identificaram em sua pesquisa que alguns dos chamados “grupos-doença” acabaram se encerrando por um cansaço dos profissionais e das/os usuárias/os envolvidas/os, enquanto outros migraram para um formato mais dinâmico, saindo de um modelo de palestra (comum em atividades com tal centralidade) e agregando novos conteúdos. Tal renovação na maneira de juntar as mulheres no grupo ainda remete à razão qualitativa para a realização da atividade, no sentido de fugir de um modelo biomédico, mais identificado à circunscrição de sintomas e patologias (Ferreira- Neto & Kind, 2010). Ademais, a mudança de foco da doença para a pessoa, se alinha à proposta de Franco Basaglia (2005) de colocar a doença mental entre parênteses. Basaglia (2005) afirma que a/o louca/o é identificada/o apenas por sua doença, perdendo a condição de pessoa e tornando-se apenas uma patologia que deve ser tratada. Mudar o foco da doença para a pessoa não implicaria em negar a dor, o mal-estar e sofrimento oriundo da doença, mas colocaria a pessoa em primeiro plano.

Outro ponto que destaco como relevante da declaração da entrevistada refere-se à própria organização da AB em Salvador, o que se articula também com a alta demanda de atendimentos mencionada por ela. Dados de dezembro de 2020 indicavam que a cobertura de AB no Brasil era de 76,8% e de ESF era de 63,62%. Na Bahia a cobertura de AB era de 84,34% e de ESF era de 77,54%. Já em Salvador a cobertura de AB era de 56,36% e a de ESF 40,24% (e-Gestor Atenção Básica, 2021). Assim, tanto a fala da profissional quanto as informações de cobertura da AB e ESF em Salvador indicam que os serviços da AB, identificados como “porta de entrada” da/o usuária/o no SUS, provavelmente não estão dando conta de acolher as/os usuárias/os, principalmente no que se refere à uma demanda de saúde mental que muitas vezes é empurrada entre AB e atenção especializada (CAPS).

Retomando os primeiros tópicos que destaquei sobre fala de Fabiana, acredito que ela sumariza um aspecto relevante da declaração das outras entrevistadas e expõe algumas

contradições. Em determinado momento, ao falar sobre o grupo, Fabiana afirma que “[...] foi uma coisa mais que partiu de mim mesma [...]”, ela ainda expressa um cansaço, o que poderia indicar que a profissional não encontrou ressonância e/ou possibilidades de parceria com outras pessoas da equipe de saúde para iniciar a atividade.

Todavia, tal extrato, de certa maneira, resume a fala das demais entrevistadas na medida em que as razões para realizar os grupos parecem se concentrar em motivações individuais e que surgiriam localizadas dentro das pessoas, sem articulação com o contexto. Contudo, partindo de uma leitura construcionista social, cabe desfamiliarizar a construção do cuidado centrado no indivíduo. Outrossim, o recurso a uma motivação individual é problemático no caso de serviços que, conforme Juliana Tiveron e Carla Guanaes-Lorenzi (2013), devem se pautar pela construção coletiva e corresponsabilização nos processos saúde-doença-cuidado. As autoras destacam que, nesse sentido, o uso do recurso grupal na Saúde da Família é proveitoso justamente pela possibilidade de promover relações mais dialógicas e horizontais. No entanto, acredito que quando seu cerne gira em torno apenas da necessidade de um/a único/a profissional (se que isso é possível), ou de uma imposição de resposta a uma grande demanda, sua potência fica comprometida ao verticalizar a relação entre trabalhador/a e usuária/o.

Por outro lado, a própria profissional, no excerto destacado, trouxe colaborações prévias, como no caso do grupo compartilhado com a nutricionista, bem como a participação da ACS como “ponte” entre ela e a associação de mulheres da comunidade, e as negociações com tal associação. Ainda retomou as experiências passadas para falar do grupo atual, que podem responder o porquê da realização do grupo nos moldes correntes. Identifico também, nas declarações das demais entrevistadas, indícios que desfamiliarizam essa centralidade no indivíduo na organização dos grupos, já que referiram ocorrer solicitações das usuárias, realização de curso prévio etc.

Assim, embora o título da subseção indique uma demarcação bem delimitada da ideia de concepção dos grupos, acredito que o que temos são pistas que nos ajudam a compreender como foi/tem sido delineado esse cuidado direcionado às mulheres. Ademais, acreditar que é possível situar a pedra fundamental de tais grupos numa resposta muitas vezes sintética que é dada numa entrevista também é encará-lo apenas como uma motivação individual levada a cabo pelas referidas trabalhadoras, eclipsando uma série de negociações com os pares e comunidade, experiências anteriores infrutíferas ou exitosas, ou seja, uma série de histórias prévias pessoais e profissionais construídas conjuntamente com outras pessoas. Dessa forma, o percurso e as pessoas que as facilitadoras encontraram ao longo do caminho desfamiliarizam tanto uma

demarcação rígida de origem da ideia de realização do grupo, quanto a conotação de que irrompeu de uma pessoa.

5.1.2 Contextos de conversação

Se o grupo é compreendido como a linguagem em ação e a função do/a facilitador/a é manter tal conversação circulando, precisamos nos atentar para os elementos constitutivos dos contextos de conversação. Entender que não são “quaisquer conversas”, mas que expressam os sentidos sobre o cuidado em saúde.

Assim, o propósito desta seção vai na direção da proposta de concepção do grupo da Psicologia Social Construcionista, como ratifica Rapizo (2017, p. 70): “[...] compreensões generalistas sobre grupo e tentativas de explicitar sua dinâmica e funcionamento são menos relevantes do que o entendimento das realidades locais e contextos específicos nos quais as conversações do grupo acontecem”. Destarte, considere os seguintes aspectos como relevantes para a compreensão dos contextos de conversação: local onde os grupos eram realizados, as atividades (comumente denominadas dinâmicas de grupo) dos encontros.

Quanto ao local de realização, João Ferreira-Neto e Luciana Kind (2010) afirmam que os grupos organizados pelas unidades de saúde têm uma tendência de serem realizados fora dos serviços de saúde, em espaços como igrejas, escolas, organizações da comunidade etc. Essa tendência é bem-vista pelas/os usuárias/os e pode ser motivada tanto pela precariedade das unidades de saúde, quanto pela possibilidade de promover uma maior proximidade das equipes de saúde da comunidade. A Portaria nº154/2008 que cria o NASF incentiva que suas ações ocorram em espaços da comunidade, inclusive aquelas relativas à saúde mental. O mesmo é válido para as atividades dos CAPS, justamente para que não se incorra em um processo de institucionalização das/os usuárias/os.

Sobre isso, o único grupo que ocorria fora dos serviços de saúde era o Grupo 3. Fabiana, a psicóloga que mediava a atividade, explicou que o grupo acontecia na sede da associação de mulheres da comunidade e justificou que a escolha se deveu ao fato de que tal espaço poderia oferecer maior sigilo às mulheres do grupo do que se acontecesse na unidade de ESF. Ademais, o espaço comunitário era mais acolhedor, contando com minibiblioteca e quintal, o que permitiu desenvolver atividades como horta, que incluía o cultivo de fitoterápicos.

O Grupo 2 e o Grupo 1 aconteciam nas unidades de saúde, ESF e CAPS, respectivamente. O Grupo 2 pude observar que acontecia em uma sala ampla, separada das demais salas de atendimento da unidade. Tinha uma série de cadeiras escolares, uma mesa

grande, ar-condicionado e armários que guardavam materiais usados na atividade. As cadeiras eram dispostas em círculo em torno da mesa. Já o Grupo 1 eu não tive oportunidade de conhecer a sala do grupo e o espaço não foi tema da entrevista, mas o CAPS em si tinha estrutura bem precária, à semelhança da maioria dos CAPS de Salvador.

Creio que o espaço utilizado pelo Grupo 2 era uma exceção considerando a estrutura das unidades de saúde já que, a despeito das inúmeras críticas quanto à adoção do modelo de clínica privada psicológica transposto para o contexto do SUS, os serviços de saúde, de maneira geral, não contam com espaços adequados para a realização de atividades grupais. É como se o modelo biomédico se concretizasse em salas apertadas, compostas por uma mesa de trabalho e cadeira para o profissional de saúde e duas cadeiras para as/os usuárias/os dispostas à frente. Mesmo nos CAPS, que devem adotar o modelo de casa, de espaço acolhedor, não é difícil encontrar tal configuração. Assim, o lugar que cada um/a (usuária/o e profissional) deve ocupar na construção da saúde já se encontra marcado, com tijolos e mobiliários, engessando o cuidado, restando pouco espaço para se construir rotas de fuga. Ademais, além da precariedade estrutural dos serviços, há ainda a escassez de material para a realização das ações que não se enquadram no modelo biomédico (CFP, 2010 como citado por Souza et al., 2014).

Não acredito que se deva conceber uma contraposição entre os espaços dentro dos serviços e os espaços comunitários, visto que os próprios lugares fora das unidades de ESF e CAPS podem padecer dos mesmos problemas deles, já que a cidade de Salvador é carente de espaços de educação e cultura bem estruturados. Contudo, fugir do espaço intramuros dos serviços de saúde é produzir um descolamento do cuidado em saúde dos serviços de saúde, partindo da compreensão de que é possível produzir cuidado em diversos locais, principalmente nos espaços comunitários com os quais as/os usuárias/os se identificam. No caso do Grupo 3, por exemplo, a atividade ocorria em um espaço comunitário gerido pela associação de mulheres da comunidade, inclusive decorado com imagens de mulheres negras de destaque. Tal grupo, como já foi descrito anteriormente, era composto, sobretudo, por mulheres negras e facilitado por mulheres negras (a psicóloga Fabiana e duas mulheres da associação).

Ademais, realizar atividades extramuros é fazer uso da potência do território, se aproximando de uma clínica peripatética (Lancetti, 2011), quando “transbordamos os consultórios” (p. 19). Cabe destacar que dois dos grupos em questão (Grupo 2 e Grupo 3), eram facilitados por profissionais do NASF-AB, que tem a peculiaridade de ser itinerante nos serviços de saúde e no território em que se insere.

Percebo que os três grupos privilegiavam o foco no diálogo em contraposição a formas não dialógicas de comunicação (como em alguns modelos de grupo de educação em saúde):

[...] o foco é no “como” da conversa, ou seja, nos processos conversacionais por meio dos quais identidades, possibilidades de relacionamento, valores, crenças e objetivos conjuntos são construídos. Portanto, o diálogo não é algo que acontece tão facilmente e de forma espontânea nas conversas entre pessoas, necessitando de alguém que prepare ou conduza. (Souza et al., 2014, p. 193)

Nessa direção, entendo as atividades (comumente conhecidas como dinâmicas de grupo) propostas pelas coordenadoras como facilitadoras do início da conversação. São elas: jogos, brincadeiras, exercícios de relaxamento, meditação, encenação, música, vídeos, textos e outros recursos que exploram a criatividade e diferentes formas de expressão. Concernente a isso, cada grupo tinha uma forma diferente de catalisar o diálogo.

O Grupo 1 adotava um modelo pré-estabelecido de grupo, derivado do curso sobre grupo de mulheres que a psicóloga Amanda participou, embora com algumas adaptações. Amanda assegura que, de acordo com o modelo de grupo que aprendeu no curso, a periodicidade da atividade grupal deveria ser uma vez por mês. A princípio pensou em realizar o grupo quinzenalmente, mas, a pedido das usuárias, passou a ser uma atividade semanal. Por conta da maior periodicidade, também adaptou a duração de cada encontro, que deveria ser de três horas e passou a ser de uma hora e meia. Outra adaptação é que cada grupo teria uma temática específica para ser explorada, mas as usuárias tinham uma grande necessidade de falar de suas questões, por isso ela deixava que falassem livremente ao menos no início, e ia tentando associar as falas à temática proposta para o dia do encontro. Houve ainda uma adaptação dos temas, tentando ajustar para temáticas mais próximas da classe social das usuárias. Como temas, ela citou durante a entrevista: matrizes femininas, relação com o masculino, relação com o corpo e temas que surgiram por conta de demandas das mulheres do grupo, como violência intrafamiliar e situação de rua.

O Grupo 2 acontecia duas vezes ao mês, com aproximadamente uma hora e meia de duração, também era conduzido por meio de temáticas para fazer a conversação circular. Era corriqueiro que o grupo começasse com algum exercício de relaxamento conduzido por uma das facilitadoras. Nesse momento as luzes da sala eram desligadas, alguma música era tocada no aparelho celular de uma delas ou algum texto era lido, eram feitas solicitações para que focassem em alguma parte do corpo ou que se concentrassem na própria respiração.

No primeiro encontro do grupo no ano de 2020 (30 de janeiro) a atividade foi “árvore das emoções”: as facilitadoras recortaram folhas amarelas e verdes e desenharam uma árvore no papel metro, nas folhas amarelas as mulheres escreveram emoções e sentimentos que queriam abandonar no ano anterior, e nas folhas verdes as emoções e sentimentos que queriam cultivar em 2020. Após escrever nas folhas, cada uma partilhou um pouco sobre o que escreveu,

acontecimentos do ano anterior e desejos para o ano que se iniciava (Diário de campo, dia 30/01/20).

No encontro seguinte (13 de fevereiro de 2020) o tema foi: “o que podemos fazer com nossos problemas?” Esse tema surgiu motivado por questões que foram trazidas pelas usuárias no encontro anterior. A atividade consistia em cada usuária escrever em papéis de cores diferentes problemas que dependiam apenas delas para serem resolvidos, que dependiam delas e do outro, e que dependiam apenas do outro. Tais assertivas eram mote para que cada uma falasse de seus problemas e interagissem entre si (Diário de campo, dia 13/02/20).

No encontro do dia 27 de fevereiro de 2020, a atividade foi “roleta das emoções”. Algumas palavras encobertas foram selecionadas ao acaso após rotação da roleta por cada usuária. As mulheres deveriam se expressar em relação à palavra sorteada. Algumas palavras da atividade foram: negação; mudanças; dúvidas e indecisão (Diário de campo, dia 27/02/20).

O último encontro que pude observar ocorreu no dia 12 de março de 2020. Em virtude do dia da mulher (08 de março), o tema foi “saúde mental e estereótipos da mulher”. Uma série de palavras e imagens foram dispostas na mesa da sala e cada usuária escolheu aquela com a qual se identificava. Entre as palavras estavam: surtada, complicada, protetora e frágil (Diário de campo, dia 12/03/20).

Enquanto o Grupo 2 contava com atividades bem delineadas, no Grupo 3 as interações pareciam ocorrer de maneira mais fluida, o próprio local onde era realizado talvez permitisse isso, já que era descolado do serviço de saúde, mais próximo de um contexto informal.

[...] e acho que principalmente o espaço do grupo... era muito diferente de outros grupos que eu já participei na vida e da unidade também de ser assim “ah, hoje a gente vai falar sobre x doenças, e educamos, e tchau”. Era às vezes a gente chegar lá e ficar ouvindo música e conversando sobre a vida e a gente... às vezes [Fabiana] falava disso “ah, parece que a gente não tá fazendo nada” e às vezes não tinha alguma coisa muito programada, mas era o acolhimento naquele momento [...] (Vanessa, Grupo 3).

Apesar do excerto da fala de Vanessa, estagiária que acompanhou o Grupo 3, dar uma conotação de conversas informais ocorrendo no grupo, a relevância das temáticas e sua vinculação com a saúde feminina nos dão elementos necessários para não o banalizar. Entretanto, contrariando um pouco essa ideia de conversas espontâneas, em outro momento ela sinaliza que havia uma agenda de ações. Ela mencionou que foram realizados relaxamento e meditação e, quanto às temáticas, foram discutidos temas tabus como saúde sexual e reprodutiva da mulher, abordando a vulva, o prazer feminino, a menopausa e a desmistificação de que a mulher idosa não sente desejo. Assim, acredito que ao longo dos encontros foi construído um contexto de extrema confiança para que assuntos como esses pudessem ser

trabalhados de forma confortável. Além disso, Vanessa chama a atenção para o fato de que tais temas seriam interditados em qualquer contexto, mas, principalmente, na unidade de saúde, já que muitas das participantes do grupo trabalhavam lá.

Essa forma de funcionamento do grupo, que não tinha uma finalidade *a priori* sendo construído ao longo do processo conjuntamente entre a equipe de facilitadoras/es e as/os usuárias/os, se aproxima do que foi proposto por Laura Souza et al. (2014) na construção de um grupo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior de Minas Gerais. Essa forma mais etérea de construção de um grupo, segundo Souza et al. (2014), se opõe ao que está posto na literatura clássica sobre grupo, em que se afirma não ser possível realizar um grupo sem um objetivo bem delineado. Entretanto, é um erro achar que essa maneira mais livre de organização é uma falta de domínio técnico da/o profissional, representada pelo incômodo “parece que a gente não tá fazendo nada”. O intuito é investir em uma prática colaborativa e, dessa forma, “[...] apostar no que de surpreendente, inesperado e novo pode aparecer na parceria profissional-usuário” (Souza et al., 2014, p. 214) e, mais ainda, na parceria usuária-usuária.

Essa necessidade de ajustes e de trabalhar com o inusitado se afina com o cuidado em saúde mental, que deve ser construído em interação com as/os usuárias/os, é preciso descobrir, desenhar, criar o cuidado. Sobre isso, Merhy (2013) acredita que o trabalho em saúde mental deve partir justamente do não saber, de ser capaz de inovar, de experimentar, já que o fazer antimanicomial deve ser inventado. Tal assertiva também é válida para o trabalho com grupos:

O trabalho com grupos é um trabalho artesanal, diferente da aplicação de um conjunto de técnicas. A cada momento, o/a facilitador/a ou equipe de facilitadores/as, sente o “pulso”, o “clima” do grupo, checa suas expectativas e as dos participantes, consulta com a equipe ou com eles e decide qual o próximo passo. O que acontece no grupo é, sempre, um misto entre o que estava previamente planejado, situações emergentes, decisões da equipe etc. (Rapizo, 2017, p. 83)

Assim, mesmo que adote dinâmicas pré-estabelecidas, a reação das pessoas do grupo será sempre imprevisível e cada grupo é irreplicável, ajustes serão sempre necessários considerando suas/eus integrantes e o momento. O planejamento das atividades se dá não para enquadrar a participação das/os participantes, não há exigência para que cumpram as prescrições à risca, o objetivo é que elas consigam promover a conversa (Rapizo, 2017). Como um exemplo, no Grupo 2, no dia 27 de fevereiro de 2020, na atividade “roleta das emoções” uma usuária retirou a palavra “negação”, o que a remeteu a eutanásia do seu animal de estimação, as demais mulheres expressaram reações de solidariedade e pareceram mobilizadas com a temática, o assunto seguiu para o cuidado com familiares (Diário de campo, 27/02/20).

Contudo, para além do planejado e realizado pelas facilitadoras, uma forma de avaliar a fluidez do contexto de conversação construído conjuntamente pelo grupo é a própria interação entre as/os integrantes ao início e final dos encontros, ou mesmo a possibilidade de construir relações para fora do espaço grupal, sendo um dos objetivos das atividades de grupo justamente a formação de redes sociais (Rapizo, 2017). Sobre isso, no Grupo 2 era perceptível a construção de laços entre as integrantes, seja durante a atividade, quando mencionavam relações de amizade, de interação e de ajuda mútua; ou ao final do encontro, quando pude observar conversas entre elas. Mesmo morando no mesmo bairro muitas delas não se conheciam e até com integrantes novas pude notar acolhimento por parte das demais. As usuárias ainda mantinham um grupo de *Whatsapp* entre elas, sem participação das mediadoras. No Grupo 3 igualmente ocorriam tais momentos: “A gente ia chegando e aquela coisa aí ‘cadê fulana?’ ‘não chegou’ mas, esse momento pré-grupo, [pausa] era grupo também, a gente ia batendo papo ali, sabendo como é que tá uma, como é que tá outra, falando de notícias que ocorreram... [...]” (Fabiana, Grupo 3). Destarte, alicerçado o contexto grupal, nada é menor ou sem importância.

5.1.3 As mediadoras e a mediação dos grupos

Para discutir a facilitação dos grupos, retomo algumas informações sociodemográficas fornecidas pelas entrevistadas.

O Grupo 1 era facilitado por Amanda, psicóloga, autodeclarada parda, de 43 anos e com pós-graduação em neuropsicologia. Tem formação em círculo terapêutico para mulheres, que ela referiu ter lhe oferecido subsídios para realização do grupo. Ela não fez menção sobre participação de mais alguém na mediação do grupo.

O Grupo 2 era facilitado por Isadora e Tereza, psicóloga e terapeuta ocupacional, respectivamente, ambas autodeclaradas brancas e tinham 34 anos. Isadora tem residência em Saúde da Família e Comunidade e mestrado em Gestão da Clínica. Tereza tem residência em Saúde da Família, mestrado em Saúde Pública e, à época, cursava doutorado em Saúde Coletiva. Não aludiram a divisão com mais alguém da tarefa de mediação, e nem foi observado a participação de outra pessoa durante o período de trabalho de campo, mas a psicóloga referiu que uma médica iria se integrar à equipe futuramente. Estagiárias também compunham a equipe quando o grupo ocorria durante período acadêmico, mas assumiam função de apoio. Duas agentes comunitárias de saúde auxiliavam o grupo, principalmente quando alguma mulher levava filha/o, cuidando das crianças durante o encontro. No período de observação a participação delas foi bem pontual, por vezes as vi levando água, café e lanche para a sala do

grupo e se retirando logo depois. Pude perceber que, nos dias que participei, as ACS estavam envolvidas em outro trabalho na unidade.

Entre os três grupos, apenas o Grupo 3 tinha uma circulação de facilitadoras, tendo três mulheres fixas envolvidas na mediação, mas também distribuindo essa tarefa com algumas/uns convidadas/os externos. Fabiana, a psicóloga mediadora entrevistada, é uma mulher autodeclarada negra/preta, tinha 35 anos, tem duas especializações concluídas (Psicologia e Ação Social, e Saúde da Família) e cursava uma especialização em Clínica Sistêmica. É válido destacar que, fora o trabalho no NASF-AB, fazia atendimentos psicológicos apenas de mulheres e desenvolvia ações junto a uma rede de psicólogas feministas. Vanessa também fez parte da equipe por um período como estagiária de psicologia. Ela se autodeclara branca, tinha 23 anos, com outras experiências de atuação, além da Atenção Básica. A seguir Fabiana discorre sobre as outras facilitadoras:

[Pergunto se o grupo era conduzido apenas por ela, ela discorre um pouco sobre a liderança do grupo que era feita por mais duas mulheres e eu pergunto “Essas duas mulheres do grupo eram mulheres negras também?”]

F: Sim, uma mulher lésbica, negra, assim jovem, da minha idade. Ela chegou mais depois. No início, quem tava mais presente era a outra mulher, que era uma mulher negra também, professora aposentada, casada com um homem, mãe de três filhos adultos.

C: Uhum.

F: Então convivia com quatro homens dentro de casa, então tudo isso fazia ela trazer muitas pautas. E aí depois chegou essa outra companheira [suprimido nome da associação de mulheres] também e aí... acho que ficou bem legal assim, essa... essa diversidade também, três mulheres negras, mas com características convergentes e divergentes, divergentes, não, mas diferentes, né?

C: Uhum.

F: Então, por exemplo, essa outra mulher, negra, jovem, lésbica, era moradora ali do [bairro], [bairro]. Já essa outra que era mais velha, aposentada, morava em outro bairro, mas tinha uma liderança muito grande no [bairro], era uma mulher que já tinha... encontrado o climatério, a menopausa, né? Eu, que sou uma mulher negra, mas profissional de saúde, psicóloga, jovem, mas de uma origem social diferente, né? Sempre fui classe média, então... essas variedades acho que enriqueciam muito

C: Uhum.

F: O espaço, né? (Fabiana, Grupo 3)

Assim, a facilitação de ao menos dois dos grupos em tela era realizada em equipes. Sobre isso, Rosana Rapizo (2017) assegura que é comum o trabalho com grupos ser conduzido por equipes e que essas permitem um compartilhamento das tarefas relacionadas ao trabalho, bem como propicia uma diversidade de opiniões e uma maior articulação entre seus membros. Além disso, a própria equipe pode ser entendida como um grupo e a interlocução entre seus

pares pode se configurar em um aprendizado que terá reflexos no próprio grupo a ser mediado, promovendo uma postura mais dialógica e colaborativa na atividade.

Além do perfil das facilitadoras, é válido analisar o perfil de facilitação: mais diretivo ou menos diretivo. A condução mais diretiva se caracteriza por uma postura mais prescritiva, em que o/a facilitador/a escolhe os temas a serem trabalhados no grupo. Geralmente esse tipo de manejo é comum em grupos de educação em saúde, em que o objetivo é transmitir algum tipo de informação, sendo frequente a baixa adesão de participantes (Tiveron & Guanaes-Lorenzi, 2013). Conforme Juliana Tiveron e Carla Guanaes-Lorenzi (2013), em pesquisa com grupos em ESF no interior de São Paulo, a condução diretiva também poderia mascarar uma dificuldade da equipe em lidar com conteúdos que poderiam ser identificados como psicoterapêuticos, bem como permitiria um maior controle das interações entre as/os integrantes do grupo. Já uma facilitação menos diretiva propiciaria maior participação das/os usuários/as na escolha dos temas e objetivos da atividade.

Essa facilitação com maior diretividade não se coaduna com uma facilitação que assume como referencial teórico o construcionismo social. Sobre o/a facilitador/a de grupo que se inspira no construcionismo, Rapizo (2017) diz que

É necessário que ele desenvolva habilidades conversacionais que lhe permitam acompanhar o fluxo do processo sem tentar dirigi-lo, abandonando a tendência a controlar os rumos, os resultados etc. Em lugar disso, precisa desenvolver a capacidade de reflexão na incerteza (Fuks, 2010). É um exercício constante de se distanciar de posturas mais tecnicistas e racionalistas em sua prática. Sua crença nos processos de auto-organização do grupo permite que ele “flua” com os acontecimentos, fique mais periférico e mesmo invisível, intervindo para garantir a continuidade dos diálogos e não no conteúdo destes (Fuks, 2009). Desta forma, o/a facilitador/a acompanha o grupo a uma distância que lhe permite a reflexão e permite ao grupo se apropriar de sua dinâmica, objetivos e avaliação quanto a resultados. O/A facilitador/a não dirige o que vai acontecer. O lugar onde ele se coloca é o de “guardião do processo” (Fuks, 2009), tentando garantir que a conversa continue, seja viva, que todos tenham voz e, por outro lado, tenham a possibilidade de participar da maneira que quiserem e puderem. Portanto, o/a facilitador/a promove oportunidades, mas não dirige o grupo para um lugar determinado. (p. 80)

Apenas Fabiana, psicóloga do Grupo 3 referiu se identificar com o movimento construcionista social, inclusive uma das inspirações para a realização do grupo foi um texto de livro construcionista. Mas o referencial teórico-metodológico adotado no grupo não foi tópico das entrevistas e, nesse caso, surgiu espontaneamente na fala da entrevistada. Contudo, independente do referencial assumido (e aqui não afirmo que o grupo construcionista é o único de caráter menos diretivo), não acredito que nenhum dos grupos em questão se encontra num

extremo ou outro, mas sim em flutuações entre momentos mais e menos diretivos e até mesmo no meio termo entre esses tipos de condução. Isso porque entendo que a dialogia vai sendo construída tanto entre a equipe de facilitação (quando é o caso de ser uma equipe) quanto entre as/os facilitadoras/es e as usuárias, e ainda entre as próprias usuárias em diferentes momentos do grupo.

Concernente a isso, a maneira como o Grupo 1 se organizava, em torno de temas pré-definidos ao se alinhar ao modelo de Círculo Terapêutico de Mulheres, indica uma maior centralidade das decisões em torno da psicóloga facilitadora. Contudo, ela menciona adaptações que fez de acordo com demandas específicas das mulheres do grupo, como mudar a periodicidade do grupo de quinzenal para semanal, ajustes dos temas à realidade das usuárias do CAPS etc. A fala a seguir explicita um pouco essa negociação na condução do grupo, que segue uma estrutura pré-definida, mas não tão rígida a ponto de não se abrir a modificações:

[...] Mas aqui tem muito... elas têm muito a necessidade de chegar e falar, falar da semana, falar do dia a dia e aí acontece.... sempre têm os temas, têm os temas meio que pré-elaborados, pré-planejados, né? Mas deixo muito aberto, então eu fiz outra metodologia [risos] de trabalho em CAPS, porque aqui eu deixo... percebi que elas tinham muito mais um desejo de fala logo, inicial, né? Uma... uma necessidade de fala inicial e aí eu deixo que elas falem e aí eu tento pegar o fio, o fiozinho do discurso de cada uma e conectar num tema único, trago esse tema, pra que elas elaborem, os temas também eu tive que ir mudando, vou mudando, né? [...] (Amanda, Grupo 1).

Já o Grupo 2, em minhas observações pude constatar um equilíbrio na divisão de tarefas e na facilitação do grupo entre Tereza e Isadora. Era comum que antes do encontro começar elas acordassem o que cada uma iria fazer naquele dia. No início do grupo sempre eram repassadas as normas, principalmente porque era comum aparecer alguma nova usuária, mas essas normas não eram negociadas com elas. Porém, havia flexibilidade em relação a tais normas, sobretudo a que se referia à tolerância de horário para entrar no grupo, quase sempre extrapolada por alguma usuária. Cada atividade tinha um tema que era escolhido pelas facilitadoras. Durante o período que o acompanhei não houve um momento de consulta às mulheres quanto à escolha dos temas, pude observar que um dia a temática da semana foi escolhida pelas duas tentando dar prosseguimento ao que havia sido discutido na semana anterior (não articulado à temática em si, mas às reflexões feitas pelas mulheres durante o encontro pregresso). Embora houvesse motes definidos, muitas vezes algumas mulheres “fugiam” um pouco do assunto, tentando ajustá-lo àquilo que queriam expressar naquele dia e nenhuma delas era tolhida em relação a isso.

Assim, mesmo tendo alguma diretividade, a condução das facilitadoras do Grupo 2 era muito mais de sustentar o diálogo e promover uma participação mais equilibrada entre as mulheres, fazendo circular a fala, do que a de conter suas expressões para que o grupo caminhasse em uma certa direção. Os temas apareciam mais como forma de estimular a conversação e não como uma limitação, uma restrição, um silenciamento de outras demandas, se aproximando da facilitação indicada por Rapizo (2017): “Entre as funções do/a facilitador/a estão a de fornecer apoio, cuidar do clima dos encontros e garantir formas equilibradas de participação” (p. 80). Rapizo (2017) ainda sinaliza que cabe ao/à facilitador/a conduzir o grupo no alcance dos objetivos propostos e tornar o diálogo mais fluido, não obstante reconheça que a conversação é feita de dilemas, embates e dissensos. Para tanto, o/a facilitador/a deve promover a participação de uma multiplicidade de vozes no contexto grupal.

Referente ao Grupo 3, Fabiana dá a tônica de como a colaboração foi sendo construída ao longo do grupo, em um percurso de maior compartilhamento da mediação:

C: E você era quem coordenava o grupo sozinha? Tinha mais alguma outra profissional com você?

F: No início, sim, eu ficava... muito a frente, isso passou a me incomodar também que havia essa centralidade grande, né?

C: Uhum.

F: E depois, naturalmente, conforme as pessoas foram se envolvendo, e também eu tentando estimular que a mediação fosse feita por outras pessoas, outros temas, aí... foi se... compartilhando mais essas responsabilidades

C: Uhum.

F: Então... nós começamos acho que em agosto, início de agosto, e quando chegou novembro, dezembro, já tava um clima assim de convidar pessoas pra mediar, de fora.

C: Uhum.

F: Então teve um momento em que a gente fez muito práticas integrativas, então todo momento a gente convidava alguém, isso ajudou a descentralizar da minha figura.

C: Uhum.

F: E começar a ver outras possibilidades pra 2019, então no início eu ficava muito... tensa, mesmo, de as coisas só acontecerem se eu estivesse, planejar toda semana

C: Aham.

F: E depois ficou muito gostoso porque eu não tinha essa obrigatoriedade de... planejar toda semana

C: Uhum.

F: No final da... ou durante aquele encontro a gente se programava pra ver o que a gente ia fazer no outro encontro, ou de repente dali a 15... então...é... eu senti que... depois... é... assumimos mais em conjunto uma certa liderança eu e as duas pessoas [da associação de mulheres] que tavam a frente

C: Uhum.

F: Nós três assumíamos uma liderança maior, mas que a gente abria pra todo mundo fazer as coisas, né? (Fabiana, Grupo 3).

Essa transição da centralidade em torno da psicóloga para uma participação de outras mulheres não vinculadas ao serviço de saúde é particularmente relevante no caso desse grupo, já que a psicóloga não se encontra mais vinculada ao NASF-AB. Ela acreditava que, com sua saída, o grupo poderia ser assumido integralmente pelas duas outras lideranças da organização de mulheres, se algum/a profissional da unidade de Saúde da Família não tivesse interesse na proposta. Asseverou que tal continuidade seria possível porque as referidas mulheres já tinham experiência em realizar ações no bairro, bem como perfil e conhecimentos suficientes para tal, embora reconhecesse que a parceria com a unidade seria mais fortalecedora e que o grupo poderia mudar de formato se a parceria não ocorresse.

Por fim, acredito que a maneira como o/a profissional de saúde se coloca em relação à condução do grupo diz respeito ao sentido do cuidado. Dessa maneira, uma condução menos diretiva corresponde a uma construção mais relacional e corresponsável, um cuidado construído entre equipe de saúde, usuária/o e comunidade. Tal construção é particularmente mais favorável no trabalho em grupo, que envolve uma diversidade maior de pessoas. Desprezar uma facilitação mais participativa nos traz novamente a problemática do centramento no indivíduo em detrimento do coletivo. Nesse sentido, a formação das/os profissionais de saúde, de maneira geral, tende a privilegiar as ações individuais de saúde e que muitas vezes podem ser meramente transpostas para o contexto grupal, mas não creio que tal configuração se aplique aos grupos em questão.

5.1.4 Perfil das usuárias

Para definir o perfil das mulheres do grupo parto da definição de outrem, seja das entrevistadas, seja das minhas observações no acompanhamento do Grupo 2. Entretanto, elas se aproximam do que pesquisas que procuraram caracterizar as/os usuárias/os do SUS têm demonstrado. Tais estudos nos ajudam a construir um panorama mais amplo sobre as mulheres que frequentavam os grupos.

Sobre tal perfil, Ione Guibu et al. (2017), com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), que objetivou caracterizar as/os usuárias/os da Atenção Primária em Saúde (APS), perceberam que a maioria das/os entrevistadas/os eram mulheres (as entrevistas foram realizadas em serviços da APS). Sobre a cor da pele, 50,5% das/os usuárias/os se identificaram como pardas/os. Outras informações relevantes: 64,6% das/os participantes eram casadas/os ou em união estável; 53,7% das/os entrevistadas/os tinham como nível de escolaridade o ensino fundamental, 10,3%

eram analfabetas/os e 6,2% tinham ensino superior. Apenas 9,8% tinham plano de saúde e 24,8% recebiam bolsa-família. Seguindo a classificação social da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014), as/os pesquisadoras/es identificaram que 55,1% das/os usuários/as eram classe C³³. Ademais, 38,6% referiram ter hipertensão, 18,5% depressão, 13,6% diabetes.

Em outra investigação com intuito semelhante, Zilda Silva et al. (2011), utilizando dados referentes ao Acesso e Utilização de Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2003 e 2008, afirmaram que o acesso aos serviços do SUS era maior entre as mulheres, embora com pequena diferença em relação aos homens. Além disso, relativo à escolaridade, o acesso de pessoas com menos anos de estudo (0-3 anos) era de 73,8 % em 2003 e 73,0% em 2008; entre os de maior escolaridade (11 anos ou mais), o acesso era de 25,8% em 2003 e 31,3% em 2008. As pessoas pretas e pardas acessavam o SUS 1,4 vezes mais que as pessoas brancas.

Sobre os grupos em questão, no Grupo 2, a partir das observações que fiz, percebi como composto por mulheres brancas, pretas e pardas, mas as mulheres brancas eram minoria. Contava com a participação tanto de mulheres mais jovens (em torno de 20 anos) e uma mulher idosa, a faixa etária da maioria era de meia idade, a maior parte tinha filhas/os e acredito que a faixa de renda entre elas era próxima e com perfil das pessoas que majoritariamente acessam o SUS (classe C). Não foi possível apreender escolaridade das participantes, mas havia uma estratégia de adaptação das facilitadoras quando a dinâmica do grupo envolvia leitura para incluir prováveis usuárias analfabetas ou semialfabetizadas. Entretanto, apenas uma mulher demonstrou constrangimento em ler/escrever durante meu período de observação, mas era uma mulher idosa e sinalizou problemas de visão. Todos os encontros tiveram atividades que exigiam leitura/escrita. Concernente à ocupação, algumas estavam desempregadas e uma referiu estar aposentada por invalidez (foi técnica de enfermagem). Ademais, o que consegui observar é que a maioria mencionava a realização de tarefas domésticas e cuidados com familiares, alguns/mas acamados. Era comum as mulheres fazerem menção de outras doenças como diabetes, hipertensão e uma delas apresentava sequelas de um acidente vascular cerebral.

As características das mulheres do Grupo 2 também são similares ao que Ioneide Campos, Walter Ramalho e Valeska Zanella (2017) encontraram em um CAPS II de uma

³³ A ABEP define classe econômica de maneira decrescente, indo da classe A1 até classe E. Para tanto, usa como critério a atribuição de pontos relacionados à posse de itens e ao grau de instrução do chefe da família. À época (2014), a classe C tinha renda média bruta familiar mensal entre R\$ 1.865 a R\$1.277 (C1 a C2) (ABEP, 2014).

capital brasileira. Assim, as mulheres representavam a maioria no serviço (72,22%), a faixa etária que agregava mais usuárias era de 35 a 44 anos (34,3%), 37,3% eram casadas e 81,7% tinham filhos. Sobre a escolaridade, 46,1% das mulheres eram analfabetas ou com ensino fundamental, apenas 8,9% das usuárias tinham ensino superior. Relativo ao trabalho, 58,6% referiram trabalho doméstico, com ou sem remuneração. Não foram encontrados dados sobre raça/cor e mais da metade dos prontuários não continha informação sobre renda, os que continham tal informação a renda era entre um a três salários mínimos. Dados epidemiológicos do Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021 corroboram a supracitada pesquisa quanto ao quantitativo de mulheres em CAPS II. No período de 2013 a 2016, as mulheres correspondiam a 57% das/os usuárias/os de CAPS II de Salvador, embora essa predominância feminina não se mantivesse em relação aos CAPSad e CAPSia. O Plano faz menção às estatísticas das nosologias dos transtornos mentais, mas não especifica renda ou raça/cor das/os usuárias/os (Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, 2018).

O Grupo 1 era composto por mulheres usuárias do CAPS II que foram encaminhadas por seus profissionais de referência. Todas as mulheres foram identificadas por Amanda como negras e grande parte em condição de pobreza (segundo a profissional, como a maioria dos usuários/as do serviço), embora mulheres brancas e de outra classe social tivessem participado em algum momento da atividade. Algumas estavam ou estiveram em situação de rua, fato que a psicóloga entrevistada alude a uma característica do território onde se encontra o serviço. Outra informação sobre as mulheres do grupo é que muitas tiveram ou estavam com câncer. Excepcionalmente a mãe de uma usuária (que não quis se inserir no grupo) participava da atividade, apesar do CAPS ter um grupo de família.

Já o Grupo 3, tem composição que destoa dos demais e das feições encontradas nas pesquisas por ser formado, sobretudo, por profissionais do serviço (embora, como toda/o brasileiro/a, também sejam usuárias do SUS). Em que pese a maioria das trabalhadoras da AB que participavam do grupo fossem agentes comunitárias de saúde, heterodeclaradas mulheres negras, principalmente, Fabiana igualmente mencionou como integrantes outras pessoas do grupo de facilitação, como as estagiárias, identificando o grupo como majoritariamente acadêmico. Nesse sentido, ela borra as fronteiras entre equipe de mediação e usuárias do grupo:

F: [...] Foi um grupo marcado com a presença de... com a presença não tão grande de usuárias.

C: Sim.

F: Do serviço do... da unidade de saúde, mas [pausa] uma coisa mais interessante que aconteceu foi que se tornou um grupo de apoio e autocuidado entre as profissionais de saúde, então eu, algumas colegas, as agentes comunitárias, passaram a estar participantes do grupo.

C: Aham.

F: Mulheres [da associação de mulheres da comunidade], e algumas usuárias, umas quatro ou cinco, no máximo. A universidade também nos dava apoio porque uma das atividades que eu fazia era com a preceptoria, né? do estágio, [suprimido nome professora], e tinha também

C: Uhum

F: Estágio de fisio e elas são... a professora é muito legal, então era uma parceria muito boa que rolava. Então, acabava sendo um grupo é... de... promoção de saúde mental, de formação política, de muitas coisas pra pessoas que tavam na universidade

C: Uhum.

F: Pessoas que tavam como profissionais de saúde, pessoas [da associação de mulheres da comunidade] e as usuárias. [...] (Fabiana, Grupo 3)

Em outro momento da entrevista esse esgarçamento equipe/participantes é corroborado:

[...] Mas... o público maior era esse público, grupo em formação acadêmica, né? Como os estudantes, nós, profissionais de saúde, as mulheres [da associação de mulheres da comunidade], que eram diretamente envolvidas [na associação de mulheres da comunidade], e algumas usuárias [...]. (Fabiana, Grupo 3)

A própria Fabiana também assumia ir além da função de facilitação: “E foi muito transformador pra mim, porque lá eu me colocava não só como profissional, mas muito como mulher também, questões minhas, reflexões... [...]” (Fabiana, Grupo 3). A frequência das usuárias - mulheres que não faziam parte da organização de mulheres da comunidade - era bastante irregular e suas características não foram referidas durante a entrevista. As mulheres da associação foram identificadas por Vanessa como sendo mulheres da comunidade que ascenderam, tendo um discurso mais acadêmico.

Condensando os atributos das mulheres dos grupos, com exceção do Grupo 3, podemos perceber que contrastam bastante em relação ao perfil das facilitadoras (que defini em seção anterior) no que tange principalmente à escolaridade e classe social. Contudo, resumir tanto as usuárias quanto as profissionais apenas aos predicados aqui destacados é incorrer no erro de reificá-las e pressupor que não possam ter outras características em comum e se posicionar de diferentes formas de acordo com as diversas interações sociais. Se não podemos reduzir as mulheres apenas ao gênero, também não faz sentido cristalizá-las como brancas, negras, classe média, pobres... A despeito disso, acredito que uma proposta de homogeneidade seria empobrecedora e impossível de se construir, mesmo considerando apenas as usuárias do grupo.

No tocante a isso, é válido ressaltar outros posicionamentos do eu possíveis na prática grupal e a importância das diferentes experiências para a dialogia no grupo. Em algumas observações do Grupo 2 foi possível constatar a relevância disso. Em encontro do dia 27 de fevereiro de 2020, por exemplo, a interação entre uma mulher mais jovem com uma mulher

mais velha, serviu para discutir os problemas de relacionamento entre mãe e filha, trazidos pela mulher mais jovem. A moça mais jovem reclamava da mãe que estava sempre insatisfeita com as tarefas domésticas que ela realizava, ao que a senhora mais velha recorre a sua própria experiência com a filha (de idade próxima à da moça mais jovem) para tentar ajudá-la a entender a mãe (Diário de Campo dia 27/02/20).

Assim, se por um lado as diferenças podem representar um distanciamento em relação às experiências, por outro as experiências diferentes podem ser profícuas para novas posições do eu. Sobre isso, Rapizo (2017), que parte do conceito de posicionamento do eu de Davies e Harré (1990), ratifica:

De acordo com estes autores, o sentido de si e do mundo é construído a partir de posições que cada um ocupa nos diversos processos discursivos ou, em outros termos, redes de conversação das quais faz parte. O eu pode ser também entendido como uma produção discursiva. Cada um ocupa vários posicionamentos entrelaçados em uma conversa. Ora sobressaem-se uns, ora outros. Além disso, posições em um diálogo são negociadas, propostas, aceitas e recusadas ou mesmo resistidas. Dessa forma, podemos entender o eu como uma produção discursiva. O grupo tem a potência de interferir nestes processos, transformando a maneira como cada um participa de discursos sociais dominantes e não dominantes e pode servir para propor ou ensaiar novas formas de narrativas do mundo e de si mesmo. (Rapizo, 2017, pp.70-71)

Essa riqueza de mudanças de posicionamentos, de negociações sobre o eu, de avanços e recuos sobre o si mesmo que a dialogia do grupo proporciona pôde ser percebida algumas outras vezes durante as observações do Grupo 2. No dia 12 de março de 2020 foi realizada uma atividade sobre “saúde mental e estereótipos da mulher”. Na mesa que ficava no centro da sala foram dispostas uma série de imagens e palavras referentes ao tema: guerreira, emotiva, complicada, cuidadora, protetora, surtada, frágil etc. As mulheres deveriam escolher palavras e imagens com as quais se identificavam. Após uma série de relatos sobre sofrimentos referentes à família, queixas sobre sintomas e choro de algumas, uma delas diz: “‘Não só pra mim, mas pra todas vocês, uma das palavras que eu me identifiquei é: guerreira’. Diz que acredita que todas ali são guerreiras pelo que vivem. Chora. Fala dos preconceitos em relação aos transtornos mentais [...]. ‘Bota armadura que a gente consegue’” (Diário de campo, 12/03/20).

Nesse mesmo dia, uma outra usuária reage à afirmação de uma integrante que é vista como “doida”: “Você rasga dinheiro? [...] isso não é só com você, você não é doida [...] eu tô falando pra você ver que não é só com a senhora [...] de conversar só?! Acho que eu já tava internada como doida! [...] esquece isso aí, só de não ser doida na rua pelada...” (Diário de campo, 12/03/20). Outra usuária ainda acrescenta: “não é louco que precisa de psiquiatra [...] cada uma de vocês aqui conversa de forma normal” (Diário de campo, 12/03/20).

Destarte, os excertos do diário de campo exemplificam não apenas as negociações em torno do si mesmo, mas também as construções de sentido sobre os transtornos mentais, em um cruzamento entre o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto (Spink & Medrado, 2013), que aqui aparecem na articulação entre a subversão do discurso psiquiátrico (tempo longo), as experiências de vida de cada mulher (tempo vivido) e o contexto dialógico do grupo (tempo curto). É válido recorrer a Rapizo (2017) que discorre sobre a articulação entre o micro e o macrossocial e a presença de discursos sociais nas interações em grupo:

Os diálogos em grupo podem promover uma articulação entre o micro e o macrossocial, contribuindo para a produção de sentidos tanto no cotidiano como nas linguagens chamadas científicas. Segundo Guanaes (2006, p.273), “a perspectiva construcionista social nos convida a perceber o quanto nossas conversas são influenciadas e dependentes de outros”, presentes no momento da conversação, ou em vozes e discursos sociais que fazem parte de nossa história de participação em outros contextos de conversa. As práticas grupais podem ser uma forma de visibilizar esses aspectos, colocando em foco as relações e o processo conversacional. (pp. 87-88)

Os diálogos sobre os transtornos mentais remetem a outro aspecto quanto ao perfil das mulheres dos grupos: a possibilidade de organizá-los considerando um determinado diagnóstico. Nenhum dos grupos estava disposto nesse sentido, embora uma preocupação nessa direção tenha surgido para Amanda, psicóloga do Grupo 1:

[...] Interessante que não tem nenhuma psicótica no grupo. Porque no início a gente ficou pensando “coloca psicótica, não coloca psicótica” e tal, aí quando eu fui pra minha supervisora, no início, ela trabalha com... com teoria sistêmica “mas essa reflexão de coloca ou não já é uma exclusão, eu não aconselho, abra e você vai saber o que fazer” ela tem muita essa coisa de “confie na sua força, confie na força dela” e tal, e aí foi interessante porque foi uma mulher psicótica, ela roncava, ela dormia [risos] o grupo inteiro [risos] e as mulheres ficavam incomodadas porque ela tava dormindo e não tava aproveitando e eu trabalhei muito isso, né? “é o modo... é a forma dela existir aqui no grupo, deixa ela dormir, você sabe como é que ela dorme? Ela mora na rua, provavelmente ela não durma porque ela não se sente segura, então deixa ela dormir” ela roncava! [risos] Tudo lindo! Quando ela resolveu não ir mais ela passou a não ir mais e tudo bem também. (Amanda, Grupo 1)

Sobre o Grupo 2, a psicóloga Isadora afirmou que outros perfis diagnósticos estariam conjugados, para além do sofrimento rotulado como “leve”, inclusive com a presença de usuárias que, na época da entrevista, eram acompanhadas em cuidado compartilhado com o CAPS. Durante o período de observação pude perceber que uma das mulheres trazia queixas que podem ser classificadas como alucinações visuais e auditivas e fez menção a ter ido ao serviço especializado de saúde mental. Também houve alusão por parte delas de acompanhamento psiquiátrico e ameaça de internação psiquiátrica pela família e uma delas

chegou a referir diagnóstico de transtorno bipolar. Outras queixas relativas à saúde mental foram: insônia, estresse, medo de morrer, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, cansaço, ideação suicida.

Ainda concernente a isso, em dinâmica realizada no dia 30 de janeiro de 2020, em que as mulheres deveriam escrever em folhas verdes o que queriam levar para 2020 e em folhas amarelas o que queriam deixar para trás, entre as folhas amarelas constaram: ansiedade (mais de uma menção), doenças, medo (em mais de uma menção), tristeza, angústia, pensamentos negativos, pensamentos de que vou morrer, inferioridade, raiva, ódio, pensamentos de suicídio, muito choro (entre outras palavras que não se referem diretamente à temática saúde mental).

Laura Souza et al. (2014) asseveram que, nas literaturas clássicas sobre grupo, é corrente compô-los levando em conta os diagnósticos e queixas das/os usuárias/os. Entretanto, na experiência que descrevem sobre o delineamento de um grupo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), essa diretiva não foi considerada. Refletiram, tendo um referencial construcionista social, sobre a possibilidade de vários “eus” participarem do grupo, para além de uma colagem do “eu-que-sofre” ou “eu-com-problema”, entendendo tais rótulos como construções sociais e não como verdades definitivas sobre as/os usuárias/os.

A organização do grupo em torno de queixas e sintomas mostrou-se fracassada para a psicóloga facilitadora do Grupo 3 em prática prévia, por isso, nessa nova experiência grupal, tal configuração foi desconsiderada desde o início. Acerca disso ela diz:

F: [...] e aí que eu entendi porque é que o outro grupo... aí que eu entendi, não, aí que reforçou meu entendimento porque que o outro grupo não funcionou tanto, né? Então ter saído... ter ido pra fora, do... extramuros, ter estado... mais dentro da comunidade, sem o foco da doença e... e essas questões de ansiedade, de humor, de prejuízo de sono, todos esses sinais e sintomas apareciam nas nossas conversas, né?

C: Sim.

F: Mas a gente não tava ligada pela doença, a gente tava ligada pela ideia de nos fortalecer. (Fabiana, Grupo 3)

Segundo Emanuel Lima (2011), essa perspectiva de deixar os sintomas de lado permite um olhar amplificado para as/os usuárias/os, possibilitando focalizar a história de vida e as singularidades de cada participante. A mudança de foco vai em direção a um cuidado construído de maneira mais inventiva e relacional, exigindo um novo direcionamento epistemológico: o que antes era concebido como um objeto de intervenção, ganha a dimensão de pessoa com toda a complexidade de seu existir.

Como referido previamente, a tentativa de caracterizar as usuárias dos grupos pode incorrer no risco de essencialização dessas mulheres em determinados atributos. Porém, as informações sociodemográficas são necessárias para o desenho de um cuidado que atenda as

reais necessidades da população, fugindo de um cuidado idealizado em direção a um cuidado que possa realmente ser integral. Contudo, a concepção do eu como mutável exige que o cuidado não seja estático, sendo construído na interação entre as/os usuárias/os e as/os trabalhadoras/es de saúde.

Elencar tais particularidades ainda permite enxergar como males sociais podem estar sendo transformados em patologia, sob um véu de imparcialidade científica, conforme destacam Valeska Zanella e René Silva (2012). Ademais, o silenciamento sobre determinadas informações (o que não constatei entre as entrevistadas), como Campos, Ramalho e Zanella (2017) perceberam sobre raça/cor nos prontuários de saúde de um CAPS II, poderia estar ocultando o mito da democracia racial sendo reproduzido pelas/os profissionais de saúde, que por uma suposta ideia de igualdade entre brancas/os e negras/os faz com que tais informações pareçam irrelevantes, encobrando as disparidades de acesso à saúde, de acordo com Sueli Carneiro (2019).

5.1.5 Principais demandas

“Eu não me vejo na palavra
 Fêmea, alvo de caça
 Conformada vítima
 Prefiro queimar o mapa
 Traçar de novo a estrada
 Ver cores nas cinzas
 E a vida reinventar”
 (Triste, louca ou má; Francisco, el hombre)

De acordo com uma leitura construcionista social do espaço grupal, esse aparece como uma possibilidade de demandas que poderiam ser encaradas como individuais se coletivizarem, alicerçando um espaço de resistência, de delineamento de estratégias para reagir a opressões (Pedrosa & Brigagão, 2014). Ademais, os grupos, de maneira geral, mesmo aqueles fora do contexto de saúde, oferecem a possibilidade de desfamiliarização de repertórios cristalizados socialmente, construção de novas formas de ação e de concepção sobre o próprio eu. Isso, transposto para uma grupalidade entre mulheres, permitiria a construção de novos sentidos sobre o eu feminino. Como constataram Claudia Pedrosa e Jacqueline Brigagão (2014), considerando suas diversas experiências com grupos de mulheres:

Em grupo, problematizar e traduzir os dilemas vivenciados pelas mulheres em uma sociedade desigual possibilita compartilhar e desconstruir as múltiplas dimensões que as relações de gênero assumem no cotidiano. Questionar as normas instituídas e reproduzidas no espaço da casa, que criam desigualdades e mantêm privilégios aos

homens, é um momento intensamente vivenciado no contexto do grupo e faz com que algumas mulheres afirmem: “Isso não é uma sina, um destino traçado na minha casa, na minha vida. Eu posso fazer diferente”. Ou então: “Se minha mãe quer viver assim, paciência. Eu não quero, me revolta, quero mudar de vida”. (p. 228)

Sobre as demandas que apareciam nos grupos, todos eles tinham em comum os relatos de violência contra a mulher. No Grupo 1, por exemplo, Amanda assegurou que todas as participantes já sofreram violência em suas diferentes tipificações. As demais demandas identificadas foram: racismo; machismo; baixa autoestima; transtorno mental e estigma associado; outras demandas de saúde (câncer, diabetes, hipertensão etc.); sobrecarga do cuidado; sexualidade; conflitos familiares; desigualdade social; autocuidado; situação de rua.

A despeito de elencar as demandas separadamente acima, creio que estas ocorreriam/ocorrem de maneira interseccional ou são temáticas que se interpenetram, como a questão do machismo e da sobrecarga do cuidado. Em alguns momentos das entrevistas é possível perceber as intersecções, como no trecho seguinte em que uma delas menciona diretamente: “[...] mesmo que a gente... não fosse o tema ou que a gente não puxasse especificamente racismo era o principal, assim, sempre interseccionalizado com gênero, né?” (Vanessa, Grupo 3). Em extrato do diário de campo da observação do Grupo 2, no dia 12 de março de 2020, cujo tema foi “saúde mental e estereótipos sobre a mulher”, também pude perceber a intersecção das temáticas elencadas:

“Eu sempre apanhava”. “Se for falar diz o que? É piti, é frescura. ‘Ah, pobre tem isso?’”. [...] Outra mulher fala que é vista como maluca na rua e que isso a incomoda. “Queriam me fazer acreditar que minha cor [preta] não tinha valor”, chegava a se esfregar no banho querendo clarear. “Eu sou vista como doida”. [...] (Diário de campo, 12/03/20)

No trecho acima temos duas declarações de mulheres distintas: a primeira associa o transtorno mental ao fato de sempre apanhar, e traz os sentidos construídos socialmente em torno do transtorno mental: “frescura” e algo que não ocorre com pessoas pobres. Aqui nós vemos como a violência, o transtorno mental, o estigma e a desigualdade social se relacionam na construção de sentidos sobre o adoecimento psíquico. Já a outra mulher do grupo refere o sofrimento oriundo do racismo e alude a questão do transtorno mental e estigma associado a ele. Nesse sentido, concordo com Avtar Brah (2006) que destaca que:

Seria muito mais útil compreender como relações patriarcais se articulam com outras formas de relações sociais num contexto histórico determinado. Estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como “variáveis independentes” porque a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra – é constituída pela outra e é constitutiva dela. (p. 351)

Outras demandas que se relacionam são machismo, conflitos familiares e sobrecarga de cuidado. A delegação do cuidado às mulheres (aqui incluídas as tarefas domésticas) era uma fonte de conflito constante nas famílias das usuárias do Grupo 2. Em vários momentos elas referiam brigas com algum membro da família que exigia um cuidado além do que podiam oferecer ou que alguém da família não realizava as tarefas domésticas e quando fazia não estava a contento delas. Essa era uma queixa bem específica de uma técnica de enfermagem aposentada por invalidez que cuidava da mãe acamada, mas a familiar sempre reclamava do cuidado que a filha lhe dirigia. Apesar de ter irmãos, ela era a principal responsável pela mãe. Segue um trecho do diário de campo referente ao conflito entre elas: “Sente muita dor, acordou com muita dor e mesmo assim veio para o grupo. Refere ser diabética. ‘Ela achava que eu tava fazendo manha’ [...] ‘ela queria que meu irmão fosse mulher. Pra que? Pra cuidar dela [...] ela chama ele de ‘minha empregada’” (Diário de campo, 12/03/20). No caso da referida mulher entram em questão os problemas de saúde dos quais sofria, como diabetes e as dores frequentes no corpo (motivo de sua aposentadoria) e que a mãe identificava como “manha”. Por vezes era necessário que ela erguesse a mãe da cama para realizar o cuidado, mas ela não se sentia apta por conta das dores no corpo.

O cuidado com um familiar também foi referido como motivo para que as mulheres deixassem de trabalhar fora de casa: “[uma mulher do grupo] fala que escolheu não trabalhar porque a filha se automutila” (Diário de campo, 12/03/20). O relato de outra usuária novamente expõe a sobrecarga de cuidado: “[...] tem um filho hiperativo, desempregado, cuida do filho que chegou a tocar fogo no quarto. ‘Tem dias que tô toda roxa, ele me morde’ [...] ‘eu não cuido mais de mim e da minha saúde, só ele, ele, ele e o irmão’. Ela tem pensamentos suicidas” (Diário de campo, 12/03/20).

Ademais, em dois encontros do referido grupo estiveram presentes filho e filha de usuárias. A presença de crianças parecia ser comum na atividade, visto que foi mencionada por uma das facilitadoras que a presença das ACS no grupo cumpria também a função de cuidar de alguma criança que pudesse ser levada pelas participantes por não terem com quem deixá-las. A presença de uma criança ocorria ainda no Grupo 3, para que a mãe pudesse participar dos encontros a estagiária do grupo, Vanessa, tomava conta da menina. Dessa forma, mesmo quando buscavam um cuidado para si mesmas, o cuidado das/os filhos/as era mantido em concomitância, dada a impossibilidade de contar com uma rede de apoio ou com creches públicas que acolhessem as crianças.

No Grupo 3 tais temáticas também se conjugavam, conforme declaração de Vanessa, quando questionada sobre as demandas que apareciam na atividade:

[...] muito na questão da maternidade, da família [palavra incompreensível] pra família “só quando meu marido morreu é que eu dei graças a Deus” muitas coisas assim, e as demandas que surgiram, enquanto eu estive lá nesse semestre, foi em relação a estupro, de uma pessoa da comunidade, como é que pode intervir é [pausa] e... e sempre essas mulheres falando de outras pessoas também. Eu percebia também muitas agentes [ACS] em sofrimento porque o marido, porque o vizinho, porque a família tal, então, o sofrimento por estar dando conta das outras pessoas e muito a família na... na... no discurso dessas mulheres, né? (Vanessa, Grupo 3)

Dessa maneira, é possível perceber como o cuidado e o adoecimento se retroalimentam, seja um cuidado não remunerado, como no caso das mulheres dos demais grupos; seja um cuidado remunerado, como é o caso das ACS mencionadas acima. Sobre essa relação cuidado/adoecimento, três textos da revisão de literatura da categoria ciclo reprodutivo apresentaram não ter ajuda do companheiro nas tarefas da casa como um fator de risco para o adoecimento mental feminino (Nguyen et al., 2015; Tol et al., 2018; Van Vo et al., 2017). Ainda sobre a revisão, na categoria trabalho, dois artigos discorrem sobre a conciliação do trabalho doméstico e formal entre as mulheres e sua relação com a saúde mental: no artigo de Panigrahi, Padhy e Panigrahi (2014) um dos fatores associados à pobreza da saúde mental foi doença crônica na família; já na pesquisa de Rotemberg, Silva-Costa e Griep (2014) a prevalência de transtorno mental comum entre as estudadas (equipe de enfermagem) foi de 41,9%, que foi associada com longas horas de trabalho doméstico acrescidas de trabalho noturno fora de casa. A função como mães, esposas e trabalhadoras também foi referido entre as mulheres migrantes filipinas como fonte de angústia (Straiton, Ledesma, & Donnelly, 2017), em outro estudo da seção de revisão desta tese.

Ainda sobre o cuidado, o sofrimento das mulheres advindo das atribuições do cuidado de outrem remete ao alerta de Joan Tronto (2007) sobre a vulnerabilidade de todas/os nós, embora comumente só se considere como vulnerável aquela/e que recebe o cuidado. Flávia Biroli (2018), partindo das discussões de Tronto sobre a democratização do cuidado, destaca questões muito mais complexas do que escolhas individuais envolvidas no cuidado que mulheres dedicam a filhas/os e parentes doentes: “Trata-se de decisões nas quais aspectos materiais e simbólicos, alocação de responsabilidades e recursos no âmbito estatal, assim como códigos morais de gênero, se entrelaçam produzindo as trajetórias” (p. 77). Assim, quando uma mulher fala que “escolheu” não trabalhar para cuidar do filho, como no caso de uma usuária do Grupo 2, por trás de tal trajetória estão envolvidas desassistências familiares e estatais, bem como um discurso que essencializa as mulheres colocando o cuidado como inerente a elas. Tais

dinâmicas insinuam as assimetrias de gênero, raça e classe envolvidas no trabalho de cuidado (mesmo um cuidado realizado por familiares).

A intersecção entre cuidado/relação familiar, violência e adoecimento psíquico são corroboradas por Campos, Ramalho e Zanello (2017) ao analisar prontuários de um CAPS II de uma capital do Brasil. Como temas recorrentes nos prontuários das mulheres as/os pesquisadoras/es encontraram relações conflituosas com as/os filhas/os e a mãe ou a perda dessas/es. No prontuário dos homens, as mulheres (mães ou esposas) apareciam assumindo a função de cuidadoras. Ratificam ainda que o termo “sobrecarga” esteve associado ao trabalho doméstico e de cuidados familiares nos prontuários femininos. Outra questão identificada nos documentos foi a relação conjugal como fonte de sofrimento feminino, seja por infidelidade do esposo, sentimento de solidão no casamento, separação ou por outras inúmeras formas de violência que sofriam no relacionamento. Sobre isso, os prontuários contavam com expressões: “medo do ex-companheiro matá-la”, “marido a encarcerava”, “sente-se abandonada e humilhada pelo marido”.

A relação entre tais demandas também remete a estudo da seção de revisão de literatura, aqui realizada, de Costa, Dimenstein e Leite (2014) que investigaram a prevalência de TMC entre mulheres de assentamento rural e descobriram entre os fatores desencadeantes do transtorno a violência, o casamento e o excesso de trabalho. O casamento foi citado como grande fonte de sofrimento, por conta do aumento da carga de trabalho e da violência doméstica (inclusive sexual). Todas as mulheres que relataram ter sofrido violência pelo companheiro sofreram mais de uma agressão e muitas sofreram agressões por mais de um companheiro.

O sofrimento pela perpetração da violência foi tema comum aos três grupos. No tocante a isso, a recorrência da violência contra mulher encontrada nos serviços de saúde é confirmada por Mariana Pedrosa e Valeska Zanello (2016), em pesquisa em um CAPS II de uma capital brasileira. Nesse estudo, todas/os as/os profissionais entrevistadas/os relataram já terem atendido mulheres em situação de violência, sendo que um/a dos/as entrevistados/as chegou a mensurar que em torno de 90% das usuárias sofriam violência recorrente. Sobre isso, a psicóloga do grupo realizado no CAPS afirma:

[...] Porque aqui aparece muita [ênfase no “muita”] violência doméstica, eu acredito que todas as mulheres que participam do grupo, pelo que eu me lembre, todas já sofreram situação de violência, né? De todos os níveis, outras ainda sofrem. Aqui nesse território [ênfase em “nesse território”] tem muitas das mulheres do grupo que já viveram ou vivem em situação de rua, que eu vejo que é uma coisa muito desse território [ênfase em “desse território”], então elas trazem muito isso [...]. (Amanda, Grupo1)

A declaração da profissional deixa implícita uma relação entre a violência e a situação de rua. Referente a tal intersecção, Anderson Rosa e Ana Brêtas (2015), em pesquisa cartográfica com mulheres em situação de rua em São Paulo, descobriram que a violência por parte do parceiro/a íntimo/a foi um dos motivos que levaram as mulheres a sair do lar e ir viver na rua. Contudo, na rua as mulheres passavam a ser vitimizadas novamente, sofrendo violência de outros/as agressores/as, como de intolerantes àquelas/es que vivem em situação de rua, de pessoas em situação análoga, traficantes e do poder público representado pela polícia. O artigo em questão não traz nenhuma informação sobre raça/cor das participantes.

Em consonância com o apagamento sobre raça/cor no estudo anterior, não foram encontradas pesquisas mais robustas relacionando a violência contra a mulher à classe social e mesmo à raça, que só tem especificação em relação ao homicídio. Em verdade, os estudos ecológicos que usam dados de serviços públicos silenciam sobre vários aspectos que poderiam nos ajudar a compreender e prevenir situações de violência contra a mulher. Ademais, ainda esbarram em problemas como subnotificação, preenchimento incorreto/incompleto das informações.

A despeito disso, como ressaltado por Amanda que todas as participantes do grupo eram negras, creio que a relação da violência com a raça pode ser elucidativa para os objetivos desta tese. Por esse motivo recorro aos dados sobre violência letal: o homicídio de mulheres brancas teve uma queda de 9,8% entre 2003 e 2013; já o de mulheres negras, no mesmo período, cresceu 54,2% (Waiselfisz, 2015).

A temática da perpetração da violência contra as mulheres dos grupos foi referida de maneira espontânea pelas profissionais entrevistadas, mas nenhuma delas fez menção em como isso é abordado na situação grupal. Só observei a temática surgir no Grupo 2 uma vez: no recorte da situação grupal do dia 12 de março de 2020, quando a usuária menciona que “apanhava sempre” não foi observada nenhuma intervenção da facilitadora do grupo nesse momento, nem de qualquer outra mulher do grupo, porém a própria usuária não aprofundou a questão, a frase aparece no meio da declaração sobre outra temática. Devido à robustez das diversas tipificações de violência nas informações deste estudo, o assunto será abordado de maneira mais aprofundada na seção intitulada “Essas mulheres não têm problema para parir”: sobre as diversas violências nos serviços de saúde nos serviços de saúde.

Outro assunto bastante recorrente nos grupos eram as vivências de violência racial:

C: E você consegue identificar, assim, as principais demandas que surgiam, que é que vocês falavam, que é que as mulheres traziam?

V: Racismo, inter... porque sempre [pausa] é... o [suprimido nome da associação de mulheres da comunidade] tem esse... foco, então o espaço é decorado com mulheres

negras... elas têm esse compromisso de deixar isso claro [...] isso é uma coisa importante de dizer, é... mesmo chegando lá... no primeiro dia que eu fui, foi oficina sobre... é... vulva e relatos muito íntimos das agentes comunitárias, das mulheres, e tipo assim, elas nem me conheciam, tava chegando no primeiro dia do estágio, então o grupo tinha um espaço de confiança muito grande, então as mulheres tanto falavam sobre vivências de sexismo, de um sexo violento que elas não entendiam muito bem, isso é... não precisa... mesmo no casamento, e muitas mulheres falavam disso “ah não, eu tenho um filho mais claro, e sempre na unidade ou em qualquer lugar: ‘você é mesmo a mãe dele?’” o cabelo, o nariz, então... em muitos momentos, mesmo que a gente... não fosse o tema ou que a gente não puxasse, especificamente, racismo era o principal, assim, sempre interseccionalizado com gênero, né? Pensando na vivência delas enquanto mulheres negras [...]. (Vanessa, Grupo 3)

Claudia Pedrosa e Jacqueline Brigagão (2014) igualmente reconheceram o racismo como demanda em grupo de mulheres que facilitaram, sendo uma temática que mobilizou as participantes a ponto de levarem o relato de racismo sofrido por uma das integrantes em um atendimento médico para interações externas ao grupo. Assim, a demanda aparentemente apenas de uma mulher, ressoou nas outras reavivando memórias de discriminação, configurando o grupo como um ambiente para expressar a indignação e articular estratégias de resistência e formas de reação frente ao racismo e humilhação (Pedrosa & Brigagão, 2014).

Em minha observação do Grupo 2, em trecho supracitado do dia 12 de março de 2020, referente à declaração da usuária sobre o sofrimento por conta de sua raça/cor Isadora localiza o racismo e afirma “[...] que o grupo é um espaço para denunciar e se fortalecer juntas” (Diário de campo, 12/03/20) e situa sua identidade racial: “apesar de ela ser branca” (Diário de campo, 12/03/20). Destarte, o grupo pode ser um organizador das indignações, buscando construir ações coletivas, bem como transformações pessoais das participantes: “Trata-se de reconhecer e questionar as assimetrias de poder vivenciadas no cotidiano, de revoltar-se contra essa estrutura e de buscar novos modos de relação” (Pedrosa & Brigagão, 2014, p.224).

Ademais, articulando as potencialidades do espaço grupal às ideias de Audre Lorde (2019), um grupo formado por mulheres, que em sua maioria eram negras, poderia ser um espaço para reconhecimento das intersecções entre gênero e raça/cor, bem como um lócus para transformar o medo e o silêncio em “linguagem e ação”. Lorde (2019) acreditava que nós, mulheres, fomos educadas para deixar nossas diferenças de lado ou a tomá-los como justificativas para nossa desunião. Ela propunha que construíssemos uma comunidade, considerando tais diferenças como possibilidades de mudança e ainda destacava a necessidade de se construir cuidado e compaixão entre as mulheres negras. Lorde (2019) defendia também o direito a sentir raiva frente ao racismo e reconhecê-la como uma emoção legítima e mobilizadora de transformações.

A psicóloga Fabiana, que se autodeclara negra/preta, corrobora que a pauta racial era uma das principais questões discutidas no grupo. Contudo, acredita que o grupo ia além disso:

C: Você consegue identificar, assim, quais eram as principais demandas que apareciam no grupo?

F: [pausa, suspira] olha [pausa] eu sinto que eu [pausa] as duas pessoas do [...] que ficavam a frente, a gente trazia muito a pauta racial, é...[pausa] e... das desigualdades sociais, né?

C: Uhum.

F: De como isso nos atravessa e o que é que isso produz [pausa] [...] Que o lugar de falar de sofrimento que era muito importante, mas que como elas duas, por exemplo, já tinham um lugar de militância muito forte, e já passeavam muito pelo... pela coisa do sofrimento e dentro do próprio [associação de mulheres da comunidade] e do movimento de mulheres negras a pauta tava sendo o autocuidado, o cuidado e o bem viver, então a gente tava muito em sintonia assim, de tipo assim “ó, de certa forma a gente tem que falar de sofrimento, mas a gente tem que falar de fortalecimento, de promoção de bem estar e de como esse momento é importante pra gente” então... é... eu sinto que todas essas... essas pautas que ficavam de plano de fundo, elas sempre estavam presentes

C: Uhum.

F: Mas que, na prática, a gente falava sobre essa **construção de mulheres, mulheres negras**, de como a gente se via, como a gente podia passar a se ver, como a gente podia passar a se relacionar com as outras pessoas, com companheiros, companheiras, de relações afetivo/sexuais, né? A questão da violência era muito forte, então... eu sentia que... o plano de fundo era esse, né? **Como essas construções sociais nos atravessam subjetivamente, como elas fazem parte de quem somos subjetivamente e como é que a gente aproveita esse espaço aqui pra construir uma outra coisa, já que eu não quero mais isso aí, sabe?** [...] Então o que eu posso dizer é que os temas eram muito variados, mas dentro sempre dessa de **desconstruir algumas coisas pra construir outras**, entendeu? (Fabiana, Grupo 3)

Dessa maneira, o grupo era um ambiente para produção de uma concepção sobre o ser mulher negra, de afirmação e maior protagonismo quanto a sua própria definição em dialogicidade com outras mulheres da atividade. O próprio local onde o grupo ocorria, um recurso comunitário decorado com imagens de mulheres negras, e a equipe de facilitação (três mulheres negras) desfamiliariza a dimensão de inferiorização alicerçada pelo racismo. Sobre isso, Lorde (2019) e Patricia Hill Collins (2019a) demarcam a importância para as mulheres negras se autodefinirem, defendendo seus próprios interesses, pois se não o fizerem outros farão. Collins (2019a) ainda elenca espaços seguros delineados pelas mulheres negras onde é possível alicerçar essa autodefinição como famílias estendidas, igrejas e organizações comunitárias.

Nesse sentido, acredito que nessa auto definição entre pares, o grupo em questão aparece como um desses espaços seguros, sendo possível debater temáticas tabus como a sexualidade, racismo e a superação da discriminação racial, visando uma construção de mulheres que não

querem ser resumidas a suas dores e processos de adoecimento, retomando frase de Fabiana sobre as mulheres do grupo: “[...] a gente não tava ligada pela doença, a gente tava ligada pela ideia de nos fortalecer” (Fabiana, Grupo 3).

Válido marcar que o ser mulher negra tem um componente político, de definição de agendas de lutas que são comuns a tais mulheres. Contudo, não podemos perder de vista a particularidade de cada mulher que compõe o grupo, propondo uma tentativa de conciliação entre o geral e o particular. Recorrendo a Sueli Carneiro (2019):

O poeta negro Aimé Césaire disse que ‘as duas maneiras de perder-se são: por segregação, sendo enquadrado na particularidade, ou por diluição no universal’. A utopia que hoje perseguimos consiste em buscar um atalho entre uma negritude redutora da dimensão humana e a universalidade ocidental hegemônica que anula a diversidade. Ser negro sem ser somente negro, ser mulher sem ser somente mulher, ser mulher negra sem ser somente mulher negra. Alcançar a igualdade de direitos é converter-se em um ser humano pleno e cheio de possibilidades e oportunidades para além de sua condição de raça e de gênero. Esse é o sentido final dessa luta. (pp. 319-320)

A possibilidade de desconstrução/construção, destacada por Fabiana no trabalho com as demandas do grupo, da mesma forma apareceu em declarações de outras entrevistadas das demais atividades. Apesar da violência ser uma temática que atravessava as três ações, e da maioria das demandas tratarem de sofrimento, os grupos não giravam apenas em torno da questão das dores, havia uma necessidade das facilitadoras de desfamiliarizar essa adesão do eu ao sofrimento. Como um caminho, Fabiana, por exemplo, recorria ao autocuidado. Nesse sentido, o autocuidado também foi pauta do Grupo 1, tal temática era trazida por Amanda tentando ressignificar a ênfase dada pelas usuárias aos transtornos mentais. Então, como estratégia, ao invés da centralidade no medicamento ou em sintomas específicos, ela incentivava as mulheres a perceberem o próprio corpo. Ademais, ela ainda propunha uma ultrapassagem e desmistificação da colagem do eu ao transtorno mental:

[...] e a questão do... que eu diria assim que... é o mais bacana e o mais desafiador desse trabalho no CAPS [ênfase em no CAPS], que é um trabalho que não foi pensado pra CAPS [aqui ela está falando do formato Círculo Terapêutico de Mulheres, que não foi pensado para o referido contexto], mas que estou fazendo no CAPS é... **ultrapassar a ideia de transtorno mental** [pausa], porque é... elas vêm com essa... esse estereótipo em si mesmas, né? De que “eu sou bipolar”, “eu sou depressiva” “eu sou...” e aí meu desafio é sempre...tá... tanto que, no final, é bem bacana, assim, eu gosto porque geralmente no final as palavras, que eu peço no final são...pra traduzirem o encontro do dia são completamente diferentes, não tem nada a ver: é saúde, é inspiração, é vida, é energia, né? **Porque o que eu entendo como meu desafio é transformar esse grupo num grupo de saúde, né?** E que se... se... desmistifique um pouco essa coisa de “eu sou bipolar”, eu sou fulana e, eventualmente, tenho sintomas desses... desses ou de outros, esses ou outros... (Amanda, Grupo 1)

Para o contexto de tal grupo, o único aqui desenvolvido em CAPS, essa tentativa de afirmar outros posicionamentos do eu é ainda mais importante, pois Amanda refere que a identificação com o eu-mulher-louca é uma das demandas mais pujantes do grupo em questão:

[...] acho que a pior coisa que eu vejo não é o transtorno mental, acho que o transtorno mental é mais... como um causador, né? Das violências, também da baixa autoestima e tal...**elas se sentem mulheres loucas, né? É dito pra elas o tempo todo que elas são loucas** [...]. (Amanda, Grupo 1)

O que quero destacar aqui, ao final, é a potência das interações grupais na produção de novas posições do eu e de sentidos sobre o sofrimento mental e sobre o ser mulher. Percebo uma dedicação das profissionais de produzir um cuidado que rompa com os discursos cristalizados sobre as mulheres e os transtornos mentais, mesmo que por vezes recorram aos jargões *psi*. O próprio delineamento de um espaço de cuidado específico para mulheres em sofrimento já nos dá indícios disso. Ademais, a investida no autocuidado aponta para uma corresponsabilidade no desenho do cuidado, tirando a centralidade da produção de saúde dos serviços SUS, ampliando as acepções de cuidado e de saúde. Se as mulheres sempre estiveram responsáveis pelo cuidado de outrem, os grupos podem alicerçar a necessidade de priorizar o cuidado de si mesmas, ou de um cuidado mais democrático entre elas, deslocado de um sentido unidirecional - tão comum na vida das mulheres que cuidam de uma filha, mãe, tia - em uma via de mão dupla, uma fazer colaborativo fora do espaço familiar e de trabalho. Consororizando.

5.1.6 Objetivos dos grupos³⁴

Entre os inúmeros objetivos que um grupo pode exercer, aqui, quero destacar três, considerando a especificidade da Atenção Básica (já que dois grupos se encontravam inseridos nela): recuperação da saúde, promoção da saúde e prevenção da doença. Essas foram as finalidades que consegui vislumbrar ao delinear um roteiro de entrevista, mas um outro objetivo surgiu identificado por uma das entrevistadas: a função política do grupo.

Novamente, reitero que, com isso, não tenha a intenção de reificar nenhum dos grupos, pois compreendo que podem transitar entre diversos objetivos, inclusive entre outros que não foram elencados aqui. Para além de um afã classificatório que permeia as discussões sobre os

³⁴ Uma versão desta seção foi transformada em capítulo de livro: Medrado, A. C. C., & Lima, M. (2022). Cuidado comprometido com a minha vida e com a tua: sobre a construção coletiva da saúde mental na Atenção Básica e suas implicações na pandemia de COVID-19. In M. Lima, D. Coutinho, S. Aires, V. Bustamante, & R. Patiño (Orgs), *Pensar junto/fazer com: Saúde Mental na Pandemia de COVID-19*. Salvador: EdUFBA. Disponível no repositório: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/35225>.

tipos de grupo, os três objetivos destacados são objeto de políticas públicas e, sendo assim, são (ou deveriam ser) orientadores do cuidado em saúde. Como um discurso instituído sobre saúde pelas políticas públicas, participam em menor ou maior grau na produção de sentidos sobre o cuidado.

Conforme Laíza Mázaró, Anita Bernardes e Angela Coêlho (2011), em diálogo com Michel Foucault, as políticas públicas são mecanismos de biopoder e ainda funcionam como panóptico, por meio delas é possível controlar tanto pessoas quanto populações, bem como as próprias pessoas controlam umas às outras:

[...] as Políticas Públicas têm forte impacto sobre a vida cotidiana das pessoas, construindo novas formas de agir, de ser e de compreender a vida. Trazem mudanças também na maneira do sujeito se entender como indivíduo e como cidadão que faz parte de uma sociedade específica e que deve agir de forma adequada para não prejudicar nem a si, nem aos outros com quem convive. (p. 141)

Assim, revisitar as concepções sobre promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação da saúde nos será útil na análise sobre os sentidos que cada profissional tem sobre o cuidado. De antemão, cabe salientar que essas conceituações são produtos sociais, o que implica dizer que não são estanques. Nessa tônica, o avanço da ciência médica foi o que trouxe condições de possibilidade que fizeram com que apenas recuperar a saúde já não fosse suficiente, sendo preciso estabelecer um novo vocabulário e um novo horizonte sobre a compreensão do que é saúde. Dessa maneira, as concepções sobre promoção da saúde e prevenção da doença vêm justamente nesse bojo, na ampliação do conceito de saúde.

Dina Czeresnia (2003) faz uma reconstituição sobre a conceituação de promoção da saúde, afirmando que, em uma de suas acepções, ela assume um caráter conservador, trazendo em seu cerne um libelo neoliberal, na medida em que tem como finalidade promover a autonomia de pessoas e grupos sociais. O problema em tal visão reside, justamente, na definição de autonomia, que se assenta em um discurso de responsabilidade individual, com intuito de diminuir o papel do Estado, no entendimento de que as pessoas deveriam ser capazes de cuidar de si mesmas.

Por outro lado, é possível discutir promoção da saúde caminhando em uma direção mais progressista. Buscar a outra face da promoção da saúde nos ajuda a compreender melhor os grupos em tela: estaria ligada a ações intersetoriais para melhoria da qualidade de vida das populações, bem como traz uma concepção ampliada de saúde, na qual o ambiente incorpora elementos físicos, psicológicos e sociais (Czeresnia, 2003). Paulo Buss (2003) parte da seguinte definição, que será considerada nesta análise:

[...] ‘combinação de estratégias’ que envolvem a ação do **Estado** (políticas públicas saudáveis), da **comunidade** (reforço da ação comunitária), de **indivíduos** (desenvolvimento de habilidades pessoais), do **sistema de saúde** (reorientação do sistema de saúde) e de **parcerias interinstitucionais**, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. [grifo nosso] (Buss, 2003, p.16)

Assim, tal conceituação de promoção da saúde vai na direção de cuidado que quero discutir aqui, saindo de uma perspectiva centrada no indivíduo para uma perspectiva coletivista que envolve responsabilidade estatal, mas também comunitária, intersetorial/interinstitucional e pessoal. Por essa ótica é possível falar em autonomia dos sujeitos na construção da própria saúde, compreendendo que as decisões pessoais são alicerçadas por meio de uma rede de relações que podem tornar as escolhas mais livres ou mais restritas (Campos, Barros, & Castro, 2004). Assumo como cara a dimensão política do cuidado (Biroli, 2018), já que tanto o cuidado em saúde quanto a dimensão privada do cuidado, no sentido de cuidado doméstico, sofrem o impacto de decisões políticas como a Emenda Constitucional nº 95 (Emenda Constitucional de Teto de Gastos Públicos), a reforma da Previdência Social, a reforma trabalhista e as políticas de distribuição de renda, como o auxílio emergencial.

Por seu turno, a prevenção da doença semelhantemente apresenta controvérsias. No tocante à saúde mental, a ideia preventivista associa-se à Psiquiatria Preventiva, movimento reformista de desospitalização psiquiátrica ocorrido nos Estados Unidos, na década de 1960. A proposta do movimento era extrapolar o cuidado hospitalar, promovendo um ideal utópico de sociedade sem doenças ou sofrimentos mentais através de uma rede de serviços e ações sanitárias na comunidade de teor higienista e moralizante, conforme Vlória Jucá (2010) e Paulo Amarante (1996). Ademais, “[...] o preventivismo tem sido importante referencial teórico para uma inédita estratégia de patologização e normalização do social, fornecendo novas tecnologias e referências para a inscrição do sofrimento psíquico e do mal-estar social no rol das patologias” (Amarante, 1996, p. 17).

Para além do campo da saúde mental, as ações de prevenção relacionam-se ao controle epidêmico da incidência e prevalência de doenças e agravos na população. Sendo assim, as práticas preventivas estão intimamente vinculadas à circulação do discurso científico, muitas vezes na forma de práticas de educação em saúde (Czeresnia, 2003).

A discussão sobre a recuperação da saúde também não se dá sem questionamentos no campo da saúde mental, pois uma das associações possíveis é com a cura, o que remete a uma volta à “normalidade”. Vlória Jucá (2010) fez uma retomada histórica sobre o tratamento da loucura, partindo desde o surgimento da psiquiatria com o alienismo francês, que defendia a

ideia da loucura como curável, até a medicina moderna (apoiada pela indústria farmacêutica), que continua na empreitada de encontrar um desvio biológico, uma marca identificável no corpo que localize a loucura, e assim alcançar a almejada cura.

Contudo, a autora nos apresenta uma perspectiva mais plausível sobre cura/recuperação da saúde mental e mais alinhada à reforma psiquiátrica brasileira. A reforma psiquiátrica traz o imperativo de repensar conceitos cristalizados de saúde, doença, tratamento e cura, sem perder de vista que, para além de uma problemática do campo da saúde mental, a loucura é também um problema social (Jucá, 2010). Nesse sentido, Jucá (2010) propõe pensar a recuperação da saúde mental não mais como “reparar o que está errado”, mas em uma aliança com o cuidado que vai na direção da ampliação de possibilidades existenciais e da mitigação do sofrimento:

Apesar da forte associação entre cura e *restabelecimento de um estado anterior*, ao realizarmos um resgate etimológico do termo cura, encontramos outra possibilidade de significação para o mesmo. A origem da palavra reside no radical *cur* derivado do latim *curae* que significa cuidado, preocupação, direção, administração, curatela (em linguagem jurídica), cuidado, tratamento (em linguagem médica), guarda, vigia, intendente, superintendente, objeto ou causa de cuidados e preocupações, amor ou objeto amado. Assim, curar é também cuidar ou ocupar-se de alguém. [grifo da autora] (Jucá, 2010, p.309)

Outro conceito válido para as discussões de recuperação da saúde mental é o de *recovery*. O *recovery* pode ser definido “[...] como um estado de recuperação ou restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais no funcionamento cotidiano, que pode ou não ser temporário” (Baccari, Campos, & Stefanello, 2015, p.126). Contudo, Ivana Baccari, Rosana Campos e Sabrina Stefanello (2015), em revisão de literatura sobre o conceito, explicitaram a polissemia de interpretações que o *recovery* pode ter. É relevante distanciar a ideia de *recovery* de remissão de sintomas, aproximando-se mais de uma forma de lidar com os transtornos mentais que envolve uma série de fatores como autoconhecimento, possibilidade de planejar o futuro e estabelecer vínculos, obtendo qualidade de vida. Trago essa breve menção ao *recovery* no sentido de marcar a presença crescente de discussões sobre ele na saúde mental, sendo um conceito que, novamente, não coloca a cura (no sentido de restabelecimento da “normalidade”) em seu horizonte, mas sim a convivência com os transtornos mentais.

Encerrado o parêntesis sobre as definições, cabe dizer que parte das minhas interlocutoras, assim como eu, compreendem os grupos como transitando entre os três objetivos:

Eu acho que acaba sendo promoção, prevenção e... recuperação, reabilitação, enfim, já de abordagem terapêutica mesmo, né? De tratamento. Porque... algumas pessoas chegam aqui com situações de sofrimento da vida, né? Que é comum, que todo mundo

tem, então a gente também não tá aqui para impedir que o sofrimento aconteça, né? Ao contrário, o que a gente... a gente...o tempo todo fala que sofrimento faz parte da vida e que a gente precisa pensar em ferramentas para abordar esse sofrimento, né? Então, nesse sentido, acho que tem muito de promoção da saúde, né? Que é de ajudar as pessoas a levarem uma vida melhor, com mais qualidade de vida, com mais satisfação na vida, né? Vamos pensar, assim, a qualidade em termos do que é que elas percebem de satisfação da vida. É... e aí... prevenção, na perspectiva de auxiliar que as pessoas também identifiquem situações em que elas podem evitar processos de sofrimento, né? E de repetições ou de processos que elas sempre se vêm fazendo o mesmo e que eu posso... e que eu posso... sei lá, que posso evitar, posso dizer mais “não”, né? Posso me sentir mais confortável em tá no lugar de evitar sofrimentos, mas, ao mesmo tempo, a gente também recebe pessoas muito destruídas, né? Assim, psiquicamente... por... condições diversas, né? Violência, luto e que a gente entende que o grupo é esse espaço de... o espaço... terapêutico... de... mais de recuperação da vida dessa pessoa mesmo, né? [...] E que o grupo acaba sendo só mais um elemento desse processo de cuidado maior. (Tereza, Grupo 2)

É válido salientar que Tereza, terapeuta ocupacional que mediava o Grupo 2, trouxe uma nova interpretação sobre os conceitos trabalhados aqui, se afastando da dicotomia saúde/doença e se aproximando do sofrimento, que é inerente à vida. Assim, fazendo uma aproximação da sua fala dos objetivos em tela, o grupo aparece como: possibilidade de sofrer menos (promoção), evitar os sofrimentos (prevenção) e de recuperação dos sofrimentos (recuperação). É uma perspectiva interessante já que, como descrito em seção anterior, o grupo não foi condensado em torno de patologias específicas, contemplando diversos perfis de mulheres com diferentes graus de sofrimento/adoecimento psíquico, desde aquele classificado como “leve” ao “grave”. Tal compreensão de Tereza sobre o sofrimento como objeto de intervenção do cuidado, converge justamente com o ideário de promoção da saúde: “[...] a promoção da saúde avança, incorporando o mal-estar como percepção subjetiva, relacionada ou não com a enfermidade, e a saúde como fato positivo, tanto na sua dimensão subjetiva - bem-estar - quanto objetiva - aos objetos do planejamento/intervenção” (Buss, 2003, p. 34).

Além disso, outra afinidade com a promoção da saúde é quando enfocamos as demandas do grupo: se relacionavam a fatores psicossociais que não cabem em um rótulo psicodiagnóstico e extrapolavam a esfera da saúde, demandando ações interinstitucionais/intersetoriais. Isso é reafirmado por Tereza ao final da entrevista, quando pergunto se ela quer acrescentar alguma informação:

Eu acho que tem uma coisa importante assim que... é... talvez essa questão da... da retaguarda, né? É... a gente se sente muito só, nesse espaço mais específico de... de cuidar da saúde mental, assim... e... a gente vê que tem uma relação muito forte com... com os determinantes sociais, com violência, né? e às vezes a gente busca outros... outros espaços, assim, né? então a gente vai cuidar de uma família que tá todo mundo em situação de sofrimento e a gente vai na escola e a escola tem a mesma percepção, a

gente vai no CRAS [Centro de Referência da Assistência Social] e o CRAS tem a mesma percepção, mas a gente tem muita dificuldade de atuar conjuntamente, às vezes um caso promove essa junção mas não é uma... um cuidado que a gente consegue... por exemplo, todo mundo pensa que é importante a promoção da saúde mental, mas a gente não consegue promover ações junto com o CRAS, junto com a escola, porque tá todo mundo tão sobrecarregado de demanda de problemas, né? E de... dessa insuficiência mesmo do serviço público, que não é só da vontade das pessoas de fazer, porque eu acho que quando a gente vai sentar todo mundo acha que é importante, mas acho que é do próprio desenho das políticas públicas e da insuficiência dos serviços, né? Então eu acho que... que isso é um entrave importantíssimo pra que a gente consiga promover ações mais resolutivas mesmo, né? Especialmente no campo da promoção, prevenção e... também dos casos mais complexos, acho que a intersetorialidade ainda é um aspecto que salta aos olhos o tempo todo, então quando a gente ouve... aí vem desemprego, vem violência, vem sobrecarga, vem insuficiência, né? De... de tudo, mas a gente não consegue... ir para além, muitas vezes ...da identificação ou do cuidado que a saúde pode dar, assim, né? Isso pra mim é bem... frustrante, mas quando eu olho... olho a agenda, olho a diversidade de... de... de demandas que a gente tem que... que tem que abordar, acaba sendo muito insuficiente. (Tereza, Grupo 2)

Em sua fala, Tereza destaca um componente basilar das ações de promoção da saúde: a intersetorialidade. A promoção da saúde parte do princípio de que saúde é muito mais que ausência de doença, o ideal promotivo requer sempre um trilhar contínuo na busca por um nível cada vez melhor de qualidade de vida. Essa visão ampliada da saúde incorpora vários elementos como justiça, alimentação, paz, moradia, trabalho, lazer etc. Sendo assim, os serviços de saúde não são suficientes, é preciso estabelecer diálogo com diversos setores, construir pontes e compartilhar saberes e responsabilidades (Buss, 2003; Campos, Barros, & Castro, 2004).

Tal compromisso, no entanto, não pode ser assumido apenas pelas/os profissionais. Como indica o fragmento da fala de Tereza, há um entrave e uma insuficiência do serviço público e das políticas, muitas vezes intransponíveis pela simples vontade do/a trabalhador/a. Isso reafirma que a promoção da saúde demanda projetos políticos envolvendo as três esferas de governo: municipal, estadual e federal. O que implica o desenho de políticas públicas saudáveis, que envolveria uma pactuação de todas as políticas públicas com a saúde da população, inclusive as políticas econômicas (Buss, 2003).

Sobre o Grupo 3, Fabiana também acreditava que cumpria as três funções, já Vanessa afirma ao ser questionada sobre o assunto:

[...] Promoção de saúde, principalmente, e principalmente promoção de saúde mental com esse foco [pausa] é, tem um caráter de grupo educativo, preventivo em alguns momentos, mas a gente tenta tirar esse... um ranço disso mais formatado, né? Mas acho que eu colocaria [pausa] é [pausa], predominantemente, enquanto um espaço de promoção de saúde. (Vanessa, Grupo 3)

Análogo ao Grupo 2, as mediadoras do Grupo 3 não o organizaram com centralidade na doença. Elas ainda investiam em inúmeras parcerias com pessoas que atuavam academicamente, isso é sinalizado tanto por Fabiana quanto por Vanessa. Por isso, Vanessa, em outro momento da entrevista, retoma essa preocupação que circulava entre elas de que o grupo não assumisse contornos tão acadêmicos, mais próximos de palestras que se relacionam com atividades preventivas de doenças.

A despeito dessa possibilidade de tornar o grupo um ambiente academicista e prescritivo, as parcerias indicam as interlocuções intersetoriais/interinstitucionais construídas pelas pessoas do grupo. Outra característica marcante desse grupo em intersecção com a promoção da saúde é sua inserção comunitária. Relembro que ele foi sendo desenhado em diálogo com uma associação de mulheres da comunidade, acontecia no espaço da associação e contava com mediação de duas mulheres integrantes dela.

O protagonismo da comunidade em relação à construção do cuidado em saúde foi um processo iniciado por Fabiana. Durante a entrevista ela deixou claro que a centralidade da facilitação grupal em torno dela era algo que a deixava desconfortável e que, aos poucos, foi sendo assumida por outras mulheres e por parcerias externas. Esse alicerce foi assentado de tal forma que Fabiana vislumbrava a possibilidade de a atividade continuar sem a sua presença, já que ela não integra mais a equipe do NASF-AB. A responsabilização da comunidade pela própria saúde ainda fica nítida em outros momentos:

[...] e era também um espaço [o grupo] de encaminhar casos, ou de denúncia, porque às vezes as mulheres não batiam na porta da unidade, mas falavam com a liderança [suprimido nome da associação de mulheres da comunidade], e aí a liderança [idem], uma mulher e tal falava “ó, fulaninha tá sofrendo tal coisa, tá acontecendo tal coisa, ela nem pediu ajuda, mas eu percebo: [Fabiana], cê poderia chegar junto?” então era um grupo, um espaço também de... de... de ver quais são as demandas do território, mesmo porque são demandas que às vezes não conseguem chegar na unidade pela via tradicional. (Vanessa, Grupo 3)

Nessa direção, podemos notar que grupo representava um espaço de confiança onde era possível desenhar outros caminhos para o ingresso na AB, o que é deveras importante no caso das mulheres negras que, de acordo com Emanuelle Goes e Enilda do Nascimento (2013), têm seu acesso à saúde e processos de adoecimento marcados pela interação entre racismo e sexismo. Isso reafirma a relevância da atuação das pessoas desse grupo, mulheres negras, que refletiam as características da comunidade onde o grupo se inseria, maioria negra. É difícil, inclusive, estabelecer essas fronteiras fora/dentro, externo/interno, serviço/comunidade em um

grupo composto por ACS e lideranças comunitárias que se inscreviam ao mesmo tempo como usuárias, trabalhadoras de saúde (no caso das ACS) e facilitadoras do grupo.

Pude observar experiência parecida de responsabilidade comunitária no Grupo 2, era comum que as mulheres levassem amigas, familiares e conhecidas para participar da atividade, entendendo que as demandas de tais mulheres poderiam ser acolhidas em tal espaço e reiterando o valor que o grupo tinha em suas vidas. Ainda foi possível presenciar as mulheres pedindo ajuda às facilitadoras para a resolução de alguns casos da comunidade. Assim, mesmo que não fosse de maneira intencional, o vínculo estabelecido entre as trabalhadoras de saúde e as mulheres que atendiam aos poucos foi construindo uma rede de cuidado entre mulheres, uma rede que se estendia para além das profissionais de saúde, assentada em solidariedade e ajuda mútua.

Dessa maneira, mais do que o cuidado dirigido às mulheres integrantes dos grupos, o Grupo 2 e o Grupo 3 frutificavam em um empoderamento comunitário (Buss, 2003), na medida em que ao cuidar, informar e oportunizar espaços de compartilhamentos sobre saúde às usuárias, tais ações reverberavam para fora desse contexto, atingindo suas famílias e, quiçá, o restante da comunidade. A escolha por uma ferramenta que não individualiza o cuidado, mas por uma modalidade grupal de cuidado na Atenção Básica coloca em cruzamento pessoa e comunidade, já que estão reunidas pessoas que habitam o mesmo território. Destarte, os grupos em questão elencavam estratégias que fortaleciam ao mesmo tempo os indivíduos e a comunidade na responsabilização pelo cuidado em saúde, o que remete a alguns dos partícipes do conceito de promoção da saúde de Buss (2003) adotado aqui.

Atentas/os às/aos participantes responsáveis pelas ações promotoras da saúde trazidas/os por Buss (2003) (Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias interinstitucionais), podemos perceber que dois dos grupos conseguiam atingir mais diretamente no mínimo três deles: comunidade, pessoas e parcerias interinstitucionais. Quanto aos demais – Estado e sistema de saúde – estão ao alcance de outra finalidade que pode ao menos ter sido apreendido por um dos grupos: o objetivo político.

Fabiana, ao descrever o Grupo 3 reconhecia-o como um grupo de apoio, autocuidado, promoção da saúde, mas também como um grupo de “formação política”. Longe da defesa de algum tipo de proselitismo político-partidário, compreendo a função política do grupo como resgatando sua própria história comunitária (através da associação de mulheres), bem como a história das reformas sanitária e psiquiátrica, lutas de movimentos sociais, de trabalhadoras/es e de usuárias/os que culminaram no SUS e na Lei de Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/01).

Assim, a proposta de formação política está em consonância com os próprios valores da Reforma Psiquiátrica e do SUS, como um exemplo temos o controle social na gestão do SUS que é, inclusive, garantido pela legislação (Lei nº 8.142/90), que sanciona a participação cidadã nas Conferências e Conselhos de Saúde, instâncias consultiva e deliberativa do sistema de saúde. Ademais, a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 2.446/14, consolidada pela Portaria de Consolidação nº 2/17) também tem como princípio a participação popular. Outrossim, a produção teórica sobre promoção da saúde reconhece a mobilização social e a atuação dos movimentos sociais, entre eles o movimento feminista, como necessárias nas ações de promoção da saúde (Campos, Barros, & Castro, 2004; Buss, 2003). Já no campo da saúde mental, o cuidado tem sido aliado ao incentivo do protagonismo político das/os usuárias/os, como destaca Nina Soalheiro (2014), tanto dentro dos próprios CAPS na organização de assembleias etc., como em organização de usuárias/os como a Associação Metamorfose Ambulante (AMEA), em Salvador.

A menção ao grupo como espaço para formação política não foi aprofundada ao longo da entrevista, mas alguns elementos dos repertórios linguísticos das pessoas do grupo podem ser valiosos para a apreensão do cuidado aliado à política. Parto da premissa de que não é possível compreender o Grupo 3 sem ressaltar o ideal feminista e o letramento racial constituintes do próprio contexto do grupo, descartar tais características seria invisibilizar a própria potência e os saberes das mulheres da associação comunitária e da principal facilitadora do grupo, Fabiana.

Retomando a apresentação de Fabiana, ela é uma mulher que se autodeclara negra/preta, psicóloga, feminista. Além de ter atuado no NASF-AB, à época atendia em consultório particular apenas mulheres e atuava em uma rede de psicólogas feministas que tinha como meta, nas palavras dela, “combater opressões de gênero na clínica”. Em determinado momento da entrevista, ao declarar sua intenção de passar a atender casais e, dessa forma se abrindo a uma possibilidade de atender homens, ela afirma: “[...] eu acredito que essa perspectiva de uma clínica feminista vai continuar ocorrendo”. Outro destaque válido da entrevista é quando ela trata de alguns embates com colegas de trabalho: “No início foi muito difícil, é... defender esse meu olhar social pra o sofrimento”. Essas são algumas pistas que Fabiana nos dá sobre esses repertórios linguísticos que compunham seu trabalho e que podem estar envolvidos na formação política que ela identificou no grupo.

Alguns outros vestígios já foram destacados em outros momentos desta análise, remetem à associação de mulheres da comunidade: é um movimento organizado que tem história de atuação política no bairro, conjugando uma série de ações na vizinhança. As pautas

que circulavam também nos auxiliam no entendimento da função política do grupo, era comum abordar as desigualdades sociais e a pauta racial. Entretanto, tal pauta não era apreendida apenas no aspecto do racismo e sofrimento decorrente dele, visava trazer referências positivas, bem como englobava a dimensão do cuidado, autocuidado e bem viver, afinado às pautas do movimento de mulheres negras.

Assim, as mulheres do Grupo 3 aliavam o movimento feminista ao movimento antirracista, lutas políticas, alertas ainda para a desigualdades sociais. A composição da atividade permitia o fortalecimento e a formação conjunta de mulheres negras, é por meio desse tipo de articulação que bell hooks (2019b) acreditava que as mulheres vão conseguir construir unidade e solidariedade política. Ela propõe que nós, mulheres, visemos diversas formas de comunicação, tendo como meta atacar o eixo comum de opressão patriarcal sem perder de vista as opressões de raça e de classe. Hooks (2019b) defendia que as diferenças entre nós não devem fragilizar nossa sororidade, sendo preciso prezar o coletivo e compreender que a luta individual não dará cabo do racismo, do classismo ou do machismo em nossa sociedade. A feminista estadunidense é mencionada por Fabiana em nossa entrevista, então não seria surpresa que suas propostas fossem refletidas no grupo.

Outra dimensão criativa dessa atividade, que não pode passar despercebida, é que era uma ação de autocuidado entre pares de trabalhadoras, eram profissionais empáticas aos próprios sofrimentos, que dividiam o espaço de trabalho e que construíram um reduto de cura, na acepção de Jucá (2010), para si mesmas. Eram trabalhadoras/usuárias e por partilharem suas dores, angústias, medos e, mais ainda, suas forças, potências e saberes no grupo lapidavam a horizontalidade do cuidado.

Gastão Campos, Regina de Barros e Adriana de Castro (2004) afirmam que é indissociável pautar a promoção de saúde no Brasil sem visar o enfrentamento das desigualdades sociais e que é encargo do setor saúde tanto atuar por melhores condições de vida, quanto zelar pelo exercício da cidadania. Dessa maneira a política e a saúde estão lado a lado quando se assume a qualidade de vida da população como um alvo, uma meta, um fim.

Em alguns momentos foram mencionadas práticas associadas a modelos de educação em saúde, mais próximas à prevenção de doença, como as participações acadêmicas externas ao Grupo 3 em algumas sessões, conforme declaração de Vanessa. Não obstante tais menções, compreendo que os grupos em debate se afinam, sobretudo, à promoção da saúde em sua perspectiva mais coletivista. Quanto à recuperação da saúde, tomo de empréstimo a definição de Jucá (2010) de cura/recuperação como cuidado. Partindo desse entendimento, acredito que toda esta seção cumpre a função de discutir recuperação da saúde nessa tônica.

Ressalto que a atividade grupal era apenas uma das intervenções que as profissionais dirigiam às mulheres dos referidos grupos, compondo um mosaico de cuidados conjuntamente com visitas domiciliares, atendimentos individuais e de familiares, matriciamento dos casos etc. (tais ações serão discutidas na próxima seção). Assim, muitas vezes esse cuidado não começava nem se encerrava no grupo e, justamente por ser um cuidado construído no SUS, uma política de Estado, é possível estabelecer os elos entre a pessoa, a comunidade, outras instituições, o sistema de saúde e o Estado, visando um cuidado integral alinhado à noção de promoção de saúde e da díade cuidado-cura discutida por Jucá (2010). Dessa maneira, por ser o cuidado em saúde um complexo que demanda uma série de ações, embora os grupos guardem pouca similaridade com atividades preventivas de doença, isso não quer dizer que as demais atribuições das profissionais não sejam de caráter preventivo.

Cabe ainda esclarecer o porquê o Grupo 1 não foi mencionado neste tópico. Em minha entrevista com Amanda não foram apresentados repertórios linguísticos que aludissem à temática, tanto por ter sido a minha primeira entrevista e tal assunto não tivesse me surgido até o momento, quanto porque, por ser o CAPS um serviço de atenção secundária, os discursos sobre promoção da saúde e prevenção da doença não circulam tanto nesse espaço quanto na AB. Contudo, em alguns momentos é possível apreender das declarações de Amanda uma aproximação ao *recovery*, apesar de ela não ter adotado tal termo, visto que umas das principais preocupações expressadas por ela era ultrapassar os estereótipos em relação aos transtornos mentais

5.2 OUTROS ESPAÇOS DE CUIDADO E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOCUMENTOS DE DOMÍNIO PÚBLICO

“A política não se situa no polo oposto ao de nossa vida. Desejemos ou não, ela permeia nossa existência, insinuando-se nos espaços mais íntimos.” (Davis, 2017, p. 53)

Até então os grupos tiveram prioridade na discussão, mas isso não significa que eram as atividades principais das minhas interlocutoras. Assim, diante das demais atribuições, os grupos de mulheres aparecem como mais um elo em uma cadeia de cuidado que, não necessariamente, começa no grupo ou se encerra nele, como refere Tereza:

De que ela [a mulher que participa do grupo] às vezes precisa de uma abordagem mais individual que a gente faz ou no final do grupo, ou que a gente busca em outros momentos de atendimento... que são pessoas que estão em situações... mais graves, assim, né? Que a gente precisa dar outros olhares, às vezes faz visita domiciliar, chama a equipe, traz outros profissionais... pra cuidar... pra cuidar dos casos, né? E que o grupo

acaba sendo só mais um elemento desse processo de cuidado maior. (Tereza, Terapeuta Ocupacional)

Esses demais momentos de cuidado, apesar de não terem sido desenvolvidas especificamente para mulheres, como confirmam a literatura, as minhas observações de campo e os próprios relatos das entrevistadas, esses outros espaços de cuidado se dão, sobretudo, para mulheres, que são a maioria nos serviços de saúde. Como corrobora Tereza ao ser questionada sobre outros espaços de cuidado voltados para mulheres: “[...] E os espaços que a gente promove aqui que não são necessariamente são apenas voltados para mulheres, mas que a maior parte do público é de mulheres, né?”.

De modo geral, ao descreveram suas atividades ficou marcado o excesso de atribuições:

C: É... me fala um pouco da sua atuação aqui neste serviço, das atividades que você faz...

I: É... então, a gente enquanto NASF cobre oito equipes de saúde, é... cinco aqui na [suprimido bairro] e três no [suprimido bairro]. É... é uma equipe multi [pausa] e aí a gente...faz... diversas atividades, né? **De acordo com o que tá preconizado com o NASF**, então tem os atendimentos individuais mesmo, os acompanhamentos mais longitudinais dos casos que... a gente tenta sempre que seja em parceria, né? De uma maneira compartilhada com... com as equipes de Saúde da Família. Dentro desse cuidado a gente faz as visitas domiciliares, é... tem um monte de grupo, que eu faço parte, alguns de maneira regular, outros de maneira mais pontual, tem o Programa Saúde na Escola, é... a gente faz bastante articulação também intra e intersetorial, então... processos de matriciamento com os outros CAPS, e aí... mais estruturado com o CAPS II, mais incipiente com [CAPS] ia e com o [CAPS] ad, mas tamo tentando, é... articulação com o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], com CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social] e com os outros equipamentos sociais que tem também no território, é... deixa eu ver o que mais... [incompreensível] atividades educativas, sala de espera, feira de saúde, é... [pausa] tem os momentos de educação permanente, com as equipes, que a gente tá na verdade elencando junto, né? Quais são as necessidades de apoio, o que é que as equipes têm sentido mais dificuldades e aí, tanto através da discussão dos casos, a gente tenta... é... fazer essa... esse compartilhamento mesmo de saberes, como também a gente às vezes planeja momentos específicos, temáticos, acho que é mais isso. [grifo nosso] (Isadora, Psicóloga do NASF-AB1)

C: Certo, cê pode me falar é... um pouco sobre as atividades que você desenvolvia no NASF? [ela não trabalhava mais no NASF-AB à época]

F: Sim, [suspira] muitas, né? [risos] **porque o NASF é muito versátil**. Então, é... eu participava das reuniões da... da própria equipe NASF que... é... são semanais, é... participação nas reuniões das equipes de referência então... são... era nesses encontros formais que... os encontros de matriciamento se dava com mais força, porque era um espaço formal, resguardado na agenda, enfim. É... também tinha... os atendimentos individuais, as visitas domiciliares, os atendimentos individuais tanto por mim como compartilhados com alguma outra profissional do NASF ou das equipes de referência.

C: Uhum.

F: Que podiam também ser... atendimentos não só com o indivíduo, mas com pessoas da família, enfim, né? Com outras pessoas. É... as atividades em grupo, as ações coletivas então... tanto ações coletivas nas escolas, através do Programa Saúde na Escola, como ações educativas mais pontuais na comunidade, salas de espera, e tudo mais que fosse necessário, que fosse demandado e alguns grupos regulares. Então, no [suprimido bairro] existem dois grupos de convivência de idosos e idosas, é... no [suprimido bairro] existe um grupo de atividade física que é um grupo de caminhada que é um grupo que acontece fora da unidade, a atividade física acontece na praça. [suspira] São tantas coisas, [rimos] eu tô tentando me lembrar [risos]. Vamo lá! O grupo do Programa do Controle de Tabagismo também, é... encontros de gestantes... todas essas atividades... é... é... eu prestava algum tipo de apoio.

C: Uhum.

[...] [grifo nosso] (Fabiana, Psicóloga do NASF-AB2)

Além dessas ações ela ainda mencionou: aconselhamento para testes rápidos de infecções sexualmente transmissíveis (TR-ISTs), ações com adolescentes, matriciamento em saúde mental, atividades de educação permanente, ações de prevenção de ISTs e de gravidezes não desejadas/planejadas. Relacionado de modo mais estrito à temática da saúde mental feminina, Fabiana até mesmo ofertava escuta às profissionais de sua equipe:

[...] de alguma forma a gente também dava algum tipo... eu... eu, pelo menos, né? Dava algum tipo de suporte a alguns profissionais, então era muito comum que as agentes comunitárias procurassem também, uma escuta, por algum tipo de sofrimento, conflito familiar. Apoios mais informais também a algumas enfermeiras que são uma categoria muito sobrecarregada na Saúde da Família, então uma escuta também mais sensível a... questões que elas traziam, com algumas eu desenvolvi um vínculo de amizade mesmo, mas nessa posição de psicóloga... é... acabava sendo... uma porta aberta aí pra que elas trouxessem algumas coisas e a gente conversasse mais livremente, né? (Fabiana, Psicóloga do NASF-AB2)

É possível perceber que a diversidade de tarefas realizadas pelas duas psicólogas possui eixos comuns (as visitas familiares, os atendimentos individuais, os encontros de matriciamento, as atividades do Programa Saúde na Escola etc.) e se relacionam com a própria versatilidade da política que preconiza o NASF-AB, como destaca Isadora. No tocante a isso, a Portaria nº 2.436/2017, que aprova uma nova Política Nacional de Atenção Básica (conhecida como nova PNAB), assim especifica as competências da equipe NASF-AB:

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e
- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão

do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território. (Ministério da Saúde, 2017a, s/p)

Mas, em que pese a diretividade da política, há ainda a compreensão de cada profissional sobre o cuidado, os escapes às prescrições, as negociações cotidianas para responder aos desafios dos serviços de saúde que, muitas vezes, não são sequer vislumbrados pelas políticas, como o suporte oferecido por Fabiana às colegas de trabalho.

Retomando a centralidade da mulher nos serviços de saúde e, portanto, nas ações da ESF, Isadora confirma: “[...] mas... o grosso, do grupo que eu atendo, são mulheres de 18 a 50 anos, 60 anos, em sofrimento, então, se é o que mais chega, vamos priorizar, né? Oferecer coisas pra esse público [...]”.

A mulher como um alvo principal das ações igualmente fica explícito quando peço à Tereza que identifique as demais atividades de grupo que realiza:

C: E você também realiza grupos, né?

T: Sim.

C: Como esse aqui [Grupo 2]. Quais são os grupos que você participa?

T: Então, atualmente o que eu tô fixa é esse, mas aqui na unidade a gente já... circulei por vários, né? É... Não, atualmente tem esse, que eu participo, quinzenalmente, o grupo de gestantes que eu participo... a cada... a cada execução dele, né? que acaba sendo três vezes no ano tem um grupo de gestantes, tem... tem três grupos de gestantes e eu acabo participando de todos os grupos em pelo menos em pelo menos um encontro. A gente aqui já pensou também ... a gente já tentou... né? algumas iniciativas de grupos de crianças... que era grupo de crianças e cuidadores, né? Crianças com alguma queixa de comportamento, emocional, ou aprendizagem, ou desenvolvimento, né? Numa perspectiva mais integral, mas... não... não deu muito certo. [...] (Tereza, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB1)

Posteriormente, ela seguiu abordando outros espaços grupais, mas a primeira menção a uma atividade dirigida especificamente às mulheres dá a dimensão da coconstrução de sentidos em torno da temática da pesquisa, possibilitada pela realização da entrevista, ou seja, o próprio tema da pesquisa pode ter direcionado tal resposta. As duas atividades destacadas acima, bem como demais referidas pelas outras entrevistadas, também denotam uma certa colagem social do sentido de ser mulher associado à maternidade (apesar dela se referir a “cuidadores”). A saber: ao elencar suas ações Fabiana igualmente mencionou participação em encontro de gestantes e Vanessa explicitou uma excessiva realização de grupos de gestante e pré-natal ao marcar a diferença do Grupo 3 em relação às demais atividades que conhecia direcionadas às mulheres:

[...] muitas coisas voltadas pra saúde reprodutiva [riso irônico], né? Não tem uma coisa muita além disso [riso irônico], se eu tô fazendo esforço pra lembrar é porque já de... deu ruim. [Eu rio] E que a tônica do grupo de mulheres [Grupo 3] era muito essa, né?

Suprir um espaço que não é... Ou grupo de gestantes, é isso, grupo voltado a... [ri] **maternidade, pré-natal, gestante, pré-natal, gestante** [...]. (Vanessa, estagiária de Psicologia)

Essa preponderância do eu feminino (Medrado & Lima, 2018) como um eu que cristaliza em si a maternidade fica explícita novamente quando retomamos a revisão de literatura realizada (Capítulo 2), principalmente a categoria ciclo reprodutivo e artigo derivado dela (Medrado & Lima, 2020). Não à toa foi a categoria que reuniu mais trabalhos, que representa 27,5% dos textos da revisão e que, apesar de não se restringir à gestação e pós-parto, tal temática configura a maioria entre os artigos da categoria.

Essa tendência “maternocentrada” que aparece nos serviços de saúde é criada/reforçada pelas próprias políticas públicas como a instituição da Rede Cegonha³⁵, destinada a oferecer assistência à mulher desde o planejamento familiar até o puerpério e à criança até os dois anos, e que tem a AB como um ponto da rede (Ministério da Saúde, 2011a). É claro que o objetivo de tal Rede é reduzir a mortalidade materna e neonatal/infantil e que permite às mulheres mais pobres acessar o cuidado em saúde durante a gestação, parto e pós-parto, o que é de importância inquestionável. Mas, novamente é relevante levar em conta a dimensão de biopoder e de panóptico das políticas públicas e seu impacto na vida cotidiana definindo padrões de comportamento (Mázaro, Bernardes, & Coêlho, 2011), que, nesse caso, colocam ou mesmo reduzem o ser mulher à reprodutora da espécie, muito alinhados aos discursos morais cristãos.

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/2011, a despeito de referir como princípio a promoção da equidade e o enfoque de gênero, em nenhum momento está posto a participação do pai, e o homem só aparece na citada Portaria na garantia de seus direitos reprodutivos (Ministério da Saúde, 2011a). Tampouco algum enfoque de raça, mesmo com informações que corroboram as disparidades durante pré-natal e parto: segundo Maria Leal et al. (2017), as mulheres pretas têm maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia; em 2012, 60% das mortes maternas foram de mulheres negras (Ministério da Saúde, 2017b); já entre 2017 e 2018, apesar do Ministério da Saúde ter conseguido reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM), as mulheres negras permaneceram sendo as principais vitimadas, com 65% dos óbitos (Ministério da Saúde, 2020). A mesma ausência em relação à alusão à raça existia em documento anterior, no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pela Portaria nº569/2000, em que a única

³⁵ Em 23 de fevereiro de 2022 o governo Bolsonaro substituiu a Rede Cegonha pela Rede Materna e Infantil. Por se tratar de uma mudança recente não foi possível incluir a análise de tal rede nesta tese.

passagem que refere o pai é na garantia de visita à mãe e ao bebê sem restrição de horário (Ministério da Saúde, 2000). Igualmente, as duas portarias não fazem referência a cuidados em saúde mental durante gestação e pós-parto, mesmo que, conforme indica a revisão de literatura da categoria ciclo reprodutivo desta tese (Capítulo 2) e artigo construído a partir dela (Medrado & Lima, 2020), existam diversos estudos (Lucchese et al., 2017; Nguyen et al., 2015; Daniel Abrams et al., 2016; Cunha et al., 2016; Reis et al., 2015; Onah et al., 2017) que reconhecem os fatores de risco à saúde mental feminina durante esse período, inclusive ideação suicida (Onah et al., 2017).

As supracitadas portarias podem ser circunscritas no maternalismo, um dos eixos estruturantes no desenho de políticas públicas de cuidado (Marcondes, 2020). O maternalismo compreende a mulher como beneficiária da política no lugar de cuidadora e mãe, responsável pela proteção das crianças. Outro problema em tal enfoque, destacado por Mariana Marcondes (2020), é que a delimitação da mãe como cuidadora escamoteia outras pessoas responsáveis pelo cuidado, como as empregadas domésticas e/ou babás, que são em sua maioria mulheres negras.

Além disso, o próprio enfoque familista dado à Atenção Básica ao adotar a Saúde da Família como estratégia retroalimenta essa inclinação. O familismo aparece como outro eixo estruturante problemático em relação às políticas públicas de cuidado (Marcondes, 2020), conforme destacam também Isabel Georges e Yumi dos Santos (2014):

O Programa de Saúde da Família (PSF) [...] deu o passo definitivo para que a política de assistência à saúde adotasse um enfoque familista e individualizante, [...] Da mesma forma, o atendimento passou a ser focalizado na família, elegendo a mulher-mãe como parceira para a sua concretização. Dessa maneira, naturalizavam-se as relações desiguais de gênero e a divisão sexual do trabalho, reproduzindo-as. (p.53)

Embora ao realizar os referidos grupos de mulheres as minhas interlocutoras partam de uma compreensão mais diversa e ampla sobre o ser mulher, as atividades como grupos de gestantes que apoiavam/participavam, referidas por profissionais de equipe NASF-AB diferentes, bem como o grupo desenvolvido para cuidadores(as) e crianças demarcam o enrijecimento da posição de pessoa da mulher apenas como mãe/cuidadora, retroalimentado pelas políticas públicas. Tal disposição, em certa medida, relaciona-se com uma sobrepujança da biologia frente ao social no campo da saúde (presente, inclusive, em uma concepção mais estrita e conservadora de família, quase sempre relacionado ao ideal de família nuclear burguesa):

Como a biologia é a ciência da vida e os princípios técnicos do atendimento de saúde estão calcados na biologia desde a própria formação acadêmica, a perpetuação de um

enfoque materno-infantil, independente do modelo em que está inserido, já anuncia uma predileção por mães, reprodutoras da espécie. Cada unidade de saúde está repleta de mães: as mães recentes recebendo orientações sobre como cuidar do seu bebê, adotando práticas higiênicas de amamentação e de alimentação corretas; as mães que acompanham os seus filhos mais crescidos e inclusive os pais dos seus filhos à unidade; as grávidas fazendo pré-natal; as mães “duas vezes” que ganham o apelido carinhoso de vovô ou vóinha, ressaltando a sua contribuição à formação de uma linha de perpetuação da vida; as “mães comunitárias (Cantarelli 2002) que são as agentes comunitárias de saúde que visitam os usuários e usuárias e dão orientações sobre o tratamento de saúde igual a quaisquer outras mães bem informadas; e as próprias enfermeiras e médicas, mães para a comunidade quando a sua sensibilidade permite! (Scott, 2005, p.85)

Tal qual Parry Scott³⁶ (2005), citado acima, Lilia Schraiber (2005) reitera que o “usuário eleito” nas ações da ESF, em verdade é uma usuária, representada pela dona de casa, que é reconhecida como disponível para se adaptar às dinâmicas da unidade de saúde. Como corrobora Vanessa, quando pergunto sobre o acompanhamento familiar às pessoas em sofrimento psíquico, “família” se refere a mulheres:

V: [pausa] eu tô muito pensando... é que como é saúde da família a gente sempre tava muito com a família, e principalmente com as mulheres...

C: Uhum.

V: Dessa família... Mas é isso, quem acompanhava, geralmente, são mulheres também... É, mulheres em sofrimento acompanhadas por mulheres em sofrimento.

C: Uhum.

V: Lembro de idosas que a gente ia visitar e quem é que tava lá? Não era o filho mais velho, não, era... a filha, a irmã, a tia, sobrinha... então... lembrei de várias coisas aqui, sempre eram as mulheres as interlocutoras, chegava na casa, não era o homem, [...] mas elas sempre... eram os personagens principais, assim. (Vanessa, estagiária de Psicologia)

Entretanto, os citados autores não se atentam para o fato de que, se avançarmos numa análise além do gênero, a desigualdade no que se refere à convocação da “família” nas ações de cuidado em saúde mantém sua desigualdade também em relação à raça e classe social, o que é imprescindível considerar quando se trata de uma política pública. Como destacam Scott (2005) e Schraiber (2005), não são todos os membros da família que são chamados à responsabilidade no cuidado da saúde, mas, primordialmente, as mulheres. Da mesma forma, as famílias/mulheres de maior poder aquisitivo não são as principais usuárias do SUS, podendo

³⁶ No citado texto o autor avança na necessidade e na vantagem de uma leitura de gênero nas ações da Atenção Básica, discutindo os valores atrelados à família e as diferenças de distribuição de poder quando se aborda gênero e família. Embora não se atente a um enfoque interseccional de raça e classe, importante sobretudo levando em conta o perfil de usuárias/usuários do SUS, para se aprofundar no tema sugiro: Scott, P. (2005). Gênero, Família e Comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa da Saúde Família. In W. Vilella & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão* (pp. 75-99). São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA.

gerir melhor o seu tempo em relação ao cuidado em saúde de si e de pessoas de sua família. Isso se dá tanto porque parte dos cuidados domésticos é atribuído a outrem - quase sempre uma mulher mais pobre com a função de empregada doméstica e/ou babá - quanto porque os serviços privados de saúde, acessados pela classe média-alta, se caracterizam por ações ambulatoriais com espaço e tempo bem delimitados e definidos, mesmo que parcialmente, pela/o própria/o cliente. Assim, podemos concluir que não é qualquer membro da família que é convocada pela ESF, nem qualquer mulher, mas as mães, avós, tias, esposas, irmãs e filhas das famílias mais pobres, quase sempre negras, sobretudo quando consideramos a cidade de Salvador.

É inegável a importância do SUS direcionar seus esforços para atender às necessidades de saúde da população mais vulnerável, porém é válido destacar que o cuidado da saúde da família é mais uma das atribuições no vasto leque de atividades de mulheres negras e pobres, e, ao que podemos ver, respaldado pelas políticas públicas de saúde. Conforme vimos na seção sobre as demandas das usuárias dos grupos, as atribuições de cuidado eram experienciadas como sobrecarga e associadas ao adoecimento/sofrimento psíquico. Congregando as funções de cuidado da própria família e da comunidade, as ACS também padeciam com o peso de inúmeras funções, de acordo com relato das entrevistadas.

Dando prosseguimento às demais ações, entre tantas, realizadas pelas trabalhadoras entrevistadas consta ainda o cuidado compartilhado de casos com o CAPS, o matriciamento em saúde mental e o mapeamento de serviços que possam oferecer psicoterapia para as mulheres em sofrimento:

C: Essa é uma demanda [das mulheres do Grupo 2] de sofrimento que a gente vai chamar de leve, colocando várias aspás, que não pode ser encaminhada pra CAPS, é dessa demanda que você tá falando?

I: Não, eu tô falando das... de tudo, porque, inclusive, tem casos que estão no grupo, ou que eu atendo individualmente em... em cuidado compartilhado com o CAPS.

C: Com o CAPS, ok.

I: Então... tem os três tipos, né? Os que eu atendo só,

C: Uhum...

I: Os que eu atendo é... é... em matriciamento, então não são pessoas que estão necessariamente inscritas, como matriculadas no CAPS, mas a gente tem suporte, né? De matriciamento ou pra discutir, ou pra medicar... e tem os que de fato são cuidados compartilhados, né? são pessoas inscritas, matriculadas, que o CAPS visita, acessa e que frequentam a unidade.

C: Uhum, mas fora essas [mulheres] que são acompanhadas no CAPS, ainda tem uma demanda muito grande que não é acompanhada no serviço, especializado, digamos...

I: Tem, tem uma demanda hoje muito... que eu acho que poderia ser muito beneficiada por um processo mais regular, né? De escuta, e... em nome disso a gente tá... acho que vai fazer uns dois anos, que eu...junto com a ajuda dos... dos estagiários, tenho sistematizado, né? A oferta em Salvador de atendimento de psicoterapia, tem aquelas listas que ficam eternamente circulando no *whatsapp*, mas elas nunca deram conta, né?

Do que eu... do que eu gostaria, então a gente fez... tem uma lista, milhões de páginas com todas os... as propagandas que eu já vi nesses cinco anos de serviço de psicologia, é... e que fosse operacional, né? Porque assim, ah, tá certo, o [palavra incompreensível] faz terapia, aí você liga “não, tá suspenso”, “ah, não, não, tá sem vaga”. Então a gente periodicamente liga pros serviços, né? pra que ela seja uma lista funcional, não seja uma lista que as pessoas vão ligar pra dez serviços e não conseguir nada, então tem desde o fluxo, né? de quais são os documentos que a pessoa precisa levar, ao tipo de serviço ofertado, a qual é o público, pra que essas pessoas todas, que estão em sofrimento, quando eu identificar essa necessidade, a gente tenha já algum caminho mais claro, muitas dessas pessoas por “N” motivos não vão buscar, né? então desde o fato de estarem numa situação, é... de maior fragilidade e não conseguir fazer o movimento mesmo, né? Às vezes tem a coisa do acesso que a unidade é perto, não gasta transporte, então a pessoa...

C: Uhum.

I: As pessoas... É uma situação super delicada, porque às vezes as pessoas me pedem, né? Tipo assim, eu vejo que a pessoa precisa muito de uma escuta semanal e aí pessoa “não, mas eu prefiro ser acompanhada uma vez por mês aqui pra continuar com você”. Ou pelo acesso, ou pelo vínculo, né?

C: Uhum.

I: E aí... isso é... isso é delicado, porque de alguma forma eu sinto que eu não consigo às vezes dar... é... suporte pra pessoas que de fato estão em situações mais agudas, porque eu acompanho há cinco anos várias mulheres, desde que eu entrei aqui, né? Regularmente, que poderiam estar no serviço de psicoterapia mais bem assistidas, mas.... (Isadora, Psicóloga do NASF-AB1)

O excerto destacado nos traz uma série de questões relacionadas à assistência em saúde mental: desde a nebulosa fronteira entre transtorno mental leve e grave e, nesse sentido, os casos não cobertos e cobertos pelo CAPS; uma precariedade da rede de saúde para atender a demanda de pessoas em sofrimento psíquico/ transtorno mental leve, o que, convém dizer, sinaliza um descaso com a saúde mental de maneira geral e com a saúde mental de grupos específicos que não têm condições de acessar os serviços privados de psicoterapia, entre outras modalidades de cuidado em saúde mental.

Sobre isso, segundo a Portaria nº 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS é o serviço especializado em saúde mental e cabe a ele atender “[...] pessoas com **transtornos mentais graves e persistentes** e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas [...]” [grifo nosso] (Ministério da Saúde, 2011b, s/p).

A mesma Portaria demarca a AB como um dos pontos da RAPS, sendo composta dos seguintes serviços: unidade básica de saúde, equipes de AB para situações específicas (equipe de Consultório na Rua e de apoio ao componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), Centro de Convivência. A equipe do NASF (mais tarde denominado NASF-AB) aparece como

uma das principais responsáveis pelas ações de saúde mental na AB. A Portaria nº 3088/2011 assim reconhece o papel da AB na RAPS:

§ 1º A Unidade Básica de Saúde [...] tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e **cuidado dos transtornos mentais**, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família [...] sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao **manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas**. [grifo nosso] (Ministério da Saúde, 2011b, s/p)

A Portaria nº154/2008, que cria o NASF, da mesma maneira nos ajuda a entender as ações atribuídas à equipe do NASF no que tange à saúde mental:

Atenção aos usuários é [sic] a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. **As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas** de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação. [grifo nosso] (Ministério da Saúde, 2008, s/p)

As referidas portarias não fazem distinção entre transtornos mentais leves ou graves ao delimitar as responsabilidades da AB no cuidado em saúde mental e asseguram ainda que o NASF deve atuar no manejo de situações de sofrimento. Recorrendo a outros documentos é possível compreender como as ações de saúde mental foram ganhando espaço na AB e, principalmente, reconhecer qual o lugar de acolhimento aos transtornos mentais leves, que não são da alçada do CAPS.

O cuidado em saúde mental foi pensado na AB desde 2003 - antes mesmo da publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (que não menciona em nenhuma das suas versões o cuidado em saúde mental) – em documento produzido a partir de oficinas realizadas pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2003). Em tal documento reconhece-se que: “Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica (AB) em qualquer uma de suas formas” (Ministério da Saúde, 2003, p.2). Também se afirma, desde então, a

importância de uma rede de cuidados, onde se inclui a AB. E, ademais, traz as seguintes estimativas:

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), **e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).**

[...]

Todos esses dados revelam a amplitude do problema a ser enfrentado. O que existe aí, epidemiologicamente falando? Sem contar com nenhum estudo recente, **estimamos que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidas na atenção básica (queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc).** [grifo nosso] (Ministério da Saúde, 2003, p. 2)

Dessa forma, ao revisar os documentos oficiais do Ministério da Saúde fica posto que, o acompanhamento aos transtornos mentais menos graves é entendido como “eventual” e cabe à AB (Ministério da Saúde, 2003). Aqui, novamente, entra em questão a produção de inteligibilidade sobre o tema, construída pelos discursos produzidos pelas políticas públicas de saúde. O que seria eventual não é definido e a periodicidade do atendimento aparece posta por outrem, não é levado em conta a avaliação da/o profissional frente a necessidade de maior tempo de acompanhamento, ou as necessidades da/o usuária/o.

Para além das bordas difusas entre transtorno mental leve e transtorno mental grave, existe ainda uma discussão sobre a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) nos atendimentos da AB. Aqui, me valho do *Cadernos de Atenção Básica: saúde mental*, uma produção do Ministério da Saúde com orientações para as/os profissionais da AB sobre o cuidado em saúde mental (Ministério da Saúde, 2013). Essa produção sustenta que:

Os trabalhadores de Saúde da Atenção Básica (AB) sabem por experiência própria que são muitas as pessoas que buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade. Também é frequente que os profissionais da AB identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importantes, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido. Pesquisas realizadas no Brasil e no mundo confirmam essa impressão. Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a AB tem algum transtorno mental segundo a CID-10. Outros estudos mostram que se incluirmos também aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico (os chamados casos subclínicos) a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a AB (GOLDBERG, 1995; BUSNELLO, 1983; MARI, 1987; FORTES, 2008). Esses dados epidemiológicos fazem com que muitos autores usem a expressão transtorno mental comum para identificar as entidades clínicas pesquisadas nesses estudos. (Ministério da Saúde, 2013, p. 89)

É profícuo que o TMC seja tomado como alvo das ações de saúde mental da AB, já que guarda íntima relação com fatores socioeconômicos: disparidades de gênero, baixa renda, baixa

escolaridade, bem como desemprego e trabalho informal (Ludermir, 2008; Zanello, 2014). Sobre isso, Ana Ludermir (2008) ratifica que não são os fatores socioeconômicos *per se* que causam o TMC, mas sim a opressão e subordinação que determinado grupo social exerce sobre outro. Já Valeska Zanello (2014) chama a atenção para uma provável patologização dos males sociais no que se refere ao diagnóstico de TMC. Reafirmo a consideração que fizemos em artigo derivado da categoria ciclo reprodutivo desta tese: “[...] percebemos que as mulheres em condições de pobreza estão mais vulneráveis ao TMC, mesmo que seja por conta de um processo de medicalização da vida, que provavelmente tem escamoteado os problemas sociais por meio de intervenções e diagnósticos médicos” (Medrado & Lima, 2020, p.78).

Contudo, a concepção ampliada de clínica da AB, com capilaridade no território (principalmente através das/os ACS), ações intersetoriais, atendimento multiprofissional etc. pode permitir um olhar que não seja centrado na doença, mas nas inúmeras possibilidades de se produzir saúde. Mesmo que isso represente um desafio, dada a realidade social, a precariedade de recursos comunitários em Salvador e o próprio poder resolutivo da AB (associado a baixa cobertura e excessivas atribuições). Os grupos de mulheres são um exemplo dessa possibilidade, embora permaneça em suspensão um processo de escuta mais regular, como sinaliza Isadora.

Entretanto, em que pese que em dezembro 2020 a cobertura da AB no Brasil era de 76,08% e de ESF 63,62%, e em Salvador 56,36% e 40,24% (e-gestor-AB, 2021), não há uma criticidade sobre a capacidade da equipe NASF-AB de oferecer acolhimento às demandas de transtorno mental leve/comum, além de matriciar/co-compartilhar os casos de transtorno mental grave com o CAPS e dar conta das demais atribuições marcadas nesta seção. Sobre isso, vale relembrar a fala de Tereza que, apesar de reconhecer a importância das ações intersetoriais, expressa o cansaço das equipes dada as excessivas ações e problemas que precisam resolver.

Assim, frente à impossibilidade de oferecer psicoterapia às mulheres em sofrimento psíquico/transtorno mental leve ou comum, Isadora tem recorrido aos serviços assistenciais fora do SUS e, mesmo esses, tem capacidade limitada diante da demanda. Acresce-se a isso que a situação descrita por Isadora representa um panorama pré-pandemia de Covid-19. Informações preliminares de pesquisa sobre a saúde mental das/os brasileiras/os durante a pandemia dão conta que 86,5% das pessoas que responderam ao questionário tinham ansiedade; 45,5% estresse pós-traumático e 16% depressão grave (Ministério da Saúde, 2021). Quanto as características sociodemográficas, a maioria era de: mulheres (71,9%), reconheciam-se como brancas/os (61,3%), moravam em bairros populares (46,8%), e com renda mensal entre um e dois salários-mínimos (24,3%). A pesquisa foi respondida por meio de questionário online com

escalas para rastreio de psicopatologias. A mesma página do governo federal faz menção aos investimentos de reforço ao atendimento em saúde mental no país durante a pandemia: nenhum deles se refere à AB, apesar da ansiedade ser reconhecida como transtorno mental leve em supracitado documento do Ministério da Saúde de 2003.

Aqui, ao passo que defendo um cuidado psicológico longitudinal para aquelas que estão em sofrimento psíquico ou transtorno mental leve, ao mesmo tempo localizo o pouco alcance resolutivo da AB para atender a essa vasta demanda. Todavia, em nenhuma medida acredito que o caminho seja adotar o modelo de atendimento psicológico de clínica privada mas, igualmente entendo que, ao elitizar tal atendimento contribuimos para o discurso social que compreende o sofrimento/adoecimento psíquico de pessoas pobres como “frescura”, bem como se banaliza o sofrimento de mulheres negras e pobres, principal perfil atingido. Ademais, a precarização da assistência não alcança somente as usuárias, mas também as profissionais e a saúde mental de tais trabalhadoras, que se veem sem condições de atender tais mulheres a contento, como relata Isadora.

Em síntese, penso que esta seção mapeia o quebra-cabeça que é a construção de políticas públicas e ações de cuidado em saúde que tenham real compromisso com a equidade, atentos às diversas intersecções de marcadores sociais envolvidos tanto na produção de saúde, quanto nos processos de sofrimento/adoecimento psíquico.

5.3 “ESSAS MULHERES NÃO TÊM PROBLEMA PARA PARIR”: SOBRE AS DIVERSAS VIOLÊNCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE³⁷

Nós nos conscientizamos da urgência de contextualizar a saúde das mulheres negras em relação às condições políticas vigentes. Embora nossa saúde seja inegavelmente atacada por forças naturais que, com frequência, estão além de nosso controle, muitas vezes os inimigos de nosso bem-estar físico e emocional são sociais e políticos. (Davis, 2017, p. 54)

A seção anterior abordou em que medida as políticas públicas compõem o delineamento do cuidado nos serviços de saúde. Mas, como discutido anteriormente, muitas vezes as políticas estão aquém as necessidades de saúde da população e re-produzem as disparidades de raça, classe e gênero que circulam socialmente. Assim, ao passo que as políticas públicas constroem nossa visão sobre o cuidado, a saúde, o eu feminino etc., também são constituídas pelos discursos sociais alicerçados em torno de tais temáticas. Nessa tônica, em acordo ou desacordo

³⁷ Músicas sugeridas: Mamãe coragem; Vaca profana; Strange fruit; Respect; Maria, Maria; Formation.

com tais políticas, os serviços/profissionais de saúde podem produzir uma série de violências, e/ou replicá-las afim aos discursos dos demais espaços sociais. Afinal, não representam uma realidade apartada da sociedade.

Importante salientar que, aqui, ao assumir um referencial da Psicologia Social Construcionista, compreendo que as práticas violentas não são apenas um repertório pessoal do/a profissional, mas são embasadas socialmente. Se produzem em consonância às narrativas e discursos sociais. Retomando a constituição da pessoa por tal referencial, o eu é construído de maneira relacional e discursiva, formado por narrativas que circulam socialmente, sendo histórico e culturalmente situado. Na mesma medida, as narrativas pessoais constituem as narrativas e discursos sociais, em uma amarração entre pessoal e social, que se produzem mutuamente. Por essa perspectiva, a separação entre as políticas e os valores e crenças das/os profissionais de saúde é meramente artificial, já que a política não é uma entidade por si. O que implica dizer que as violências praticadas por algumas/uns profissionais são constituídas e respaldadas socialmente (também por meio das próprias políticas públicas), não compõem apenas os repertórios linguísticos de tais trabalhadoras/es. Assim, o racismo, o machismo e o classismo, quando aparecem nos serviços de saúde não se restringem a um abuso de um/a determinado/a trabalhador/a, se configuram como violência institucional que retoma a violência estrutural, embora com outros contornos.

Silvio Almeida (2019) nos ajuda a entender a relação entre a instituição e a ordem social, situando o imbricamento entre o racismo institucional e o estrutural:

[...] se é possível falar de um racismo institucional, significa que a imposição de regras e padrões racistas por parte da instituição é de alguma maneira vinculada à ordem social que ela visa resguardar. Assim como a instituição tem sua atuação condicionada a uma estrutura social previamente existente – com todos os conflitos que lhe são inerentes –, o racismo que essa instituição venha a expressar é também parte dessa mesma estrutura. As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista. [...] se há instituições cujos padrões de funcionamento redundam em regras que privilegiem determinados grupos raciais, é porque o racismo é parte da ordem social. Não é algo criado pela instituição, mas é por ela reproduzido. (p.47)

Nesta seção tomarei de empréstimo as definições de documentos oficiais sobre violência institucional, que tem o racismo institucional e a violência institucional de gênero como uma de suas facetas. Na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011a) a violência institucional é definida como: “É aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos” (p. 23). E ainda:

A violência institucional compreende desde a dimensão mais ampla, como a falta de acesso aos serviços e a má qualidade dos serviços prestados, até expressões mais sutis, mas não menos violentas, tais como os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário. **Uma forma comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião um terreno fértil para a ocorrência de tal violência**” (Taquette, 2007). (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011a, p. 23)

Destarte, veremos nesta seção que, para além das violências que as mulheres sofrem em suas relações íntimas, também são submetidas às várias faces da violência institucional, principalmente na interseção entre machismo, o racismo e o classismo. A frase destacada como título me parece a mais emblemática nesse sentido, marcando como pertencer a determinada raça/cor, classe e gênero (a saber: negra, pobre e mulher) determina a perpetração de violência nos serviços. Se refere à fala de Vanessa, sobre contexto de conversa entre profissionais de saúde em momento de descontração:

A gente tava numa reunião, tipo assim, pra começar uma reunião de equipe com a equipe mínima, um dos enfermeiros estava lá conversando... a equipe mínima tava reunida e aí chegou eu, enquanto NASF, e a psicóloga, enquanto NASF, pra matriciar aquela equipe mínima, e aí conversa após o almoço... **esse enfermeiro fazia mestrado, ou alguma coisa em... saúde da mulher e gestante, então ele fazia muito pré-natal**, ele fazia muito... coisas relacionadas a essa coisa... a isso na unidade e eles começam a soltar alguma piadinha dizendo **“mas essas mulher aí do [bairro] não tem problema pra parir, não, é forte, aguenta, e não sei o que, pare às vezes sem ajuda...”** eu fiquei assim ó... [expressão de surpresa], eu e [Fabiana] a gente se olhou e eu quase avancei no pescoço dele, só que... só que [Fabiana] já lida com isso há anos, aí [Fabiana] foi pá! Deu na cara assim “isso não é negligência do profissional?” ela fez uma coisa que eu fiquei assim [expressão de admirada]... enfim, mas isso foi o dia que eu fiquei mais puta e fodida, assim, porque [pausa] a gente estuda, né? Exemplo tal, que tal profissional foi preconceituoso, mas eu vi ali do meu lado, respirando o mesmo oxigênio que eu...falando... E tipo assim, todo mundo riu... e ele... sempre essa dimensão da piada, mas... a forma de atuação dele era extremamente... direcionada a partir desse olhar [...]. [grifo nosso] (Vanessa, estagiária de psicologia no NASF-AB2)

Sobre a dimensão da violência como “piada”, Janaina de Aguiar, Ana Flávia d’Oliveira e Lilia Schraiber (2013), em pesquisa com profissionais de obstetrícia, descobriram que esses tipos de “brincadeiras”, que exprimem moralismo e preconceito, não são encarados pelas/os profissionais como uma violência institucional, apenas como uma forma bem-humorada de se expressar. Em tais casos, a violência não é localizada, visto que é compreendida como algo de maior gravidade, como uma agressão física ou ação que tenha intencionalidade de agredir. Dessa forma, as atitudes desrespeitosas acabam se tornando corriqueiras nos serviços, banalizando a violência institucional.

Analisando a fala do enfermeiro, replicada por Vanessa, então vejamos: quem são “essas mulheres” que, supostamente, não têm problema para parir? O enfermeiro se refere às mulheres de um bairro pobre de Salvador, em que a maioria da população é negra. “Essas mulheres” são mulheres pobres e negras. O enfermeiro em sua “brincadeira” reproduz a visão animalizada sobre as mulheres negras, a ideia de que seriam mais fortes que as mulheres brancas. Denota também a visão de que “essas mulheres” não são reconhecidas como pessoas diversas, mas são tomados como um todo, objetificadas como uma massa disforme. Lilia Schraiber e Ana Flávia d’Oliveira (2014) afirmam a impossibilidade de separar as práticas médicas de uma ação moral que, muitas vezes, sobrepassa o saber técnico-científico profissional. Ratificam as autoras que é comum que as/os profissionais expressem uma posição privada travestida de saber técnico-científico.

Em verdade, o saber técnico-científico da medicina foi delineado como um saber moral. Assim, em que pese que a área da saúde tenha apreço por uma posição de imparcialidade científica, como foi discutido em diversas passagens desta tese o discurso científico é marcado por racismo, machismo e classismo (uma das principais críticas do movimento construcionista social à ciência), não sendo surpreendente que suas/eus asseclas operem afim a tais posicionamentos.

No que concerne ao tema desta tese, embora possamos reconhecer os valores morais nos estudos dos primeiros alienistas, ao nos debruçarmos sobre o Brasil a análise do cruzamento entre a raça, classe, gênero e saúde mental torna-se mais frutífera quanto a esse debate. Dessa maneira, conforme já referido no Capítulo 3 (Referencial Teórico) no Brasil no final do século XIX, em se tratando das mulheres o comportamento sexual, a falta de afeição ao marido, um interesse sexual “excessivo” e o desinteresse pelas atividades domésticas apareciam como sintomas do transtorno mental feminino, de acordo com Magali Engel (2008). Rosa Machin e André Mota (2019) reiteram esse componente moral ao investigarem os prontuários do Hospício de Juquery, em São Paulo, entre os anos de 1898 e 1920. O alienismo da época tinha como função o higienismo social. Referente a raça, as pessoas negras eram as principais vítimas da instituição, em uma parceria entre a polícia e a psiquiatria, entre o controle social e a medicina. Ademais, aos negros era atribuída uma loucura de fundo orgânico/hereditário, enquanto aos brancos, a loucura moral. Essa associação entre a loucura negra, como nomeiam os autores, e a hereditariedade dá respaldo ao discurso eugênico:

A hereditariedade foi considerada determinante biológica da espécie e levou à preocupação com a descendência humana, a saúde, a raça, **atestando a correlação do corpo com o sexo. O reconhecimento da herança como principal causa da loucura levou a profilaxia ao centro do debate**, como uma espécie de panaceia para os

problemas nacionais, **com a depuração da raça como condição primeira**, pela formação de programas eugenistas das Ligas de Higiene Mental que povoariam o universo da psiquiatria nos anos 1920-30. [grifo nosso] (Machin & Mota, 2019, p. 12)

Assim, demarca-se a amarração entre a saúde sexual/reprodutiva, a saúde mental e os valores morais (Medrado & Lima, 2020), uma aliança que serve tanto à finalidade de controle dos corpos femininos, quanto aos programas de pureza racial, na convergência disso está o controle da natalidade das mulheres negras.

Tanto a ginecologia quanto a psiquiatria partem de um discurso social moderno que se vale de binômios: sujeito-objeto, homem-mulher, cultura-natureza, branco/a-negra/o, razão/emoção. A maneira como tais díades se associam definem o lugar social das mulheres negras: objeto-mulher-natureza-negra-emoção, que podemos localizar na declaração do enfermeiro que serve de título a esta seção. Como afirma Patricia Hill Collins: “Negar a humanidade plena das mulheres negras, tratando-nos como o Outro objetificado em múltiplos binarismos, demonstra o poder que o pensamento binário, a diferença formada por oposições e a objetificação exercem nas opressões interseccionais” (2019b, p. 139).

Segundo exposto em artigo derivado desta tese (Medrado & Lima, 2020), a própria história do parto reproduz tais valores, sendo possível delinear duas histórias: àquela que concerne às mulheres brancas burguesas, e outra sobre as mulheres negras e/ou pobres. Ao passo que, com o crescente processo de medicalização do parto as mulheres brancas burguesas passaram a receber cuidados médicos como anestesia e fórceps, as mulheres pobres e/ou negras eram tratadas como sujeitos experimentais, conforme Mary Jane Spink (2003), Elisabeth Vieira (1999), sintetizadas por nós (Medrado & Lima, 2020). Símbolo disso é trazido pelo “pai da ginecologia moderna”, James Marion Sims, que fazia experimentos em mulheres negras escravizadas sem uso de anestesia (Medrado & Lima, 2020). Nessa medida, o “essas mulheres não têm problemas para parir” mostra como “[...] as narrativas históricas que produzimos transitam no tempo e no espaço, não se encerram em um dado marco histórico, mas são constantemente retomadas lado a lado com novas narrativas” (Medrado & Lima, 2018, p. 1351).

Contudo, o julgamento moral em torno do ser mãe, sobretudo em conjugação com a raça e classe, não se encerra no parto, mas acompanha a carreira materna. Se Goffman (1974) descreve uma carreira moral do doente mental, podemos pensar em uma carreira moral materna, com acréscimo de outros valores morais quando se trata da mãe negra e/ou pobre. Dessa forma, quando questiono as profissionais sobre as práticas de cuidado em saúde oferecidas pela equipe da AB no que concerne a raça, classe e gênero, aparecem as seguintes reflexões:

Não sei... fiquei pensando agora na... na... na abordagem às crianças, né? Por exemplo, quando vem uma criança que vem muito com o pai, geralmente se aborda a ausência da mãe, mas o contrário não acontece, por exemplo, né? Então “ah, não, talvez a criança esteja assim porque a mãe é muito distante, sempre vem com o pai e tal...” mas sempre quando vem com a mãe é difícil “e o pai?” aí não se sabe falar do pai, então eu acho que tem uma diferença [...]. (Tereza, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB1)

Mas, sem sombra de dúvida, né? a questão de raça ela aparece o tempo todo, aparece desde do... julgamento da equipe, né? De... da... aparece muito assim, a mulher que não cuida do filho porque é negligente, né? É... sem... sem ficar muito claro que ela é uma mulher negra, sobrecarregada, num trabalho precário, com um companheiro que não contribui, como todo esses fatores eles às vezes eles não são vistos então a gente tenta trazer eles pra cena [...]. (Isadora, Psicóloga do NASF-AB1)

C: Cê falou aí sobre culpa... culpabilização às vezes do usuário, da usuária, você percebia que tinha alguma diferenciação nessas questões de gênero, de a mulher ser mais culpabilizada, ou a mulher ser tratada de uma maneira e o homem ser tratado de outra pelos profissionais?

F: Total! total! Colocasse criança no meio e gravidez no meio “o que? Fulana? Meu Deus, essa mulher tá grávida de novo? Mas essa mulher... essa mulher...” e aí injeção, num sei o que “num usa injeção [anticoncepcional], por isso que ficou assim” e aí eu levantava o dedo “gente, licença, e o pai da criança?” Sabe?

C: Uhum.

F: Porque a mulher emprenhou sozinha, e aí o bagulho é dela sozinha, né? Ou quando havia algum caso de alguma criança apresentando algum sinal ou sintoma “ah, porque a mãe deixa solto, ah, porque a mãe, não sei o que... porque a mãe...” “a mãe... a mãe...”

C: Uhum.

F: E aí eu sempre tentava puxar pro outro lado “sim, ela cuida sozinha? Ele tem pai? Como é esse pai?” e a coisa é tão louca que assim, muitas vezes de fato o que ocorria era um abandono parental. Então, assim, o abandono parental por parte do pai acontecia, e isso não era considerado também nesse contexto, o abandono em si, a ausência em si, né?

C: Uhum.

F: Por que é que tantos homens comentem abandono parental? Então, com certeza. (Fabiana, Psicóloga do NASF-AB2)

Aqui, novamente, quando solicito às entrevistadas que localizem questões de raça, classe e gênero relacionadas ao cuidado e ao sofrimento mental, reaparece a mulher como mãe/cuidadora. Na interseção entre maternidade e raça no desenho de uma carreira moral materna, recorro a Collins (2019b) que identifica ao menos três imagens de controle sobre a maternidade das mulheres negras nos Estados Unidos: a *mammy*, a matriarca e a mãe dependente do Estado.

A figura da *mammy* estaria associada à docilidade e passividade, representa, principalmente, a mulher negra trabalhadora doméstica, que cuida das crianças das famílias

brancas como se fossem dela e que é subserviente: “A imagem da *mammy* foi concebida para ocultar essa exploração econômica” (Collins, 2019b, p. 143).

A matriarca seria o oposto da *mammy*, seria a mãe má, a mãe negra em sua própria família, que sustenta-a trabalhando fora de casa e, por isso, seria negligente no cuidado das/os filhas/os, da casa e do marido:

[...] a tese do matriarcado negro argumentava que as afro-americanas que não cumpriam seus deveres “femininos” tradicionais em casa contribuíam para os problemas sociais na sociedade civil negra. Por passarem muito tempo longe de casa, as mães que trabalham fora não conseguiriam supervisionar adequadamente as filhas e os filhos e, assim, contribuíam de modo relevante para o fracasso escolar das crianças. Consideradas excessivamente agressivas e não femininas, as matriarcas negras eram supostamente castradoras de seus amantes e maridos. Esses homens, compreensivelmente, abandonavam suas parceiras ou se recusavam a casar com as mães de suas filhas e seus filhos. Da perspectiva do grupo dominante, a matriarca representava uma *mammy* fracassada, um estigma negativo aplicado às afro-americanas que ousassem rejeitar a imagem de serviços submissas e diligentes. (Collins, 2019b, p. 145)

A mãe negra dependente do Estado seria aquela que recorre a ele na provisão de seus direitos. É vista como preguiçosa e fracassada por ser, frequentemente, uma mulher solteira. Na sociedade estadunidense tal mulher é encarada como responsável pelos problemas econômicos do país, bem como por sua própria pobreza (Collins, 2019b).

Segundo a autora, os diferentes estereótipos em torno da maternidade de mulheres negras são imagens de controle que procuram justificar sua opressão: “Essas imagens de controle são traçadas para fazer com que o racismo, o sexismo, a pobreza e outras formas de injustiça social pareçam naturais, normais e inevitáveis na vida cotidiana” (Collins, 2019b, p. 136).

Apesar de tais imagens de controle definidas por Patricia Hill Collins (2019b) se referirem às mães negras estadunidenses, acredito que, no SUS, essas diferentes imagens repousam sobre as mesmas mulheres, sobre “essas mulheres”, que podem ser vistas por parte das/os trabalhadoras/es de saúde ao mesmo tempo como *mammys*, matriarcas e dependentes do Estado.

Nos excertos destacados das entrevistas com as profissionais podemos identificar a figura da matriarca, da mãe negra sobrecarregada e que, por isso, é vista como irresponsável, ausente e é culpabilizada pelos problemas de comportamento dos/as filhos/as. Ao mesmo tempo, a defesa de um controle de natalidade “dessas mulheres”, de maneira implícita, se associa à figura da mãe dependente do Estado, culpada por sua condição de pobreza ao gerar “muitos” filhos/as. Já a figura da *mammy* surge de maneira subliminar sustentada pelas políticas

públicas de saúde na eleição da mulher negra dona de casa e da ACS como cuidadora da família e da comunidade, conforme discutido na seção anterior.

Dialogando com as/os autoras/es brasileiras/os (Scott, 2005; Schraiber, 2005) que refletem sobre o gênero na Atenção Básica - embora sejam insuficientes, sobretudo, no que se refere à raça/cor- podemos nos aprofundar em como essas imagens de controle e opressão das mulheres negras se sustentam no SUS. Parry Scott (2005) destaca que a mãe de família é identificada pela equipe de saúde da AB como principal cuidadora, sendo convocada quando há necessidade de obediência a um determinado tratamento. Ainda se almeja que ela seja mais disponível, que tenha mais paciência para se adaptar à dinâmica do atendimento nos serviços. Assim, entendo que a AB solicita a *mammy*, a cuidadora ideal, dócil e subserviente que é requerida na adesão ao tratamento de membros de sua família, naturalizada com os preceitos morais que colocam a mulher na posição de mãe/cuidadora.

Já a mãe negra dependente do Estado compreendo que surge na própria carência de recursos materiais para o cuidado da saúde, o que torna tais mulheres as principais usuárias do SUS. Além do acesso aos serviços públicos de saúde, é comum que esse mesmo perfil recorra a outras assistências estatais como aos serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a programas de transferência de renda, como o Bolsa Família. Esse acesso aos direitos sociais conferidos pelo Estado parece dar respaldo ao controle das equipes das decisões sobre a saúde das mães negras que acessam os recursos estatais, sobretudo no cerceamento da liberdade sexual/reprodutiva que aparecem nas expressões de surpresa e indignação trazidas por Fabiana: “Meu Deus, essa mulher tá grávida de novo?”, “num usa injeção [anticoncepcional], por isso que ficou assim”.

Scott (2005) discorre sobre o poder do Estado ao penetrar nas comunidades que, em que pese contribuir para resolver algumas desigualdades pontuais, confere o poder de prescrição às equipes, que reproduzem modelos de vida colados aos seus valores de classe média, como o ideal de família, por exemplo.

O autor ainda afirma que a educação em saúde é calcada em ideias de controle e disciplina, sobretudo quando se refere a adolescentes e mulheres, o que fica mais explícito nas ações de planejamento familiar e incentivo à amamentação. Nesse sentido, para além das posições de gênero estereotipadas, pesam também a diferença de classe entre a equipe de saúde e as mulheres que atendem. Nessa intersecção entre gênero e classe espera-se um ideal de mulher que componha uma família estável, com número controlado de filhos/as, heterossexual, com pouca troca de parceiros e sem gestações adolescentes. Dessa forma, assim como a mãe negra dependente do Estado reconhecida como imagem de controle e opressão por Patricia Hill

Collins (2019b) no contexto estadunidense, “essas mulheres” ou “essa mulher [que] está grávida de novo”, mulheres negras e/ou pobres, usuárias do SUS, são vistas pelas equipes de saúde como ignorantes, reprodutoras irrefreáveis, com sexualidade incontrolável, responsáveis pela própria condição de pobreza, o que justificaria a intervenção do Estado e o caráter prescritivo das ações de saúde (Aguar, d’Oliveira, & Schraiber, 2013; Schraiber, 2005; Scott, 2005):

A contracepção é vista como responsabilidade exclusiva da mulher e a idéia de “controle de natalidade” orienta toda a assistência em saúde reprodutiva, havendo muito pouco respeito pela autonomia dos sujeitos. A laqueadura é vista como um método positivo, preferencial e, muitas vezes, imperativo, diante da condição de pobreza ou da idade das usuárias. A decisão sobre os métodos está nas mãos das profissionais – seja pela indisponibilidade de métodos na unidade ou pelo exercício puro e simples da autoridade, que prescreve o que as mulheres devem usar. O tom normativo da intervenção, calcado nas representações tradicionais de gênero que associam o corpo masculino à sexualidade e o corpo feminino à reprodução, é dramaticamente evidente na assistência às puérperas e gestantes. (Schraiber, 2005, p. 55)

Tanto a Lilia Schraiber (2005) quanto o Parry Scott (2005) asseveram que, no que tange à saúde sexual/reprodutiva, os homens são apartados das intervenções, cabendo somente à mulher e à equipe a decisão sobre os rumos sexuais/reprodutivos familiares. O que se alinha às declarações das profissionais citadas acima: os pais não são responsabilizados, e sua presença, ou melhor, a ausência da mãe, é julgada. Como acontece com a figura da matriarca descrita por Collins (2019b).

Esse apanhado sobre a violência que atinge as mães remete, novamente, aos três tempos históricos (Spink & Medrado, 2013). Ao mesmo tempo que muito do cuidado em saúde ofertado pelas/os trabalhadoras/es se forja nas interações cotidianas em saúde (tempo curto), os valores morais aqui expostos foram constituintes tanto da história de formação profissional quanto a de formação da pessoa (tempo vivido), reportando os discursos históricos morais da ciência médica (tempo longo). Nessa conexão entre os três tempos, mesclam-se o pessoal e o social, que se recorrem mutuamente. Dessa forma, em tal amarração, uma conduta pessoal racista e machista da/o profissional reproduz e alimenta o machismo e racismo estrutural que, nos serviços de saúde, aparecem como violência institucional.

Operar conforme a violência institucional, nas inúmeras facetas que ela pode assumir, parece moldar o “cuidado” oferecido pelas instituições de saúde. O que denota a declaração de Tereza:

Eu também eu já vivenciei situações de... é, de perceber, né? Uma diferença assim, de quando... é... é muito difícil... é mais difícil que encaminhem pra gente casos leves, são casos... quando vem casos pra gente geralmente são casos muito complexos, mais

difíceis, mas casos leves, geralmente, são de pessoa brancas, né? Eu não sei se as pessoas dão mais valor a um cuidado de pessoas brancas de perceber, né? “ah, não essas aqui...” não sei se pela escolarização, talvez, ou pela... pelo acesso das pessoas que conseguem verbalizar mais situações leves, que saltam aos olhos, e os profissionais se sentem talvez... “não, talvez aqui merece uma orientação a mais”, então, assim, os casos que eu já recebi que eram só de orientações, a maior parte era de pessoas brancas e... [...] (Tereza, Terapeuta Ocupacional do NASF-AB1)

Tal qual a declaração do enfermeiro mencionada anteriormente, aqui reaparece a ideia de negra/o forte X branca/o fraca/o, o que define o acesso de cada um/a delas/es ao cuidado em saúde. A violência, nesse caso, surge como ações discriminatórias da equipe relacionadas à raça/cor, é o racismo institucional:

[...] o racismo institucional ou estrutural é definido como qualquer forma de racismo que ocorre especificamente dentro de instituições como órgãos governamentais, instituições públicas, empresas, corporações e universidades. Essa prática inclui atitudes sociais específicas inerentes à ação preconceituosa racialmente, à discriminação, aos estereótipos, à omissão, ao desrespeito, à desconfiança, à desvalorização e à desumanização. São práticas que consolidam o racismo institucional e também se alimentam ou se reverterem em racismo individual, consequentemente afetando espaços sociais coletivos como instancias governamentais. (Ministério da Saúde, 2017b, p. 23)

Consoante à definição da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011), a violência institucional também se expressa na omissão e na falta de acesso aos serviços. Sobre isso, em um incremento com o racismo institucional, é útil recorrer às informações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Ministério da Saúde, 2017b), retiradas da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. As pessoas brancas foram as que mais tiveram acesso a pelo menos um médico nos últimos doze meses, 74,8%, enquanto a proporção de pessoas pretas foi de 69,5% e pardas de 67,8%. O conjunto de pessoas negras que acessou um médico no referido período ficou abaixo da média nacional. O mesmo aconteceu em relação à consulta ao dentista. A realização de mamografia também foi menor entre as mulheres negras, pardas e com baixa escolaridade quando comparadas às mulheres brancas e com ensino superior completo.

Tais barreiras referentes ao acesso aos serviços se dão desde a recepção nas unidades de saúde. Ao questionar Fabiana sobre a dificuldade de suas/eus colegas em perceberem as questões de raça, classe e gênero, ela deixa a entender que se relaciona com a formação, ao questioná-la sobre tal formação ela diz:

[...] tem muitos valores também. Tipo assim, tem alguns atendentes lá, eu não lidava diretamente com os atendentes, a minha rotina maior era com enfermeiras, médicas, colegas do NASF, agentes comunitárias, mas, alguns atendentes, assim tipo... achava que a pessoa tinha que esperar mesmo, e que era uma pessoa... “é o que? Chega aqui...” mesmo que fosse possível atender logo

C: Uhum.

F: Mas assim, o lugar daquela pessoa já é o de esperar no SUS, que ela faz esperar e às vezes punir as pessoas.

C: Uhum.

F: Então, assim, eu acho que tem valores e crenças aí muito enraizadas, muito enraizadas, fazem com que alguns profissionais achem que aquelas pessoas mereçam menos

C: Uhum.

F: Mereçam menos atenção, menos tempo de escuta, menos qualidade, então não é só formação, né? (Fabiana, Psicóloga do NASF-AB2)

Menção ao racismo institucional ressurgiu na declaração de Isadora que, ao referir desenvolver ações de combate ao racismo institucional, acrescenta:

[...] inclusive porque ocorrem situações de racismo dentro da equipe, né? A gente tem um médico aqui mesmo que é bem racista, sempre faz comentários péssimos dentro da própria reunião de equipe, então é meio difícil, e não é uma coisa que é pauta [a raça], em geral, pras pessoas, mas tem sido mais. (Isadora, Psicóloga do NASF-AB1)

Ainda na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Ministério da Saúde, 2017b), que retoma a Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013: 10,6% (15,5 milhões de pessoas) dos que responderam à pesquisa já se sentiram discriminadas/os por algum/a profissional de saúde. O perfil das/os discriminadas/os foi em sua maioria de mulheres; pessoas de cor preta e parda; pessoas sem escolarização ou com baixa escolaridade. Mais da metade das pessoas discriminadas identificam como fonte de discriminação o fato de não terem dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%).

Compreender que tais violências são de origem social não significa dizer que as/os profissionais e as instituições não devem ser responsabilizadas/os por suas ações de agressão aos/às usuários/as e nem que a violência que ocorre no espaço institucional é tal qual a violência perpetrada em outros espaços sociais. Nas ações de saúde tais violências se renovam e, por vezes, se travestem como necessárias para o cuidado em saúde (Aguiar, d'Oliveira, & Schraiber, 2013). Como exemplo disso, Aguiar, d'Oliveira e Schariber (2013) descobriram que, entre os/as profissionais de obstetrícia, gritos, ameaças e ofensas morais eram justificáveis para tais trabalhadoras/es desde que usadas como uma forma de fazer com que as mães colaborassem no trabalho de parto e não agissem de forma “descontrolada”. Nessa medida, as narrativas e discursos que circulam em outras esferas sociais sobre as violências de caráter machista, racista e classista se revigoram e se transformam nas instituições.

O cuidado às mulheres em situação de violência também pode gerar intervenções que revitalizam a violência institucional:

C: É... você falou logo no início da entrevista que tinha algumas questões de mulheres que sofriam violência, é... a equipe ela tinha algum direcionamento em relação a isso?

F: Olha, esse era um ponto sempre bem delicado, porque... as agentes comunitárias elas sabem de muitas coisas...

C: Uhum.

F: É... às vezes não nos trazem e às vezes nos trazem e ficava muito difícil... desenvolver o trabalho de uma forma muito ética, porque algumas agentes comunitárias têm uma prática naturalizada de falar as coisas pra os usuários, ações e discussões que são... que acontecem no âmbito da reunião, elas levam

C: Uhum.

F: Muitas vezes ou pra própria pessoa ou pra outros usuários em tom de fofoca, então, sempre, sempre, era muito, muito delicado. Além disso, algumas profissionais tratavam com culpabilização também, muitas agentes comunitárias também agiam dessa forma [...]. (Fabiana, Psicóloga do NASF)

Referente a isso, Gracielly Moreira et al. (2020), em pesquisa com trabalhadores de saúde do Ceará sobre violência sexual, identificaram a falta de privacidade como frequente no cuidado oferecido pela equipe em tal situação, muitas vezes desde o primeiro contato com os serviços de saúde, o que se caracteriza como violência institucional. Contudo, a declaração de Fabiana expressa um problema mais específico: o fato das/os ACS morarem na mesma região em que trabalham, deixando uma fronteira nebulosa entre sua vida privada e seu ambiente de trabalho. Se a fofoca entre vizinhas/os é algo que pode ser recorrente no dia a dia de qualquer pessoa, quando isso ocorre entre tais trabalhadoras/es torna-se uma quebra do sigilo profissional. Assim, na mesma medida que a proximidade da ACS da comunidade é de suma importância para a realização do cuidado em saúde na AB, pode também instalar insegurança e desconfiança no restante da equipe e mesmo nos/as usuárias/os.

Sônia Berger et al. (2014), em formação realizada com as ACS para enfrentamento da violência de gênero, perceberam tal problemática por outra perspectiva, bem como as seguintes dificuldades:

[...] (1) são moradoras/es da comunidade onde trabalham e, portanto, entram na casa dos usuários/as e, apesar de serem respeitadas, algumas vezes são discriminadas, vistas como intrusas ou “olheiras”; (2) antes de tudo, são vizinhas e vivem angústias parecidas, particularmente em relação à saúde ou à falta de serviços adequados; (3) o tema da violência é delicado e, geralmente, difícil de ser trabalhado, principalmente dentro de uma situação, também violenta, de precariedade, instabilidade, exploração no trabalho e, por fim, da violência social que tanto afeta os moradores das comunidades populares do Rio de Janeiro, território onde vivem e trabalham as ACSs; (4) a tarefa (nem sempre bem discutida dentro das equipes de saúde) de identificar e notificar casos suspeitos ou confirmados de violência e a possibilidade (real ou imaginária), sempre presente, desse tipo de atuação ser percebida como uma denúncia do agressor, o que pode representar um risco (por vezes, de vida) para as profissionais envolvidos, especialmente quando estas moram na mesma comunidade, o que as colocam diante de um dilema, inclusive ético. (p. 1250)

A violência social nas comunidades e a sensação de risco localizada por Berger et al. (2014) foi igualmente referida por Fabiana na abordagem da violência contra a mulher na ESF:

F: [...] e tinha um outro ponto delicado que é [pausa] muitas vezes os perpetradores eram pessoas envolvidas com tráfico

C: Uhum.

F: Ou pessoas muito agressivas e ameaçadores, então a gente tinha um manejo assim muito cuidadoso, né? E também o que eu tava... tentava passar pra equipe é que... a gente ali... podendo dar escuta e orientação e até mesmo encaminhamento, que muitas vezes a gente tava fazendo um grande trabalho, porque... às vezes as outras profissionais ficavam na angústia de que a usuária rompesse com o ciclo da violência imediatamente, ou rompessem com a relação, porque existe uma... existe também a possibilidade de você romper com o ciclo da violência e não sair da relação

C: Uhum.

F: A depender do nível de violência, né? Mas que tinha essa ansiedade de que elas terminassem a relação, essas mulheres. Então, eram sempre discussões muito complexas, assim, do tipo... de tentar mostrar o sofrimento, legitimar o sofrimento, mas também legitimar essa ideia de que é tudo muito complexo, construído, gradativo, não é a gente que vai necessariamente salvar as mulheres, mas que nós... a gente tem um papel muito importante porque às vezes as profissionais ficavam angustiadas por tarem ofertando a escuta e acharem que não era suficiente, que não tava fazendo nada, e aí vem também isso, né? Que a escuta também é uma ferramenta

C: Uhum.

F: Né? De cuidado, de atenção à saúde, então também foi tentando construir essa lógica, né? (Fabiana, Psicóloga do NASF-AB2)

Sintetizando os problemas elencados pela psicóloga, além da situação de violência sofrida pelas mulheres gerar fofoca havia ainda entre a equipe: a culpabilização da mulher; o medo dos perpetradores, tanto por algum tipo de envolvimento com o tráfico, quanto por serem agressivos; a angústia no manejo dos casos. Esse conjunto de barreiras no cuidado à mulher em situação de violência foi bastante semelhante ao reconhecido por Lilia Schraiber (2005) com equipes de PSF³⁸ de Recife:

A violência, por sua vez, é vivida no cotidiano das equipes. Tanto aquela do espaço público, quanto a doméstica. Esta, em especial, como violência de gênero, é pouco reconhecida ou mesmo muito visível nas visitas domiciliares e reconhecida pelas Agentes de Saúde. É invisível como tema da assistência, principalmente para as médicas. Os comentários das profissionais sobre a violência contra as mulheres são eivados de preconceitos, mas há também um grande sentimento de impotência e medo, que, associado à inexistência de protocolos de atenção e de uma rede de referência, dificulta e mesmo impossibilita o atendimento dos casos. De maneira geral, esse tipo de intervenção não é visto como pertinente ao campo da saúde e a atuação profissional das ACSs e enfermeiras dá-se no sentido da manutenção dos laços conjugais e do reforço do modelo tradicional de família. Há também o medo de se envolver com tal situação,

³⁸ O Programa de Saúde da Família (PSF) passou a ser Estratégia de Saúde da Família apenas em 2006, ou seja, antes da realização da referida pesquisa.

novamente se expressando como medo não só de um agressor, mas de ter que lidar com homens como sujeitos também da família e da assistência. A “paralisia” da ação, nesse caso, está também na percepção da ausência de seu amparo como profissional, isto é, não apenas não está muito claro o que se deve fazer da perspectiva da Saúde, como o profissional sente-se só nessa difícil atuação: não se vê, neste caso, amparado quer pela equipe local, quer por uma rede mais ampla, seja do ponto de vista profissional seja para sua segurança pessoal. (p. 56-57)

Sobre o medo, é importante pontuar que, em sua maioria, a equipe é composta por mulheres, sendo as ACS, por morarem na mesma comunidade, as com maiores possibilidades de serem vitimadas por tais perpetradores. Assim, a abordagem da violência na AB pode cair em uma cadeia de violência, em que se mesclam a violência de gênero, a violência institucional e a violência social de maneira geral.

A culpabilização da mulher pela equipe de saúde demonstra a relação simbiótica entre os discursos sociais e a violência institucional. A ideia da mulher como culpada pela violência sofrida não é algo original, peculiar apenas às instituições, o que acontece é que nos serviços de saúde as mulheres são re-vitimadas. Nessa tônica, em pesquisa com trabalhadoras/es públicas/os de saúde em São Paulo sobre violência contra mulher, Lígia Kiss e Lilia Schraiber (2011) constataram que as mulheres eram creditadas como responsáveis pela situação de violência, as opiniões das/os profissionais eram eivadas de carga moral. Outros julgamentos se referiam à dimensão de classe que os/as trabalhadoras/es associavam ao desemprego, educação precária e abuso de drogas. As autoras acreditam que, ao remeter a violência apenas a aspectos culturais e sociais, como fazem as/os entrevistadas/os na investigação, há um distanciamento da responsabilidade do campo da saúde quanto a tal realidade.

Pedrosa e Zanello (2016), em pesquisa em um CAPS, constataram que diante de relatos de violência contra mulher foi possível observar três tipos de posturas entre as/os trabalhadoras/es: passividade e acolhimento, intervenção e indiferença. Quanto à intervenção, muitas vezes o recurso utilizado era medicalizar a mulher ou responsabilizá-la. Houve ainda a banalização da violência e suspeição sobre os relatos femininos quanto à vitimização da violência, sendo mencionada a necessidade da criação de uma lei “João da Penha”, em referência à lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) que trata do combate à violência contra mulher. Se de maneira geral a mulher já é vista como culpada e sua palavra é posta em dúvida, na intersecção com os transtornos mentais isso se agrava.

Outra dificuldade no que tange à violência contra mulher é a notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e que, no caso deste estudo, a principal é a de violência interpessoal e autoprovocada, que passou a ser de notificação compulsória em todos

os serviços de saúde do país desde 2011 (Ministério da Saúde, 2019). Conforme a Portaria nº 204/2016 a notificação compulsória é definida como:

[...] comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. Além disso, define que a notificação de violência doméstica e/ou outras violências deve ser feita à Secretaria Municipal de Saúde semanalmente, enquanto a notificação de violência sexual e tentativa de suicídio deve ser feita à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas. (Ministério da Saúde, 2019, p. 4)

Conforme sinalizado na seção sobre os grupos, a violência sofrida era uma das principais demandas das usuárias das atividades grupais, tendo relatos de agressão física por parte de companheiro e de ofensas racistas no período que acompanhei o Grupo 2. Entretanto, muitas vezes o excesso de atividades no cotidiano dos serviços, incluindo o acolhimento de tais casos, aparecia como entrave para que as/os profissionais fizessem a notificação de violência interpessoal:

[eu retomo a menção dela sobre as situações de violência que as mulheres passavam e ela me relata como isso era tratado no serviço]

C: Uhum. Mas vocês chegavam a notificar essas situações de violência?

F: Sim, geralmente, sim. Algumas vezes a gente se passava, né? Porque a gente não... não tinha acesso direto ao Sinan, então a gente tem que notificar a ficha em duas vias, uma mandar pro Distrito [unidade central], pro Distrito digital, então era um caminho que às vezes... a gente terminava ali, às vezes os atendimentos compridos...

C: Uhum.

F: Como muitas vezes já aconteceu de “então, eu vou subir ali, vou telefonar pra tal lugar pra ver se você pode tal dia... tarara... aguarde na recepção” daí eu subia, telefonava, anotava as coisas, descia pra continuar o atendimento, fazer a ficha de referência, tarara... quando via era cinco horas da tarde, né?

C: Uhum.

F: O horário de sair da unidade. No dia seguinte eu já estava em outra unidade, aquilo ali já se perdia.

C: Uhum.

F: Entendeu?

C: Uhum, sim.

F: Aquela notificação. Então, sendo bem sincera, a gente fez vários... várias... notificações, muito mais eu e assistente social que eram... éramos mais engajadas com isso assim, sabe? De alimentar o sistema de notificação, mas muitas foram passadas.

C: Uhum.

F: Muitas foram esquecidas, sabe? Principalmente se... fosse mais no âmbito psicológico. (Fabiana, Psicóloga do NASF-AB-2)

Julio Waiselfisz (2015), utilizando os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), encontrou que, entre as tipificações de violência contra a mulher, a violência física é a mais frequente entre as notificadas nos atendimentos nos serviços de saúde,

representando 48,7% das notificações; em segundo lugar está a violência psicológica, com 23,0%; a violência sexual está em terceiro lugar, com 11,9%, sendo mais frequente entre crianças e adolescentes.

É preciso ter um olhar crítico direcionado a tais informações, já que as fichas do Sinan são preenchidas pelas/os profissionais de saúde e a violência física é a que mais se destaca em relação às outras, como a própria Fabiana deixa a entender. Referente a isso, é válido retomar o estudo de Pedrosa e Zanello (2016) que constataram dificuldade por parte das/os profissionais de um CAPS em lidarem com situações de violência, bem como não conseguirem diferenciar notificação compulsória de denúncia. Assim, não obstante ser uma demanda reconhecida como recorrente no serviço pelas/os trabalhadoras/es do CAPS em questão, elas/es mostraram-se ineptas/os em relação ao tema, apesar de alguns/umas deles/es acreditarem na violência como participante na configuração dos transtornos mentais. Ademais, foram referidos os seguintes motivos para a não realização da notificação:

[...] medo de perder o vínculo, alta demanda do serviço, ideia de que não funciona, tamanho e complicação da ficha de notificação, falta de conhecimento sobre a diferença entre denúncia e notificação, questões relacionadas ao sigilo profissional e o desconhecimento do mecanismo. (Pedrosa & Zanello, 2016, p. 6)

Assim, para além de um esquecimento de algumas/uns profissionais, como expressa Fabiana, há ainda um desconhecimento por parte das/os trabalhadoras/es de saúde quanto ao que se trata a notificação de violência. Dessa maneira, um recurso epidemiológico que serve, entre outras coisas, para o delineamento de políticas públicas de prevenção da violência contra a mulher e de assistência para as mulheres em situação de violência encontra uma série de entraves nos serviços de saúde, o que denota que a violência não é compreendida por parte das/os profissionais como um assunto de saúde pública/coletiva.

O relato sincero de Fabiana sobre a notificação de violência explicita ainda que tal tarefa concentrava-se, principalmente, como atribuição de duas profissionais. Sobre isso, pesquisa de Claudia Pedrosa e Mary Jane Spink (2011), com profissionais de Medicina, revelou que a formação das/os médicas/os é bastante insuficiente no que tange à abordagem da violência. De acordo com as/os entrevistados/os o assunto era tratado no curso apenas quando se referia à vitimização de crianças e adolescentes ou à violência sexual, sendo comum a delegação às/aos profissionais de assistência social o acolhimento de tais demandas.

Corroborando a pesquisa de Pedrosa e Spink (2011), a concentração da atividade em torno de algumas/ns profissionais (psicóloga e assistente social, no caso do relato de Fabiana) parece ser uma tendência nos serviços de saúde. Referente a isso, pesquisa de Lilia Schraiber

(2005) sobre relações de gênero no Programa de Saúde da Família (PSF) do Recife apontou para uma divisão de classe social na equipe: segundo a pesquisadora, os casos nos PSFs (a pesquisa envolveu seis equipes de PSF) eram divididos entre aqueles considerados mais complexos, ou seja, aqueles mais relacionados a questões biomédicas, direcionados pelos demais membros da equipe às/aos médicas/os e enfermeiras/os; e aqueles mais identificados como “sociais”, vistos como mais simples, mesmo requerendo uma série de cuidados, sendo comumente designados às/aos enfermeiras/os e ACS. Entre os casos mais sociais, vistos como de menor complexidade, enquadravam-se aqueles referentes à violência doméstica.

Nessa discussão o “cuidado” da mulher em situação de violência e o adoecimento mental aparecem de forma interligada, visto a cadeia: violência de gênero-violência institucional-violência social que surge da relação entre violência estrutural e institucional. Apesar da falta de estudos que investiguem as consequências da violência institucional na saúde mental das mulheres, a violência como fator de risco para saúde e para saúde mental, em específico, é confirmada por uma série de pesquisas. Assim, em que pese a violência *per se* não ser compreendida pelas equipes de saúde como alvo de cuidado, artigo de Telia Negrão (2016), com dados da Organização Mundial de Saúde (2002), aponta relações entre a “[...] violência durante a gravidez com o aborto espontâneo, a entrada tardia em cuidado pré-natal, bebês natimortos, parto e nascimento prematuro, lesão fetal, baixo peso ao nascer, uma das principais causas de morte infantil nos países emergentes e, por fim, a mortalidade materna” (s/p). O referido artigo menciona ainda outros problemas de saúde como: infecção por HIV e outras ISTs, gravidez indesejada/não planejada, irregularidades menstruais, dor pélvica, falta de libido etc. Além do mais, refere que as mulheres em situação de violência passam por mais demandas em saúde como cirurgias, consultas (inclusive de saúde mental), internações e idas à farmácia. Até mesmo a quantidade de filhos/as pode ser indicativo de violência.

Sobre a saúde mental, na revisão de literatura desta tese (Capítulo 2) a violência contra a mulher, seja por parte do parceiro, por outro/a familiar, pela comunidade, ou por grupo armado em zonas de conflito aparece associada com diversos transtornos mentais, sendo a segunda categoria com maior número de artigos - correspondendo a 18,75% da revisão. Ademais, embora marcada na categoria específica, a violência esteve presente de maneira transversal em quase todas as categorias.

Na subseção “ciclo reprodutivo”, a violência por parte do parceiro apareceu associada a algum tipo de transtorno mental em quatro artigos: Kathree et al. (2014), Ogbo et al. (2018), Onah et al. (2017), Tol et al. (2018). Na categoria “comorbidades e outros aspectos de saúde” no estudo de Turan et al. (2014), sobre depressão em mulheres com HIV/aids, sofrer violência

do parceiro foi preditor para depressão. Já na categoria “condições socioambientais”, Hernandez, Marshall e Mineo (2014) encontraram indícios que a insegurança alimentar e a violência doméstica podem estar relacionadas com sintomas depressivos. Na mesma categoria, Costa, Dimenstein e Leite (2014) identificaram sintomas de TMC desencadeados por violência doméstica. Associação entre transtorno mental e ser vítima de alguma violência aparecem também em: Hamdullahpur, Jacobs e Gill (2017); Lacey et al. (2015); Straiton, Ledesma, Donnelly (2017) (aqui sobre violência racial); Fertig et al. (2016).

Algumas políticas procuram dar conta da recorrência da violência institucional nos serviços de saúde, bem como do acolhimento dos casos de violência contra a mulher no SUS. Na PNSIPN (Ministério da Saúde, 2017b), o Ministério da Saúde assume como marca: “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (p.31). Entre os objetivos específicos da política constam monitoramento e avaliação da cultura institucional visando o combate ao racismo e à discriminação. No mesmo documento, as estratégias de gestão especificam a implementação de ações contra esse tipo de violência, bem como de enfrentamento à violência contra as mulheres negras.

Nessa tônica, a prefeitura de Salvador implantou o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Saúde, objetivando discutir o tema e delinear ações de combate ao racismo institucional. Destarte, foram estabelecidos pontos focais nos distritos sanitários da cidade onde trabalhadoras/es de diversas categorias têm debatido sobre o assunto e buscado transversalizá-lo nos serviços de saúde (Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, 2018), como Isadora mencionou estar engajada. Contudo, o citado Plano Municipal não expressa ações específicas para o combate à violência institucional ou à violência contra mulher, apesar de identificar que entre as notificações de violência na cidade 62,3% dos casos foram de mulheres vitimadas.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011b) tem enfoque interseccional e, no que se refere à saúde, pauta como estratégias de ações: a formação de profissionais sobre questões de gênero e violência contra mulheres, apoiar e articular a notificação compulsória dos casos e elaboração de protocolos para atendimento das mulheres em situações de violência. O Pacto só refere medidas contra violência institucional em relação às mulheres em situação de aprisionamento e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011b, 2011a), apesar de definir o termo, não especifica mecanismos de enfrentamento a esse tipo de violência. Concernente à saúde, a citada Política tem como diretrizes:

Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública.

[...]

Implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial nas áreas de saúde, educação, assistência, turismo, comunicação, cultura, direitos humanos e justiça. (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011a, p. 32)

Apesar da violência dirigida às mães (tanto nos serviços de saúde, quanto nas relações interpessoais) durante pré-natal, parto e pós-parto e de suas consequências deletérias para saúde materna e infantil (Negrão, 2016), a Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2011a) e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Ministério da Saúde, 2000) não referem ações preventivas ou de enfrentamento à violência contra a mulher.

No que tange a isso, é importante destacar que as violências institucionais aqui elencadas, não à toa, guardam íntima relação com o enfoque familista e maternalista nas ações de saúde. A posição de mãe aparece como alvo basilar da violência, seja na cobrança de determinados padrões de comportamento, sempre associados à posição do eu de cuidadora, seja no cerceamento de sua liberdade sexual/reprodutiva, propagando um discurso social da mãe como casta e pura, quando branca (emulando os valores cristãos), e animalizada, quando negra.

Outrossim, não apenas para as mães, mas para as mulheres de maneira geral, estar distante ou ser considerada desviante da sua carreira moral surge como justificativa para a perpetração de violência, a mulher é constrangida a seguir um script que está posto sobre o eu psicodiagnóstico. Pois, sobre tais rótulos, como alerta Zanello (2014), repousam os valores morais e leituras de gênero que as/os médicas/os trazem para seus atendimentos, não há uma neutralidade nas avaliações psicodiagnósticas (Zanello, 2014). Assim, o mapeamento de tais valores trazidos aqui nos diz não apenas sobre os rumos do cuidado em saúde mental, mas também sobre as classificações quanto ao sofrimento/adoecimento mental. Dessa maneira, tal qual a discussão da seção anterior, reafirmo o prejuízo por não se adotar um enfoque de gênero na AB, como sugerido por Scott (2005) e, mais ainda, por não se adotar um enfoque interseccional, em vista que a maioria das pessoas que acessam o serviço são mulheres negras e pobres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENTRANDO NA TOCA DO COELHO ³⁹

A lagarta e Alice olharam-se por algum tempo em silêncio. Por fim, a Lagarta tirou o narguilé da boca e dirigiu-se a Alice com uma voz lânguida e sonolenta

“Quem é você?” disse a Lagarta.

Não era um começo de conversa muito estimulante. Alice respondeu um pouco tímida: “Eu...eu...no momento não sei, minha senhora... pelo menos eu sei que eu *era* quando me levantei hoje de manhã, mas acho que devo ter mudado várias vezes desde então”. “O que você quer dizer?”, disse a Lagarta ríspida. “Explique-se!”

“Acho que infelizmente não posso me explicar, minha senhora”, disse Alice, “porque já não sou *eu*, entende?”

“Não entendo”, disse a Lagarta.

“Receio não poder me expressar mais claramente”, respondeu Alice muito polida, “pois, para começo de conversa, não entendo a mim mesma. Ter muitos tamanhos num mesmo dia é muito confuso.” [grifos do autor] (Carroll, 2006, pp. 60-61)

Ao longo desses anos de escrita da tese passei por muitas transformações. Por momentos muito difíceis, como perda de uma gestação logo o início do doutorado, pandemia e depressão. Entre todos esses momentos, o ano de 2021 foi extremamente difícil. Apesar de grande produtividade acadêmica, passei boa parte dele fechada em um quarto escuro embaixo dos lençóis com fones de ouvido. Foi o meu pior ano nessa jornada por estar tomada por diversos medo: pandemia, fim do doutorado e sem perspectivas de trabalho. As músicas foram meu principal alento, por isso fiz questão de acrescentá-las na tese, as desta seção, principalmente, tinham o efeito de melhorar o meu humor. O que também me ajudou nesse período de crise depressiva foi a adoção do meu gatinho, Claudinho, mas três meses depois teve que sofrer eutanásia porque tinha uma doença fatal e incurável. A terapia e o uso de “remédinhos”, como eu chamo carinhosamente os meus remédios psiquiátricos, foram muito importantes nessa etapa também.

Contudo, o mais importante para minha recuperação foram as conquistas de trabalho. Na virada de 2021 para 2022, justamente ao final da minha bolsa de doutorado, comecei a colher frutos da minha trajetória de uma maneira inesperada para a pessoa pessimista que sou. Surgiram várias oportunidades de trabalho: comecei a dar aula como professora substituta de

³⁹ Músicas sugeridas: As canções que você fez pra mim; I Try; Feelin Good; Corra e olhe o céu; Banho de folhas; Tudo o que for leve; A menina dança; Barato total; Menina, amanhã de manhã; Dê um rolê; Don't worry; Velha e louca; Gatas extraordinárias; La vie en rose; Me adora: Girl on fire.

psicologia em janeiro de 2022 na Universidade Federal de Catalão⁴⁰ (UFCAT); passei em duas seleções para professora de psicologia da Uninassau (unidades Lauro de Freitas e Mercês); fui convocada como professora substituta pela UnB de uma seleção que fiz em 2021 e que fiquei em sexto lugar para o curso de saúde coletiva; passei em uma seleção para professora de psicologia da Unifacs; fui chamada para produzir material didática de um curso online. Em janeiro, já como professora substituta da UFCAT, fui convocada para assumir como técnica da prefeitura de Salvador em um concurso que fiz em 2019. Isso fez com que me desligasse da UFCAT e retornasse a Salvador. Enquanto aguardava a nomeação da prefeitura trabalhei como professora da Uninassau e da Unifacs, com um total de dez turmas com as disciplinas: saúde coletiva, processos psicológicos, estágio específico 1, trabalho de conclusão de curso 1 (TCC 1), psicologia social da saúde, tópicos integradores 2, seminários integrativos. Eu brincava com os colegas que estava morando na Nassau, onde ministrei aula para oito turmas. No momento que me encontro escrevendo essas linhas estou empossada como funcionária da prefeitura de Salvador, psicóloga do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do bairro de Calabetão.

Todas essas transformações, reviravoltas e demandas de trabalho tiveram impacto na minha escrita. Eu nunca tive muita dificuldade para escrever, no grupo de pesquisa é até piada entre nós que eu sou aquela que escreve muito, cada vez que eu mandava uma parte do trabalho para o grupo rendia risadas entre nós, porque eram sempre muitas páginas. Como eu cheguei a mencionar nas minhas considerações da última qualificação, escrever sempre foi um reduto para mim.

Entretanto, encerrar esta etapa, escrever as considerações finais tem sido a parte mais difícil. Não necessariamente por não saber o que escrever, mas por sentir que meu processo ainda não acabou, que deveria ter feito mais, que gostaria de ter feito mais. Na última qualificação a banca comentou que eu tenho um olhar muito crítico em relação ao meu próprio trabalho, esse olhar se mantém. Dando aula para minhas/meus alunas/os de TCC1 eu sempre falava que elas/es não devem ter propostas grandiloquentes nesse primeiro contato com a escrita acadêmica. Eu dizia para elas/es que isso deveria ser feito no trabalho de tese. Agora me pego aqui entre rindo e angustiada por acreditar estar bem distante desse “grandiloquente”. A dificuldade é que eu sempre acho que tem mais alguma coisa para fazer, alguma coisa para corrigir, que preciso escrever mais sobre isso ou aquilo. Mas eu tenho prazo. Ainda bem que eu tenho prazo.

⁴⁰ Fui parar em Catalão, cidade no interior de Goiás, pois meu marido e meu filho residem em Brasília em virtude de meu marido ter passado em concurso para professor da UnB.

Revedo o todo do trabalho para essa finalização aparecem as diversas eus, em diversos momentos de amadurecimento. Me vejo como a Alice, em diversos tamanhos, conseguindo perceber quem eu era, mas não sabendo exatamente quem eu sou. Entendo trechos da tese da mesma maneira, com diversos tamanhos. Para mim há grandes diferenças de uma seção para a outra. De alguns trechos eu me orgulho muito, outros gostaria de reescrever. Algumas coisas ainda estão sem resposta para mim, mas também não sei que resposta é essa que eu quero. Talvez eu não devesse ter esse momento de sincericídio ao final. Porém, essa também é um pouco a minha marca. Talvez a banca de defesa possa ser um pouco a minha lagarta me exigindo: “explique-se!”.

Contudo, acredito que há várias contribuições. Talvez a primeira delas seja caminhar em outra direção sobre o que é comumente discutido sobre o SUS: o sucateamento, a dificuldade de acesso etc. Me vejo indo além disso e abordando os aspectos positivos do SUS, pelo menos no que se refere aos grupos de mulheres e ao trabalho das profissionais que entrevistei. Não digo com isso que as entrevistadas são perfeitas ou que os grupos são ideais, mas reconheço os grupos como experiências criativas, potentes e de resistência.

Sobre os grupos, embora alguns termos que adotei como consoridade, sororidade e algumas discussões que aventei remetam ao feminismo, não quero dizer com isso que fossem grupos feministas, ou que as mulheres do grupo fossem feministas. Mas entendo que o delineamento dos grupos possa sim ter uma raiz no feminismo, já que o feminismo trouxe ao centro discussões sobre o adoecimento mental das mulheres, a sobrecarga de cuidado, a violência contra a mulher... assuntos que atravessavam todos os grupos. Também não penso que as mulheres que participavam dele passarão a ser feministas, mas que os grupos podem servir para a construção de um novo olhar sobre o eu feminino, sobre o eu-mulher-negra, eu-mulher-louca, eu-mulher-negra-louca... Se não for essa a tônica, não tem sentido ser um grupo de mulheres nos serviços de saúde, identificado como tal, poderia ser um grupo de fuxico, um grupo de geração de renda, um grupo de caminhada... com outras configurações e que agregassem mulheres. Grupos que já existem nos serviços de saúde estudados. Creio ser um espaço para as mulheres pensarem juntas sobre a construção do ser mulher e, principalmente, sobre o ser mulher negra. Se assim for, pouco importa a identificação explícita com o feminismo. Construo esse parêntesis porque acho que em algumas passagens posso ter dado tal conotação que não foi mencionada pelas entrevistadas.

Em um primeiro momento da análise dos resultados fiz uso, principalmente, das contribuições do construcionismo social e do feminismo interseccional, mas também recorri à saúde coletiva para pensar o cuidado direcionada às mulheres em questão. Assim, além dos

atravessamentos entre gênero, raça e classe social na produção do cuidado e nas construções do eu, lancei-me também em interlocuções disciplinares, indo além da psicologia para alcançar meus objetivos. Penso que há flutuações nos capítulos da tese em relação a isso, muitas interlocuções disciplinares e teóricas que não se deram de maneira homogênea nos capítulos.

Mas quero destacar o uso das referências feministas. Enxergo isso como um movimento contracorrente, se não dentro da psicologia, dentro do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFBA (PPG-PSI), onde ouvi de um professor, ao questionar a adoção de um texto extremamente machista em uma dada disciplina, que não leria textos feministas ali. É absurdo perceber que, mesmo no doutorado em psicologia social, se adotem referências tão ultrajantes às mulheres, maioria no curso de psicologia.

Acredito que a temática de classe e racial pode ter aparecido de maneira mais tímida, o que tem total relação com meu lugar de fala de mulher branca de classe média. Para mim o gênero apareceu primeiro, mas a jornada da tese me fez enxergar de maneira mais crítica os meus privilégios de classe e raça.

Partindo da psicologia social construcionista, assevero a noção de que as produções intelectuais e de pessoas são coletivas e, dessa forma, pude marcar que é preciso pensar o cuidado também como uma produção coletiva, fruto de escolhas políticas, de uma série de narrativas e discursos que se propagaram ao longo da história, ajudando a configurar os papéis que cada pessoa assume no cuidado. Contudo, entendo também que tais produções sociais são dinâmicas e que a maneira como determinados marcadores sociais interagem é única na história de cada pessoa. Assim, ao destacar as desigualdades sociais na construção do eu e do cuidado em saúde, não tenho a intenção de culminar num determinismo social do qual não há escapatória. Mas talvez indicar que a interação entre tais marcadores é mais complexa do que consigo analisar no momento. Por outro lado, se assumo tal risco, aceito que focar tais relações desfamiliariza os méritos individuais como explicação absoluta e inquestionável nas trajetórias profissionais.

Dessa forma, compreendo também que a construção da saúde não se dá de maneira alheada aos determinantes sociais, não é plausível construir saúde em um território de maioria negra e pobre alienada/o de tais condicionantes e, sobretudo, escamoteando que o sistema de saúde, as desigualdades sociais, o machismo e o racismo se sustentam por meio de produções políticas, de escolhas políticas que mantêm, fortalecem e replicam o *status quo*.

Assim, não será um cuidado acrítico e apolítico que dará conta da saúde em sua acepção expandida, afim às propostas de promoção da saúde. Tendo o protagonismo cidadão em foco na construção da saúde, não é possível desprezar a formação política no entendimento da

necessidade de luta ininterrupta pela manutenção e melhoria do SUS, por melhores formas de acesso à saúde, por expansão das equipes de saúde da família, por condições dignas de trabalho para as/os profissionais de saúde. Revisitando a ideia de democratização do cuidado, o cuidado em saúde deve atender tanto aos anseios das/os usuárias/os quanto das/os trabalhadoras/es (que também são usuárias/os), o cuidado de umas/uns não pode se dar às expensas de outras/os e não ocorrerá de maneira democrática, conectado tanto com reforma psiquiátrica quanto com os valores do SUS, desligado da política. E é nesse sentido que os grupos podem ser percebidos, como sinalizou Fabiana em relação ao Grupo 3, como grupos de formação política.

No tocante a isso, acho válido propor algumas provocações. Percebemos que dois dos grupos estudados, o Grupo 2 o Grupo 3, capitaneados por profissionais distintas, em diferentes territórios, assumiam o compromisso de atuar promovendo a saúde mental, articulando-se com outras instituições/setores e estimulando a responsabilidade pessoal e comunitária no cuidado em saúde. Todavia, é preponderante que, novamente, tal responsabilidade tenha ficado como encargo feminino. Claro que tratando-se de um trabalho que enfocava as mulheres, seriam elas as protagonistas das ações, mas os homens não apareceram aqui cumprindo papel algum nesse ato. Foi notável, tanto nas entrevistas quanto em minhas observações dos serviços, a ausência masculina, de maneira que, para alcançar os homens, as trabalhadoras precisavam usar de outras ferramentas em outros espaços que não os serviços de saúde. Assim, quando nas políticas de promoção se fala sobre responsabilidade comunitária pela saúde, há o encobrimento da responsabilidade feminina pela saúde. Mesmo quando os homens comparecem às unidades de saúde é comum serem levados por mulheres. Aqui, quero chamar a atenção para o fato de mulheres conduzindo mulheres para os grupos, mulheres cuidando das mulheres, dos homens e da comunidade. Portanto, responsabilidade comunitária pela saúde, até então, é responsabilidade feminina pela saúde. Até mesmo quando tal carga é assumida de forma profissional, são as mulheres que estão na linha de frente, sobretudo porque as principais articuladoras nos territórios são as/os agentes comunitárias/os de saúde, maioria mulheres e maioria negras.

A minha outra provocação vai na direção das/os demais responsáveis pela saúde, daqueles/as que ocupam os espaços de poder estatais. Se por um lado podemos vislumbrar um cuidado promotor de saúde em alguns serviços do SUS, como demarquei em vários momentos tais cuidados sem políticas públicas serão apenas paliativos. Aqui, de maneira alguma quero menosprezar o empenho das profissionais, mas preciso indagar: como é possível promover saúde no Brasil com o aumento constante do preço do gás de cozinha? Como é possível promover saúde no Brasil se o país voltou ao mapa da fome? Como é possível promover saúde

no Brasil com a inflação da cesta básica? É possível promover saúde no Brasil com o governo Bolsonaro? Atualmente, o que temos em nosso país é um governo federal que tem como política a promoção da doença e da morte, uma necropolítica de governo (Mbembe, 2018).

Destaco ainda que, nesse meu trilhar, ao iniciar com o foco na saúde mental, ao final cheguei em uma acepção expandida de saúde e na integralidade do cuidado. O que refuta a separação cartesiana e artificial corpo/mente. Foi impossível para mim separar as atividades das minhas interlocutoras entre aquelas de “saúde mental” e os outros espaços de cuidado como grupo de pré-natal, por exemplo.

Percebo que a construção das políticas públicas ocorre entre recuos e avanços, perdas e ganhos, contradições e inúmeros desafios, situada em determinado contexto histórico e cultural. As políticas representam, ainda, as arenas de embates, de disputas políticas e de conquistas sociais. No tocante ao gênero, é bem emblemático termos políticas que retroalimentam o lugar social da mulher como mãe/cuidadora e que contemos, paradoxalmente, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM assume abertamente uma perspectiva de gênero e interseccional, considerando as diversidades de etnia, classe social, idade etc., bem como a maternidade, além de um enfoque de gênero na saúde mental (Brasil, 2004; Schraiber & d’Oliveira, 2014). No que tange às questões raciais, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) também tem um enfoque interseccional, atento às especificidades de gênero das mulheres negras, tanto no que se refere à maternidade, como a sua saúde como um todo, inclusive a saúde mental (Ministério da Saúde, 2017b).

Ademais, por mais que as políticas tenham um caráter prescritivo, a produção de sentidos sobre o cuidado em saúde ocorre nas interações cotidianas entre usuárias/os e profissionais, em meio às/aos trabalhadoras/es entre si e nos outros inúmeros arranjos sociais construídos em torno do cuidado. Ou seja, no entrecruzamento entre o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto (Spink & Medrado, 2013): dos demais discursos sociais, para além das políticas públicas (tempo longo); das histórias de vida das/os usuárias/os e das/os profissionais que constroem e são construídas pelos valores sociais (tempo vivido); e da interação do dia a dia forjada a partir desses vários repertórios (tempo curto).

Assim, na construção de sentidos no dia a dia do cuidado as políticas podem surgir como orientadoras, mas também podem aparecer inúmeras rotas de fuga, de afastamento, de refutação e de reconstrução do que está posto, nem sempre a política se encontra com a prática, o atendimento de Fabiana às colegas de equipe denota isso. Nessa medida, é válido ressaltar o descompasso entre a realidade social, as políticas públicas e o cuidado em saúde oferecido pelas

equipes, bem como entre aquilo que é almejado, aquilo que é possível fazer e o que de fato é feito.

Um exemplo disso são os retrocessos da nova PNAB - Portaria nº 2.436/2017 - em relação às suas versões anteriores de 2006 e 2011, sintetizados por Márcia Morosini, Angélica Fonseca e Luciana Lima (2018): a cobertura da AB foi relativizada; foram definidas ações básicas e ampliadas, o que implica em segmentação do cuidado; ambiguidade no que se refere ao ESF, admitindo novas formas de organização da AB; desvalorização do trabalho das/os ACS, seja na tentativa de fusão de suas atribuições com as das/os agentes de endemias, seja com a desobrigação de sua presença na equipe mínima de AB (aquelas sem ESF); entre outros. Isso terá implicações diretas na vida das mulheres mais pobres pois, como afirma Kimberlé Crenshaw (2002, p. 180): “Em geral, são as mulheres que sofrem as conseqüências adicionais criadas pela retração dos serviços que antes eram cobertos pelo Estado”.

Nessa tônica, um caminho para entender a operacionalidade de uma determinada política nos serviços pode ser compreender as ferramentas que a sustentam ou a entram como: as flutuações de representatividade política no município, no estado e no país e os seus diversos conflitos e interesses; seu caráter cultural/contracultural, em que medida representam ou se afastam dos valores das/os profissionais de saúde; os incentivos financeiros; os instrumentos de avaliação (como os do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ); os indicadores de saúde, como o de mortalidade materna e infantil, que servem de referência para medir a desigualdade entre regiões do país e entre países. O que pode explicar porque a PNAISM e a PNSIPN parecem estar mais distantes da realidade dos serviços que as políticas familistas, maternalistas e sem enfoque racial expostas aqui.

As diversas pautas discutidas nesta tese tem sido cada vez mais recorrentes nos discursos sociais, o que é fruto dos movimentos feministas e negros, entre outros. Isso pode contribuir para percebermos as políticas atuais como anacrônicas em alguns aspectos. Todavia, tais políticas representaram progressos em passado não tão distante e sua manutenção ainda permanece como desafio, se consideramos o atual cenário político do país. De maneira alguma é meu intuito menosprezar todas as conquistas de saúde galgadas por movimentos sociais, como os feministas e negros, mas percebo a necessidade de avanço no que se refere às intersecções entre raça, classe e gênero, marcadores sociais que me propus a analisar nesta tese. Sobretudo quando resgatamos os últimos acontecimentos no Brasil e nos Estados Unidos no que se refere ao direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: a denúncia de violência obstétrica de uma influencer famosa; o caso da menina de onze anos estuprada e que sofreu violência institucional de uma juíza que tentou demovê-la do aborto legal; o caso da atriz Klara Castanho que foi

exposta e atacada por veículos de fofoca após entregar o bebê fruto de estupro para adoção; a revogação federal da Suprema Corte dos Estados Unidos do direito ao aborto.

Isso ganha ainda mais relevo se considerarmos as intersecções de classe social e raça. Por exemplo, ao considerarmos a razão de mortalidade materna, que apesar de ter diminuído de maneira global, aumentou entre as mulheres negras. Assim, mesmo que a maioria das pessoas assistidas pelo SUS sejam as mulheres negras, o cuidado dirigido a elas tem ficado muito aquém ao necessário. O que demonstra que o olhar “maternocentrado” tem sido um olhar que mantém as desigualdades de raça. Ademais, ao mesmo tempo que a maternidade pode ser compreendida como lugar de poder e importante agenda de reivindicações (a luta para a expansão de creches públicas é um exemplo), entendo que o enfoque “maternocentrado” das políticas e de ações de cuidado limitam as diversas posições de pessoa que cada mulher pode se identificar, retroalimentado um discurso essencialista sobre o ser mulher, o que pode contribuir para o silenciamento/invisibilização/reforçamento das inúmeras violências que sofremos. E ainda, ao colocar as mulheres pobres e negras no lugar de principais cuidadoras colaboram em seu processo de adoecimento/sofrimento psíquico, que não entra de maneira contundente na pauta das vigentes políticas públicas de saúde do país. O que denota que, como criticou uma das usuárias do Grupo 2, sofrimento mental de pobre “É piti, é frescura. ‘Ah, pobre tem isso?’”.

Ademais, as discussões aqui apresentadas reiteram a inadequação da formação das/os profissionais de saúde para acolher as situações de violência e, pior ainda, que as equipes de saúde têm perpetrado violência institucional. Concernente a isso, é preciso ter em vista que “Não há neutralidade nos processos formativos, pois a formação do trabalhador se dá comprometida com um projeto de sujeito, com um projeto de profissional e com um projeto de sociedade.” (Medrado, 2020, p. 2). Em que pese tais debates sobre as deficiências da formação em saúde, há um excessivo enfoque de tal formação restrita à graduação e sendo encarada como um processo que se encerra. Entretanto, a educação do trabalhador/a se dá ao longo da vida, para além de um currículo engessado de um determinado curso de graduação ao longo da trajetória profissional são feitas outras escolhas formativas. A ideia de que as graduações dos cursos de saúde não dão conta da temática da violência coloca os/as profissionais como sem autonomia e isentos/as de responsabilidade sobre a própria formação. Por mais que possamos pensar que tais escolhas se deem com atravessamentos de raça, classe e gênero etc., os profissionais de nível superior contam com recursos materiais para investir na própria carreira, para além da graduação.

Tem sido um esforço meu mapear outros processos formativos, fugindo do lugar comum de crítica à formação restrita à graduação. Entre eles estão os processos de Educação

Permanente em Saúde, espaços de formação interprofissional, como as residências multiprofissionais, as reuniões de equipe e as reuniões de matriciamento (Medrado, Kusterer, & Souza, 2020) aludidas pelas profissionais entrevistadas.

Existem ainda políticas que buscam sanar as deficiências das graduações em saúde como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET Saúde (Medrado, 2020). Cabe ter em vista também a formação não acadêmica que se dá por meio das relações interpessoais, filmes, livros, discos, redes sociais etc. Assim, é necessário questionar não apenas as graduações em saúde e as políticas públicas, mas discutir quais anseios de sociedade se dão por meio delas, o que pode representar um descompasso entre elas e as necessidades de saúde da população, sobretudo das pessoas mais vitimadas nas diversas tipificações de violência: as mulheres negras. Sobre isso, como destaca Maria Cecília Minayo (2006), necessário ter em vista a base econômica da violência: os discursos instituídos sobre legalidade/ilegalidade e insegurança dão lucro e definem os rumos de políticas e eleições presidenciais. Destarte, quero sublinhar que as escolhas formativas não são isentas e se dão em afinidade ao machismo, classismo e racismo estruturais.

Apesar do destaque à violência institucional nos serviços de saúde, também foram visíveis os enfrentamentos que as minhas interlocutoras vêm operando nos espaços em que atuam. O que contradiz as críticas superficiais que se centram na formação profissional no nível de graduação. Dessa forma, podemos ter esperança de que um cuidado democrático, que enxergue as disparidades de gênero, raça e classe é possível. O trabalho de matriciamento em saúde mental realizado pelas equipes NASF em que as profissionais se inserem pode ajudar a combater as violências sinalizadas. Contudo, é preciso marcar a responsabilidade de cada profissional sobre seu próprio labor e formação.

Por fim, posso afirmar que se em alguns momentos desse meu processo posso ter me sentido minúscula, ao final, como mulher e, principalmente, como professora, me sinto gigante, levando a minha pequena militância feminista e antirracista por minha toca de coelho. Para encerrar, quero contar uma anedota. Em um dos serviços que visitei ao longo da pesquisa notei um policial na recepção conversando com alguém pelo celular. Ele estava bem revoltado e parecia que se justificava de algum tipo de reclamação de sua conduta de trabalho para com alguma mulher, em determinado momento da conversa ele disse “é tudo culpa desse feminismo”. Eu dei risada na época e dou risada toda vez que lembro disso. Tenho que concordar com ele: é tudo culpa desse feminismo. Ainda bem.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEP. (2014). *Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2014*. Recuperado de <http://www.abep.org>
- Abrams, D., Nguyen, L. T., Murphy, J., Lee, Y., Tran, N. K., & Wiljer, D. (2016). Perceptions and experiences of perinatal mental disorders in rural, predominantly ethnic minority communities in northern Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems, 10*(10), 1–10. <http://doi.org/10.1186/s13033-016-0043-0>
- Aguiar, D. O. (2014). *Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Aguiar, J., d'Oliveira, A. F., & Schraiber, L. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 29*(11), 2287-2296.
- Ahmed, N., Ahmed, S., Carmichael, Z., & Sami, A. S. (2017). Measuring Healthy Lifestyle and Mental Health Indicators in South Asian Women Using the “Your Health: Quality of Life and Well-Being” Questionnaire. *Annals of Global Health, 83*(3-4), 463–470. <http://doi.org/10.1016/j.aogh.2017.09.007>
- Alhusen, J. L., Frohman, N., & Purcell, G. (2015). Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health, 18*(4), 573–578. <http://doi.org/10.1007/s00737-015-0515-2>.
- Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women’s mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública, 50*(35), 1–13. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Almeida, S. L. (2019). *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.
- Alves, M. C., Jesus, J. P., & Scholz, D. (2015). Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. *Saúde em Debate, 39*(106), 869–880. <http://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030025>
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Aragaki, S., Piani, P., & Spink, M. J. (2014). Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In M.J. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. (pp. 229-246). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Baccari, I. O. P., Campos, R. T. O., & Stefanello, S. (2015). Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(1):125-136.

- Baião, J. J. et al. (2017). O trabalho em saúde mental: condições de trabalho e a relação com o sofrimento dos trabalhadores. In Â. C. F. Goés, P. S. Araújo, & P. R. L. Vale. *Atenção à saúde no SUS: reflexões sobre saúde mental e atenção básica*. Salvador: EDUNEB.
- Balsam, K. F., Molina, Y., Blayney, J. A., Dillworth, T., Zimmerman, L., & Kaysen, D. (2015). Race/ethnic differences in identity and mental health outcomes among young sexual minority women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.*, 21(3), 380–390.
<http://doi.org/10.1016/j.jmb.2004.10.013>
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Berger, S. M. D., Barbosa, R. H. S., Soares, C. T., & Bezerra, C. M. (2014). Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista. *Interface*, 8(supl.1), 1241-1254.
- Brah, A. (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, (26), 329-376. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332006000100014&script=sci_abstract&tlng=pt
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, Ministério da Saúde. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. (1990). *Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
- Brasil. (2014). *Portaria Nº 2.446, de 11 de Novembro De 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html.
- Brasil. (2011). *Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011(*). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- Biroli, F. (2018). Cuidado e responsabilidades. In F. Biroli. *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo.
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade Sociedade*, 5(11), 121–136.
- Brockmeier, J., & Harré, R. (2003). Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 525–535. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300011>
- Brown, C., Bromberger, J. T., Schott, L. L., Crawford, S., & Matthews, K. A. (2014). Persistence of depression in african american and caucasian women at midlife: findings from the Study of Women Across the Nation (SWAN). *Arch Womens Ment Health*, 17(6), 549–557. <http://doi.org/10.1002/jmri.24785>
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Callegari, E. T., Reavley, N., Garland, S. M., Gorelik, A., & Wark, J. D. (2015). Vitamin D status, bone mineral density and mental health in young Australian women: The Safe-D study. *Journal of Public Health Research*, 4(594), 152–156. <http://doi.org/10.4081/jphr.2015.594>
- Campos, G. W., Barros, R. B., & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749.
- Campos, I. O., Ramalho, W. M., & Zanello, V. (2017). Saúde mental e gênero: o perfil sociodemográfico de pacientes em um Centro de Atenção Psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 68–77. Recuperado de <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150000>
- Carneiro, S. (2019). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In H. B. Hollanda (Org.). *Pensamento feminista: conceitos fundamentais* (pp. 313- 321). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Carvalho, S. M. M., & Amparo, P. H. M. (2006). Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. *Clássicos da Psicopatologia*, 9(1), 126–137.
- Castañon, G. A. (2004). Construcionismo social: uma crítica epistemológica. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 67–81.
- Chantler, K., & Burns, D. (2015). Metodologias Feministas. In S. Somekh, & C. Lewin (Orgs.). *Teorias e métodos de pesquisa social* (pp.111-120). Petrópolis: Vozes.
- Choi, K. W., Sikkema, K. J., Velloza, J., Marais, A., Jose, C., Stein, D. J., ... Joska, J. A. (2015). Maladaptive coping mediates the influence of childhood trauma on depression and PTSD a ong pregnant women in South Africa. *Arch Womens Ment Health*, 18(5), 731–738. <http://doi.org/10.1002/jmri.24785>

- Chojenta, C. L., Lucke, J. C., Forder, P. M., & Loxton, D. J. (2016). Maternal health factors as risks for postnatal depression: a prospective longitudinal study. *PLoS ONE*, *11*(1), 1–9. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0147246>
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, *9*(4), 1–7. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0095038>
- Collins, P. H. (2019a). Pensamento feminista negro: o poder da autodefinição. In H. B. Hollanda (Org.). *Pensamento feminista: conceitos fundamentais* (pp. 271-310). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Collins, P. H. (2019b). *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. São Paulo: Boitempo.
- Colvin, A., Richardson, G. A., Cyranowski, J. M., Youk, A., & Bromberger, J. T. (2014). Does family history of depression predict major depression in midlife women? Study of Women's Health Across the Nation Mental Health Study (SWAN MHS). *Archives of Women's Mental Health*, *17*(4), 269–278. <http://doi.org/10.1007/s00737-014-0433-8>
- Conselho Federal de Enfermagem. (2013). *Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil: banco de dados*. Brasília: FIOCRUZ/COFEN. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>
- Conselho Federal de Medicina. (2011). *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina. Recuperado de http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/educacao-1415db70fe9ddb119e23e9b2808cde38.pdf
- Conselho Federal de Medicina. (2018). *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina. Recuperado de http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/educacao-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *A psicologia brasileira apresentada em números*. Recuperado de <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>
- Costa, J. A., Passos, R. G., & Gomes, T. M. S. (2017). Além do aparente: problematizações sobre a generificação das relações a partir de um grupo de mulheres. In M. O. Pereira & R. G. Passos. *Luta Antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira* (pp. 146-168). Rio de Janeiro: Autografia.
- Costa, M. da G. S. G. da, Dimenstein, M. D. B., & Leite, J. F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *19*(2), 145–154. <http://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007>

- Crenshaw, K. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Rev. Estudos Feministas*, 10(1), 171–188.
- Cunha, A. C. B. da, Pereira Junior, J. P., Caldeira, C. L. V., & Carneiro, V. M. S. de P. (2016). Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 33(4), 601–611. <http://doi.org/10.1590/1982-02752016000400004>
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-53). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Daley, C., Patterson, A., Sibbritt, D., & Macdonald-Wicks, L. (2015). Unsaturated fat intakes and mental health outcomes in young women from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Public Health Nutrition*, 18(3), 546–553. <http://doi.org/10.1017/S1368980014000561>
- Davis, A. (2016a). Mulheres trabalhadoras, mulheres negras e a história do movimento sufragista. In A. Davis. *Mulheres, raça e classe* [online]. São Paulo: Boitempo. Recuperado de <https://coletivoanarquistalutadeclass.files.wordpress.com/2010/11/mulheres-raca-e-classe-angela-davis.pdf>
- Davis, A. (2016b). O movimento antiescravagista e a origem do direito das mulheres. In A. Davis. *Mulheres, raça e classe* [online]. São Paulo: Boitempo. Recuperado de <https://coletivoanarquistalutadeclass.files.wordpress.com/2010/11/mulheres-raca-e-classe-angela-davis.pdf>
- Davis, A. (2017). Doentes e cansadas de estarmos doentes e cansadas: a política de saúde para as mulheres negras. In A. Davis. *Mulheres, cultura e política* (pp. 53-62). São Paulo: Boitempo.
- Debert, G. G. (2014). Arenas de conflito em torno do cuidado. *Tempo Social*, 26(1), 35–45.
- Descartes, R. (2004). *Meditações sobre a filosofia primeira*. Edições CODECOM – IFCH/UNICAMP. Recuperado de <https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2011/08/meditac3a7c3b5es-sobre-a-filosofia-primeira.pdf>
- Dias, M. O. (2012). Resistir e sobreviver. In C. B Pinsky, & J. M. Pedro (Orgs.). *Nova história das mulheres no Brasil* (pp. 360-381). São Paulo: Contexto, 2012.
- Du Mont, J., & Forte, T. (2014). Intimate partner violence among women with mental health-related activity limitations: a Canadian population based study. *BMC Public Health*, 14(51), 1–9. <http://doi.org/1471-2458-14-51> [pii] 10.1186/1471-2458-14-51
- e-gestor-AB. (2021). *Cobertura da Atenção Básica*. Recuperado de <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

- Engel, M. (2008). Psiquiatria e feminilidade. In M. Del Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil* (pp.322-361). São Paulo: Contexto.
- Ferlander, S., Stickley, A., Kislitsyna, O., Jukkala, T., Carlson, P., & Mäkinen, I. H. (2016). Social capital-a mixed blessing for women? A cross-sectional study of different forms of social relations and self-rated depression in Moscow. *BMC Psychology*, 4(1), 1–12. <http://doi.org/10.1186/s40359-016-0144-1>
- Fernbrant, C., Emmelin, M., Essén, B., Ostergren, P.-O., & Cantor-Graae, E. (2014). Intimate partner violence and poor mental health among Thai women residing in Sweden. *Global Health Action*, 7(24991), 1–12. <http://doi.org/10.3402/gha.v7.24991>
- Ferreira, A. A. L. (2005). O múltiplo surgimento da Psicologia. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, & F. T. Portugal (Orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 13-46). Rio de Janeiro: Nau Ed.
- Ferreira, A. S., Bicalho, B. P., Oda, J. M. M., Duarte, S. J. H., & Machado, R. M. (2015). Câncer de mama: estimativa da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial. *Arquivos de Ciência e Saúde*, 19(3), 185–189.
- Ferreira-Neto, J. L., & Kind, L. (2010). Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*, 20(4), 1119-1142. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400004
- Fertig, A., Schneider, J. F., Oliveira, G. C., Olschowsky, A., Camatta, M. W., & Pinho, L. B. de. (2016). Mulheres usuárias de crack: conhecendo suas histórias. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(2), 310–316. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160042>
- Fonseca, C. (2008). Ser mulher, mãe e pobre. In M. Del Priore (Org.). *História das mulheres no Brasil* (pp. 510-553). São Paulo: Contexto.
- Foucault, M. (2010). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In M. Foucault *Ética, sexualidade, política* (pp. 264-287). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gal, S. (1991). Between speech and silence: the problematics of research on language and gender. In M. Di Leonardo (Ed.). *Gender at the crossroads of knowledge: feminist anthropology in the postmodern era* (pp. 175-202). California, Berkeley: University of California Press.
- Georges, I. P. H., & Santos, Y. G. (2014). Olhares cruzados: relações de cuidado, classe e gênero. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, 26(1),47–60.
- Gergen, K. (1998). *Narrative, moral identity and historical consciousness: a social constructionist account*. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/84a2/4510c02cf02045ebecdfa135a09e2cf68230.pdf>.
- Gergen, K. (2010). El asedio del yo. In K. Gergen. *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

- Gergen, K. (2011). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Ghaffar, R., Iqbal, Q., Khalid, A., Saleem, F., Hassali, M. A., Baloch, N. S., ... Bashaar, M. (2017). Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Women's Health*, 17(51), 1–8. <http://doi.org/10.1186/s12905-017-0411-1>
- Giurgescu, C., Zenk, S. N., Templin, T., Engeland, C. G., Dancy, B. L., Park, C., ... Misra, D. (2015). The impact of neighborhood environment, social support and avoidance coping on depressive symptoms of pregnant african american women. *Womens Health Issues*, 25(3), 294–302. <http://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2015.06.023>
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goikoetxea, I. G. (2019). Resistir desde la vulnerabilidad: narrativas de mujeres subsaharianas sobre su tránsito hacia Europa. *Papeles de CEIC*, 1, 1-18.
- Goulart, M. S. B. (2012). Basaglia: a Franca. In F. T. Portugal, & A. M. Jacó-Vilela, (Orgs.). *Clio-psyché: gênero, psicologia, história* (pp. 205-211). Rio de Janeiro: NAU.
- Guadalupe, A. R., López Jiménez, J. L., & García González, C. (2017). Climaterio, salud y depresión, un abordaje psicosocial: estudio exploratorio en un grupo de mujeres de la Ciudad de México. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 9–23.
- Guibu, I. A. et al. (2017). Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(supl.2), 1-13. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf
- Gupta, J., Falb, K. L., Carliner, H., Hossain, M., Kpebo, D., & Annan, J. (2014). Associations between exposure to intimate partner violence, armed conflict, and probable PTSD among women in rural Côte d'Ivoire. *PLoS ONE*, 9(5), 1–8. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0096300>
- Hamdullahpur, K., Jacobs, K. J., & Gill, K. J. (2017). A comparison of socioeconomic status and mental health among inner-city Aboriginal and non-Aboriginal women. *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1), 1–8. <http://doi.org/10.1080/22423982.2017.1340693>
- Hamilton, A. B., Williams, L., & Washington, D. L. (2015). Military and mental health correlates of unemployment in a national sample of women veterans. *Medical Care*, 53(4 suppl), S32–S38.
- Hellmuth, J. C., Jaquier, V., Overstreet, N., Swan, S. C., & Sullivan, T. P. (2014a). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220(0), 391–396. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.065>

- Hellmuth, J. C., Gordon, K. C., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2014b). The moderating effect of women's alcohol misuse on the relationship between intimate partner violence victimization and postpartum depression. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 23(6), 613–5. <http://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12137.x>
- Hernandez, D. C., Marshall, A., & Mineo, C. (2014). Maternal depression mediates the association between intimate partner violence and food insecurity. *Journal of Women's Health*, 23(1), 29–37. <http://doi.org/10.1089/jwh.2012.4224>
- Hirata, H. (2014). Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, 26(1), 61–73.
- Hirata, H. (2016). O trabalho de cuidado: comparando Brasil, França e Japão. *SUR*, 13(24), 53–64.
- Hita, M. G. (1998). Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In P. C. Alves, & M. C. Rabelo (Orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras* (pp.179-214). Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Relume Dumará.
- hooks, b. (2013). Estudos feministas: acadêmicas negras. In b. hooks. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade* (pp. 161-172). São Paulo: Martins Fontes.
- hooks, b. (2019a). A sororidade ainda é poderosa. In b. hooks. *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras* (pp. 33-39). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- hooks, b. (2019b). Irmandade: a solidariedade política entre mulheres. In b. hooks. *Teoria feminista: da margem ao centro* (pp. 79-109). São Paulo: Perspectiva.
- Ibáñez, T. (1996). *Del estructuralismo al posestructuralismo, camino de la postmodernidad*. Recuperado de <https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/ibanez-t-2001-municiones-para-disidentes-05-del-estructuralismo-al-postestructuralismo-camino-a-la-postmodernidad.pdf>
- Iglesias-Rios, L., Harlow, S. D., & Reed, B. D. (2015). Depression and Posttraumatic Stress Disorder among women with vulvodynia: evidence from the population-based Woman to Woman Health Study. *Journal of Women's Health*, 24(7), 557–562. <http://doi.org/10.1089/jwh.2014.5001>
- Jucá, V. (2010). A cura em saúde mental: história e perspectivas atuais. In Y. M. Wadi, & N. M. W. Santos. *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: EDUFU.
- Kabir, Z. N., Nasreen, H.-E., & Edhborg, M. (2014). Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6–8 months after childbirth in rural Bangladesh. *Global Health Action*, 7(1), 24725. <http://doi.org/10.3402/gha.v7.24725>
- Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, A., Shenkman, T., ... Gore-felton, C. (2015). HIV-related stigma: implications for symptoms of anxiety and

- depression among malawian women. *African Journal of AIDS Research*, 14(1), 67–73.
<http://doi.org/10.2989/16085906.2015.1016987>
- Kamimura, A., Ganta, V., Myers, K., & Thomas, T. (2014). Intimate partner violence and physical and mental health among women utilizing community health services in Gurajat, India. *BMC Women's Health*, 14(127), 1–11. <http://doi.org/10.1177/0886260515603973>
- Kang, Y., Yao, Y., Dou, J., Guo, X., Li, S., Zhao, C., ... Li, B. (2016). Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(468), 1–11.
<http://doi.org/10.3390/ijerph13050468>
- Kasper, L. S., & Schermann, L. B. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. *Aletheia*, 45, 168–176.
- Kathree, T., Selohilwe, O. M., Bhana, A., & Petersen, I. (2014). Perceptions of postnatal depression and health care needs in a South African sample: The “mental” in maternal health care. *BMC Women's Health*, 14(140), 1–11.
- Kim, T. K., Lee, H.-C., Lee, S. G., Han, K.-T., & Park, E.-C. (2016). The influence of sexual harassment on mental health among female military personnel of the Republic of Korea Armed Forces. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 163(0), 1–6.
<http://doi.org/10.1136/jramc-2015-000613>
- Kimerling, R., Bastian, L. A., Bean-Mayberry, B. A., Bucossi, M. M., Carney, D. V., Goldstein, K. M., ... Park, M. (2015). Patient-centered mental health care for female veterans. *Psychiatric Services*, 66(2), 155–162. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300551>
- Kimerling, R., Pavao, J., Greene, L., Karpenko, J., Rodriguez, A., Saweikis, M., & Washington, D. L. (2015). Access to Mental Health Care Among Women Veterans: is VA meeting women's needs? *Medical Care*, 53(4), S97–S104.
<http://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000272>
- Kiss, L. B., & Schraiber, L. B. (2011). Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1943–1952.
- Kravitz, H. M., Schott, L. L., Joffe, H., Cyranowski, J. M., & Bromberger, J. T. (2014). Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychol Med.*, 44(12), 2593–2602. <http://doi.org/10.1021/nn300902w>
- Lacey, K. K., Parnell, R., Mouzon, D. M., Matusko, N., Head, D., Abelson, J. M., & Jackson, J. S. (2015). The mental health of US Black women: The roles of social context and severe intimate partner violence. *BMJ Open*, 5(10), 1–12.
<http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008415>

- Laganà, L., Bloom, D. W., & Ainsworth, A. (2014). Urinary incontinence: its assessment and relationship to depression among community-dwelling multiethnic older women. *The Scientific World Journal*, 2014. <http://doi.org/10.1155/2014/708564>
- Lancetti, A. (2011). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Leal, M. C., et al. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 33(Sup 1:e00078816).
- Lhullier, L., & Roslindo, J. (2013). As psicólogas brasileiras: levantando a ponta do véu. In L. Lhullier (Org.). *Quem é a psicóloga brasileira? Mulher, psicologia e trabalho*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Lima, E. J. B. (2011). O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. In M. J. P. Spink, P. Figueiredo, & J. Brasilino (Orgs.) *Psicologia social e personalidade*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Lima, J. (2018). *Ubuntu: “eu sou porque nós somos”*. Jornal GGN. Recuperado de <https://jornalggm.com.br/noticia/ubuntu-eu-sou-porque-nos-somos-2/>
- Lorde, A. (2019). *Irmã Outsider*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Lucchese, R., Simões, N. D., Monteiro, L. H. B., Vera, I., Fernandes, I. L., Castro, P. A. de, ... Lemos, M. F. (2017). Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. *Escola Anna Nery*, 21(3), 1–6. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0094>
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de Classe, Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 451–467. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>
- Machin, R., & Mota, A. (2019). Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery em São Paulo, Brasil – 1898-1920. *Interface (Botucatu)*, 23: e180314, 1-14.
- Maddoux, J., Symes, L., McFarlane, J., Koci, A., Gilroy, H., & Fredland, N. (2014). Problem-solving and mental health outcomes of women and children in the wake of intimate partner violence. *Journal of Environmental and Public Health*, 1–7. <http://doi.org/10.1155/2014/708198>
- Marcondes, M. M. (2020). Transversalidade de Gênero nas Políticas de Cuidado. *Revista Feminismos*, 8(3), 176-189.
- Marijanovic, I., Pavlekovic, G., Buhovac, T., & Martinac, M. (2017). The relationship between health locus of control, depression, and sociodemographic factors and amount of time breast cancer patients wait before seeking diagnosis and treatment. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 330–344. <http://doi.org/10.24869/psyd.2017.330>

- Mázaro, L. P., Bernardes, A. G., & Coêlho, A. E. L. (2011). Análise das políticas públicas de prevenção e promoção em saúde sob um olhar foucaultiano. *Polis e Psique*, 1(1), 130-148.
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições.
- Medrado, A. C. C. (2017). *O trabalho em saúde mental: sofrimento e transformação dos sujeitos*. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho). Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Medrado, A. C. C., & Lima, M. (2018). “Ainda assim me levanto”: as narrativas históricas e a construção do eu feminino. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(4), 1348-1371.
- Medrado, A. C. C. (2020). Formação dos profissionais de saúde mental para o contexto do Sistema Único de Saúde: compromisso político e humanístico. *Rev. Bras. de Educ. de Jov. e Adultos*, 8, 1-24.
- Medrado, A. C. C., Kusterer, L. E. F. L., & Souza, E. C. (2020). Formação interprofissional em saúde mental: a potência do trabalho como espaço formativo. In A. A. Ferla, G. C. Baptista, & J. C. Schweickardt (Orgs.), *Aprender com a prática e atuar em coletivos: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde* (pp. 140-153). Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Medrado, A. C. C., & Lima, M. (2020). Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 70-84.
- Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C., & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 26-32.
- Merhy, E. E. (2013). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In T. B. Franco, T. B., & E. E. Merhy (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- Miguel, L. F. (2014). A identidade e a diferença. In L. F., Miguel, & F. Biroli. *Feminismo e política* (pp. 79-92). São Paulo: Boitempo.
- Miller, L. J., & Ghadiali, N. Y. (2015). Gender-specific mental health care needs of women veterans treated for psychiatric disorders in a Veterans Administration Women’s Health Clinic. *Medical Care*, 53(4 Supplement 1), S93-S96.
- Minayo, M. C. de S. (2006). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ministério da Saúde. (2000). *Portaria n° 569, de 1° de Junho de 2000*. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
- Ministério da Saúde. (2008). *Portaria n° 154, de 24 de Janeiro de 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

- Ministério da Saúde. (2011a). *Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Ministério da Saúde. (2011b). *Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Ministério da Saúde. (2017a). *Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html .
- Ministério da Saúde. (2017b). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2019). *Qualidade dos Dados de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, Brasil – 2016*. Brasília – DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2020). *Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher*. Recuperado de <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>
- Ministério da Saúde. (2021). *Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia*. Recuperado de <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47527-ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia>
- Molinier, P. (2014). Cuidado, interseccionalidade e feminismo. *Tempo Social*, 26(1), 17–33.
- Moraes, J. F. Q., Costa, A. B., Silva, F. T. R., Silva, N. M. M. G., & Melo, S. C. C. S. (2017). Prevalence of depressive symptoms among pregnant adolescents. *Journal of Nursing and Health*, 7(1), 50–57.

- Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. S., Cavalcanti, L. F., Silva, R. M., & Feitoza, A. R. (2013). Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde e Sociedade*, 29(1), 2287-2296.
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 11-24.
- Moura, V. F. S., Pedrão, L. J., Souza, A. C. S., & Boaventura, R. P. (2015). A depressão em gestantes no final da gestação. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 11(4), 234-242.
- Negrão, T. (2016). Saúde e violência de gênero: necessário monitoramento. In C. Sardenberg & M. Tavares, *Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento* [livro eletrônico]. Salvador: EDUFBA.
- Nepomuceno, B. (2012). Protagonismo ignorado. In C. B Pinsky, & J. M. Pedro (Orgs.). *Nova história das mulheres no Brasil* (pp. 382-409). São Paulo: Contexto.
- Nguyen, T. T., Tran, T. D., Tran, T., La, B., Nguyen, H., & Fisher, J. (2015). Postpartum change in common mental disorders among rural Vietnamese women: incidence, recovery and risk and protective factors. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 110-115.
- Nogueira, C. (2001). Feminismo e Discurso do Gênero na Psicologia Social. *Psicologia e Sociedade*, (13), 1-28. <http://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200014>
- Nogueira, C. (2012). O gênero na psicologia social e as teorias feministas. Dois caminhos entrecruzados. In F. T Portugal, & A. M. Jacó-Vilela (Orgs.). *Clio-psyché: gênero, psicologia, história* (pp.43-67). Rio de Janeiro: NAU.
- Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e Psicologia Feminista*. Salvador: Editora Devires.
- Ogbo, F. A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K. E., Barnett, B., & Page, A. (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-11.
- Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., & Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 321-331.
- Orza, L., Bewley, S., Logie, C. H., Crone, E. T., Moroz, S., Strachan, S., ... Welbourn, A. (2015). How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *Journal of the International AIDS Society*, 18(Suppl 5), 1-9. <http://doi.org/10.7448/IAS.18.6.20289>
- Panigrahi, A., Padhy, A. P., & Panigrahi, M. (2014). Mental health status among married working women residing in Bhubaneswar City, India: a psychosocial survey. *BioMed Research International*, 1-7. <http://doi.org/10.1155/2014/979827>

- Passos, R. G., & Pereira, M. O. (2017). Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In M. O. Pereira, & R. G. Passos (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 25-51). Rio de Janeiro: Autografia.
- Pedrosa, C. M., & Brigagão, J. I. M. (2014). Mulheres em movimento: grupos como dispositivo de ação coletiva. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.). *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 217-230). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.*, 20(1), 124-135.
- Pedrosa, M., & Zanello, V. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(esp.), 1–8. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722016000500213&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Pereira, M. O., & Batista, L. (2017). Mulheres Unidas: entrevista com Lucia Batista. In M. O. Pereira, & R. G. Passos (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 208-213). Rio de Janeiro: Autografia.
- Perrot, M. (2008). *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto.
- Phiri, S. S., Mulaudzi, F. M., & Heyns, T. (2015). The impact of an indigenous proverb on women's mental health: a phenomenological approach. *Curationis*, 38(2), 1–9. <http://doi.org/10.4102/curationis.v38i2.1539>
- Pinheiro, O. G. (2013). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. Spink (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp.156-187). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Pinheiro, R. (2009). Cuidado em saúde. In *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Recuperado de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>
- Powers, J. R., Dobson, A. J., Berry, H. L., Graves, A. M., Hanigan, I. C., & Loxton, D. (2015). Lack of association between drought and mental health in a cohort of 45-61 year old rural Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(6), 518–523. <http://doi.org/10.1111/1753-6405.12369>
- Praxis Especial. (s/d). *Dona Ivone Lara e o Serviço Social*. Rio de Janeiro: CRESS. Recuperado de <http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2018/04/Dona-Ivone-Lara-Praxis-entrevista.pdf>
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia*, 15(30), 21–29.

- Rapizo, R. (2017). O trabalho com grupos e o Construcionismo Social: alguns elementos metodológicos e referências para a prática. In E. F. Rasera, K. Taverniers, & O. Vilches-Álvarez (Eds.). *Construccionismo social en acción: prácticas inspiradoras en diferentes contextos* [online] (pp.67-92). Ohio, EUA: Taos Institute Publications. Recuperado de <https://www.taosinstitute.net/product/construccionismo-social-en-accion-practicas-inspiradoras-en-diferentes-contextos-edited-by-emerson-f-rasera-karin-taverniers-oriana-vilches-alvarez>
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Lopes, C. S., & Lobato, G. (2014). The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: A survey-based structural equation modeling analysis. *BMC Public Health*, *14*(427), 1–14. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-427>
- Reis, L. T., Bernardes, L. S., Barboza, M. C. N., & Gonçalves, A. M. de S. (2015). Rastreamento de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes de um município do estado de Mato Grosso. *Journal of Nursing and Health*, *5*(2), 141 – 152.
- Rohden, F. (2012). Narrativas científicas e definição de identidades: a questão de gênero e a ênfase no biológico. In F. T. Portugal, & A. M. Jacó-Vilela (Orgs.). *Clio-psyché: gênero, psicologia, história* (pp.69-90). Rio de Janeiro: NAU.
- Rosa, A. S., & Brêtas, A. C. P. (2015). A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface*, *19*(53), 275-285. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000200275&script=sci_abstract&tlng=pt
- Rotenberg, L., Silva-Costa, A., & Härter Griep, R. (2014). Mental health and poor recovery in female nursing workers: a contribution to the study of gender inequities. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *35*(3), 179–185. <http://doi.org/10.1177/1049732314557087>
- Schraiber, L. (2005). Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In W. Vilella & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão* (pp. 39-60). São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA.
- Schraiber, L. B., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colectiva*, *10*(3), 301-312.
- Schucman, L. V., Costa, E. S., & Cardoso, L. (2012). Quando a identidade racial do pesquisador deve ser considerada: paridade e assimetria racial. *Revista da ABPN*, *4*(8), 15-29.
- Scott, J., Rouhani, S., Greiner, A., Albutt, K., Kuwert, P., Hacker, M. R., ... Bartels, S. (2015). Respondent-driven sampling to assess mental health outcomes, stigma and acceptance among women raising children born from sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo. *BMJ Open*, *5*(4), 1–11. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007057>

- Scott, P. (2005). Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa da Saúde Família. In W. Vilella & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão* (pp. 75-99). São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA.
- Secretaria Municipal de Saúde do Salvador. (2018). *Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021*. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador. Recuperado de http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf
- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2011a). *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Enfrentamento à Violência contra Mulheres; Secretaria de Políticas para Mulheres – Presidência da República. Recuperado de: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
- Secretaria de Política para as mulheres. (2011b). *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Enfrentamento à Violência contra Mulheres; Secretaria de Políticas para Mulheres – Presidência da República. Recuperado de: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
- Shotter, J., & Logan, J. (1993). A penetração do patriarcado: sobre a descoberta de uma voz diferente. In M. M. Gergen (Ed.). *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento* (pp. 91-109). Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos/Edunb.
- Silva, É. B. O. (2014). *Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para a enfermagem*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Silva, É. B. O., & Pereira, A. L. F. (2015). Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem UERJ*, 23(2), 203–209.
- Silva, Z. P., Ribeiro, M. C. S. A., Barata, R. B., & Almeida, M. F. (2011). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3807-3816. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000016&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sipsma, H. L., Falb, K. L., Willie, T., Bradley, E. H., Bienkowski, L., Meerdink, N., & Gupta, J. (2015). Violence against Congolese refugee women in Rwanda and mental health: a cross-sectional study using latent class analysis. *BMJ Open*, 5(4), 1–7. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006299>
- Soalheiro, N. I. (2014). Política, estratégias de empoderamento e transformação social no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. In M. A. S. Jorge, M. C. A. Carvalho, & P. R. F. da Silva (Orgs.), *Políticas e cuidado em saúde mental:*

contribuições para a prática profissional (pp. 279-295). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Soares, R. C. (2014). Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In M. L. T. Garcia (Org.), *Análise da política de saúde brasileira* (pp. 15-41). Vitória: EDUFES.
- Soihet, R. (2008). Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In M. Del Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil* (pp. 362- 400). São Paulo: Contexto.
- Solnit, R. (2017). Uma breve história do silêncio. In R. Solnit. *A mãe de todas as perguntas: reflexões sobre os novos feminismos* (pp. 27-83). São Paulo: Companhia das Letras.
- Souza, L. V., Oliveira, C. C. B., Silva, M. R., Andrade, L. C. S., & Martins, M. A. (2014). Construção de uma prática grupal em uma unidade básica de saúde. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 189-216). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Spink, M. J. P. (2007). Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 7–14. <http://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100002>
- Spink, M. J. P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da psicologia social. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 1-21). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp.71-99). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. (pp. 22-41). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., & Menegon, V. M. (2013). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 42-70). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. (2003). As origens históricas da obstetrícia moderna. In M. J. Spink, *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp. 169-193). Petrópolis: Vozes.

- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18–42. <http://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>
- Spink, P. K. (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, 20(spe), 70–77. <http://doi.org/10.1590/S0102-71822008000400010>
- Straiton, M. L., Ledesma, H. M. L., & Donnelly, T. T. (2017). A qualitative study of Filipina immigrants' stress, distress and coping: The impact of their multiple, transnational roles as women. *BMC Women's Health*, 17(72), 1–11. <http://doi.org/10.1186/s12905-017-0429-4>
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76(1-2), 129–138.
- Tiveron, J. D. P., & Guanaes-Lorenzi, C. (2013). Tensões do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família. *Psico*, 44(3), 391–401. Recuperado <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12200>
- Tiwari, A., Chan, K. L., Cheung, D. S. T., Fong, D. Y. T., Yan, E. C. W., & Tang, D. H. M. (2015). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence on mental health outcomes among abused Chinese women: a mixed-method study. *BMC Public Health*, 15(314), 1–12. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1649-x>
- Tol, W. A., Ebrecht, B., Aiyo, R., Murray, S. M., Nguyen, A. J., Kohrt, B. A., ... Nakku, J. (2018). Maternal mental health priorities, help-seeking behaviors, and resources in post-conflict settings: a qualitative study in eastern Uganda. *BMC Psychiatry*, 18(39), 1–15.
- Tooth, L., & Mishra, G. D. (2015). Does further education in adulthood improve physical and mental health among Australian Women? A longitudinal study. *PLoS ONE*, 10(10), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0140334>
- Travasso, S. M., Rajaraman, D., & Heymann, S. J. (2014). A qualitative study of factors affecting mental health amongst low-income working mothers in Bangalore, India. *BMC Women's Health*, 14(22), 1–11. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-14-22>
- Tronto, J. (2007). Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado*, 22(2), 285–308.
- Truijens, S. E. M., Boerekamp, C. A. M., Spek, V., Van Son, M. J. M., Oei, S. G., & Pop, V. J. M. (2015). Increased levels of depressive symptoms among pregnant women in the Netherlands after the crash of flight MH17. *American Journal of Epidemiology*, 182(5), 426–430. <http://doi.org/10.1093/aje/kwv161>
- Turan, B., Stringer, K. L., Onono, M., Bukusi, E. A., Weiser, S. D., Cohen, C. R., & Turan, J. M. (2014). Linkage to HIV care, postpartum depression, and HIV-related stigma in newly diagnosed pregnant women living with HIV in Kenya: a longitudinal observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(400), 1–10.

- Ulibarri, M. D., Roesch, S., Rangel, M. G., Staines, H., Amaro, H., & Strathdee, S. A. (2015). “Amar te duele”(“love hurts”): sexual relationship power, intimate partner violence, depression symptoms and HIV risk among female sex workers who use drugs and their non-commercial, steady partners in Mexico. *AIDS Behav.*, *19*(1), 9–18. <http://doi.org/10.1088/1367-2630/15/1/015008>.
- Van Gelder, M. M. H. J., Vlenterie, R., & Roeleveld, N. (2016). Depressive symptoms among Dutch pregnant women after the crash of flight MH17: The PRIDE Study. *Annals of Epidemiology*, *26*(2), 155–156. <http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.11.012>
- Van Vo, T., Hoa, T. K. D., & Hoang, T. D. (2017). Postpartum depressive symptoms and associated factors in married women: a cross-sectional study in Danang City, Vietnam. *Frontiers in Public Health*, *5*, 1–8. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00093>
- Vázquez Sixto, F. (1996). El análisis de contenido temático. *Objetivos y medios en la investigación psicosocial* (Documento de trabajo) (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Verbeek, T., Arjadi, R., Vendrik, J. J., Burger, H., & Berger, M. Y. (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry*, *15*(292), 1–6. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0671-y>
- Vieira, E. M. (1999). A medicalização do corpo feminino. In K. Giffin, & S. H. Costa (Orgs.), *Questões da Saúde Reprodutiva* (pp. 67-78). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Waiselfisz, J. (2015). *Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil*. Brasília: OPAS/OMS, ONU Mulheres, SPM e Flacso. Recuperado de http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
- Wang, Y., Wang, X., Liu, F., Jiang, X., Xiao, Y., Dong, X., ... Qu, Z. (2016). Negative life events and antenatal depression among pregnant women in rural China: the role of negative automatic thoughts. *PLoS ONE*, *11*(12), 1–14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0167597>
- Wilson, K. T., Bohnert, A. E., Ambrose, A., Davis, D. Y., Jones, D. M., & Magee, M. J. (2014). Social, behavioral, and sleep characteristics associated with depression symptoms among undergraduate students at a women’s college: A cross-sectional depression survey, 2012. *BMC Women’s Health*, *14*(8), 1–9. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-14-8>
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. J. (2014). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: Implications for primary health care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *122*(3), 312–321. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12837>
- Xu, Y., Herrman, H., Bentley, R., Tsutsumi, A., & Fisher, J. (2014). Effect of having a subsequent child on the mental health of women who lost a child in the 2008 Sichuan earthquake: a cross-sectional study. *Bulletin of the World Health Organization*, *92*(5), 348–355. <http://doi.org/10.2471/BLT.13.124677>

- Yasui, M., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Keenan, K. (2015). Psychocultural correlates of mental health service utilization among African American and European American girls. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 1–19. <http://doi.org/10.1007/s10488-014-0610-0>
- Young- Eisendrath, P. (1993). A pessoa do sexo feminino e como falamos dela. In M. M Gergen (Ed.). *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento* (pp. 177-198). Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos/Edunb.
- Yousafzai, M. (2013). *Eu sou Malala: a história da garota que defendeu o direito à educação e foi baleada pelo talibã*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267–279. Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745
- Zanello, V. (2014). A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello, & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (pp. 41-58). Curitiba: Appris.
- Ziaei, S., Frith, A. L., Ekstrom, E.-C., & Naved, R. T. (2016). Experiencing lifetime domestic violence: associations with mental health and stress among pregnant women in rural Bangladesh: The MINIMat randomized trial. *PLoS ONE*, 11(12), 1–14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0168103>
- Zunner, B., Dworkin, S. L., Neylan, T. C., Bukusi, E. A., Oyaro, P., Cohen, C. R., ... Meffert, S. M. (2015). HIV, violence and woman: unmet mental health care needs. *J Affect Disord.*, 15(174), 619–626. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.017>

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

Roteiro de entrevista profissionais de saúde

Sexo: Raça/cor: Data de nascimento:

Qual a sua formação? Universidade/Faculdade: Ano de formação:

Tem pós-graduação? Qual?

Há quanto tempo atua neste serviço de saúde?

Há quanto tempo atua na atenção básica?

Já teve experiência em algum outro tipo de serviço de saúde? Qual?

Me fale um pouco sobre a sua atuação neste serviço de saúde.

O serviço de saúde em que atua atende pessoas em sofrimento mental?

Em sua atuação na AB você lida diretamente com pessoas em sofrimento mental?

Você acredita que há alguma diferença entre o sofrimento mental de homens e mulheres? Caso afirmativo, qual?

E no tratamento direcionado a eles, você acredita que há alguma diferenciação por parte dos profissionais que atendem tais pessoas em relação ao sexo/gênero? Caso afirmativo, qual?

Você percebe alguma diferença no acompanhamento da família de tais pessoas referente ao sexo/gênero da pessoa em sofrimento mental? Caso afirmativo, qual?

Você acredita que a raça/cor possa ter alguma influência no sofrimento mental e em seu tratamento? Caso afirmativo, qual? (Nesse momento também questionava sobre a auto identificação de raça/cor da entrevistada e a relação com a raça/cor da população atendida)

Você acredita que a classe social possa ter alguma influência no sofrimento mental e em seu tratamento? Caso afirmativo, qual?

Questões acrescentadas posteriormente:

Me fale sobre o grupo de mulheres que você desenvolve.

Quais as principais demandas que você consegue observar no grupo?

Você identifica o grupo que desenvolve como uma atividade de prevenção de doenças, promoção de saúde ou recuperação/reabilitação da saúde?

Você conhece alguma outra atividade voltada para a saúde mental de mulheres?

Você pode me contar algum caso que acompanhou que se relacione com as questões que discutimos?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado “Narrativas de mulheres em sofrimento mental: reflexões a partir da Psicologia Social Construcionista”, desenvolvido pelas pesquisadoras Mônica Lima de Jesus e Ana Carolina Cerqueira Medrado, vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Este termo de consentimento fornecerá informações sobre o estudo, peço que o(a) senhor(a) leia atentamente cada item desse documento e sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessário antes de assiná-lo.

1- Objetivo do estudo: analisar os *sentidos* do adoecimento mental feminino e do cuidado dirigido às mulheres em adoecimento mental acompanhadas em unidade de saúde da família em Salvador-Bahia.

2- Caso consinta em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) responderá a um questionário sócio demográfico contendo dados como idade, sexo e escolaridade; bem como responderá a uma entrevista que será gravada e transcrita na íntegra. O(a) senhor(a) não será identificado pelo nome no estudo, todos os participantes serão identificados por um código, garantindo o sigilo e a confidencialidade da pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras responsáveis por um período de cinco anos, após esse período serão destruídos.

3- Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, o(a) senhor(a) não receberá qualquer vantagem financeira; o(a) senhor(a) também não terá que arcar com nenhum custo. Caso se sinta desconfortável em algum momento da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá retirar sua participação, sentindo-se constrangido(a) com qualquer pergunta o(a) senhor(a) não será obrigado(a) a responder e, em caso de dúvida, poderá contactar as pesquisadoras em qualquer momento da pesquisa: Ana Carolina, e-mail accm100@yahoo.com.br; Mônica, e-mail molije@hotmail.com, ou o próprio Programa de Pós-Graduação pelo telefone (71) 3283-6442. A negativa em participar ou retirada da participação não acarretará nenhum tipo de prejuízo para o(a) senhor(a) ou para o andamento da pesquisa.

4- Benefícios para o participante: Os resultados deste estudo poderão ser úteis para o próprio serviço de saúde, bem como para a comunidade científica em geral e Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo, na medida em que pretende-se contribuir na discussão das especificidades do adoecimento mental feminino e do cuidado direcionado às mulheres que padecem de doença mental, levando em consideração as peculiaridades de raça/cor e classe social.

5- Desconfortos e riscos: O estudo poderá causar alguma espécie de constrangimento no(a) senhor(a), que poderão ser contornados pela recusa em responder determinada questão ou retirada da participação. Contudo, reitera-se que será mantido sigilo, minimizando os riscos e não gerando prejuízos para sua atuação profissional e/ou vida pessoal, já que todas as entrevistas serão codificadas para preservar seu sigilo e privacidade.

6- Divulgação dos resultados: Pretende-se publicar os resultados dessa pesquisa em revistas de divulgação científica, bem como em eventos científicos. Não haverá identificação de nenhum participante em todo o material produzido.

Se você concorda em participar da pesquisa e acredita que foi esclarecido a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você, assine esse documento que é em duas vias, uma ficará em sua propriedade e outra será anexa aos documentos a serem arquivados na pesquisa.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Salvador, _____ de _____ de 2020.