

## Saúde da Mulher: o que é poderia ser diferente?

Women's Health: what is it could be different?

Salud de la Mujer: ¿qué podría ser diferente?

La santé des femmes: qu'est-ce qui pourrait être différent?

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos \*  
michelevasconcelos@hotmail.com

Jeane Felix \*\*  
jeanefelix@gmail.com

Graziela Maria da Silva Gatto \*\*\*  
grazielagatto@gmail.com

### Resumo

*Por meio de cenas pinçadas de nossas trajetórias de trabalho, formação e pesquisa na Saúde Coletiva, esse artigo objetiva problematizar (desnaturalizar) modos de produzir cuidado, ampliando sentidos para os termos mulher e saúde. A partir da análise destas experiências profissionais, apostamos na ideia de que a saúde das mulheres é influenciada, de maneira relevante, pela interseção entre relações de gênero e territórios de vulnerabilidade. Infere-se com o artigo que parece ser preciso reconhecê-la, na direção de contribuir com a humanização da gestão e atenção às mulheres nos serviços de saúde, considerando suas singularidades, fomentando protagonismo, bem como tecendo práticas interdisciplinares e intersetoriais.*

**Palavras-chave:** Saúde das mulheres, Vulnerabilidades, Protagonismo, Interdisciplinaridade, Intersetorialidade.

### Abstract

*Through pinch scenes of our trajectories of work, training and research in Public Health, this article aims to problematize (denaturalize) ways to produce health care for women, broadening meanings for the terms woman and health. Based on the analysis of these professional experiences, we bet on the idea that women's health is influenced, in a relevant way, by the intersection between gender relations and vulnerability territories. It infers with the article that seems to be recognized, in order to contribute to the humanization of management and attention to women in the health services, considering their singularities, fomenting protagonism, as well as weaving interdisciplinary and intersectoral practices.*

**Keywords:** Women's Health, Vulnerabilities, Protagonism, Interdisciplinarity, Intersectoriality.

\*Professora adjunta do Departamento de Educação (DEDI) do Campi Alberto Carvalho da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

\*\*Professora Adjunta I no Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

\*\*\*Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas/SP (UNICAMP)

**Como citar:** Vasconcelos, Michele de Freitas Faria de; Felix, Jeane & Gatto, Graziela Maria da Silva (2017) Saúde da Mulher: o que é poderia ser diferente?. *Psicologia Política*, 17(39), p. 327-339.

## Resumen

*A través de escenas arrancadas de nuestras trayectorias de trabajo, formación la investigación en salud pública, este artículo tiene como objetivo problematizar (desnaturalizar) formas de producción de salud, amoliando sentidos a los términos salud y mujeres. A partir del análisis de estas experiencias profesionales, se apostó por la idea de que la salud de las mujeres se ve afectada de manera significativa, la intersección entre las relaciones de género y territorios vulnerables. Infiere con el artículo que parece ser necesario reconocer que en la dirección de contribuir a la humanización de la gestión y la atención a las mujeres en los servicios de salud, teniendo en cuenta sus singularidades, fomentar el liderazgo y el tejido prácticas interdisciplinarias e intersectoriales.*

**Palabras clave:** *Salud de la Mujer, Vulnerabilidades, Liderazgo, Interdisciplinariedad, Interseccionalidad.*

## Résumé

*À travers des scènes de travail, de formation et de trajectoires de recherche en santé collective, cet article vise à problématiser (dénaturer) les manières de produire des soins, en élargissant les significations pour les termes femme et santé. Sur la base de l'analyse de ces expériences professionnelles, nous parions sur l'idée que la santé des femmes est influencée, de manière pertinente, par l'intersection entre les relations entre les sexes et les territoires de vulnérabilité. Il en déduit l'article qui semble être nécessaire pour le reconnaître, dans le sens de contribuer à l'humanisation de la gestion et de l'attention aux femmes dans les services de santé, compte tenu de leurs singularités, fomentant le protagonisme et tissant des pratiques interdisciplinaires et intersectorielles.*

**Mots-clés:** *Santé des femmes, Vulnérabilités, Protagonisme, Interdisciplinarité, Intersectorialité.*

## Introdução: Estranhar O Que Parece Óbvio

[...] era uma mulher sem nome. Ela não tinha nome porque não tinha. Mesmo que a chamassem de [algum nome]. Ter nome é ter um contorno de pessoa que possa caber, e ela não cabia. [...] vazava pelas bordas e pelo meio. Desde sempre [...] dançava. Nas tardes. Quando o vermelho do entre a noite e o dia invadia seu corpo ela se movia, indecente. Porque tudo que escorre é obscuro. E [ela] escorria. Como os seres sem nome das beiras líquidas sem contorno. Então [ela] se contornava naquilo que queriam que ela fosse. [...] e a vida parecia ser mesmo assim. Sem forma própria, a não ser a que as coisas adquiriam quando em contato com a vontade de fazê-las firmes e canônicas. Conceituais mesmo. Como pedras. [...]. Utensílios. Palavras, que no início palavras, mas depois prédios e configurações que se erguiam na direção do que não poderiam jamais. Verter a vida em quadros. Como se neles coubesse. E nada mais. No entanto a força vibrante e alegre da vida pede passagem. Ei, ela disse. Existo aqui (Mosé, 2006, p. 48-49).

Este escrito se endereça a colocar em suspensão aquela (nossa) vontade (de especialistas) de, em nome da saúde (da mulher), fazer as coisas firmes e canônicas. Vontade de contornar a força da vida de mulheres que brotam no meio, que germinam no entre das coisas, que parecem adoecer justamente ali, quando creem por demais na composição provisória a que lhes haviam prescrito, fixando-se por demais aos “fatos”, às suas características de mulher. O texto “Foucault revoluciona a história” de Paul Veyne parece nos ajudar. Nele, o autor (2008, p. 240) afirma que “os fatos humanos são arbitrários, não são óbvios, no entanto parecem evidentes aos olhos dos contemporâneos que nem sequer o percebem.” E o que têm sido evidente aos nossos olhos no campo da saúde das mulheres?

Embora acreditemos em “evidências” ou numa natureza das coisas, num “algo que é porque sempre foi” da saúde, da mulher, não há coisas naturais. As coisas não têm existência em si e por si, não são senão correlatos de práticas sociais muito bem datadas, são produções sócio-históricas e culturais. Assim, se os objetos “naturalizados” parecem determinar nossas condutas, nossas práticas como profissionais de saúde, “primeiramente, nossa prática determina esses objetos. Portanto, partamos, antes, dessa própria prática” (Veyne, 2008, p. 249). Parece ser potente lembrar que o natural também se constrói socialmente e, assim, que não há uma natureza das coisas ou das pessoas que se dê sem que seja, ela própria, construída por meio das relações, aprendizagens e interações sociais.

Como num modo de partir das próprias práticas, para tatear respostas, ou melhor, para fazer novas perguntas, pois perguntar é onde todo movimento de (trans)formação se inicia, descreveremos, a seguir, fragmentos de falas ou cenas por nós pinçadas durante nossas atuações profissionais no campo da educação em saúde.

CENA 1: Mulher sem vagina? Em uma roda de conversa sobre saúde sexual e saúde reprodutiva com jovens, uma das participantes fez o seguinte comentário: “sou mulher e vivencio a transexualidade, portanto, não tenho vagina. Mas, como mulher, quero ser atendida por uma ginecologista”. A fala dessa jovem provocou uma enorme discussão sobre o que era ser mulher. Depois de um caloroso debate, uma ginecologista que estava presente disse: “sou ginecologista há mais de 20 anos e atendi mulher de todo jeito, mas nunca uma mulher sem vagina. Acabo de me dar conta que, se uma paciente sem vagina aparecer no meu consultório, não saberei o que fazer”.

CENA 2: Mulher = heterossexual! Uma mulher de 22 anos, contou que, por volta dos 16 anos, foi ao serviço de saúde para uma consulta de rotina e viveu a seguinte situação: A médica (que segundo seu depoimento, era jovem e a atendeu com muita atenção), perguntou: “você tem vida sexual ativa?”. A mulher atendida respondeu que sim. A médica, em seguida, perguntou: “você pretende ter filhos?” e a mulher respondeu que não sabia, mas que neste momento isso não estava nos

seus planos. A médica, então, pegou seu receituário e prescreveu uma pílula anticoncepcional. A mulher de 22 anos, disse-nos que saiu do consultório envergonhada e com a receita na mão. Ela não conseguiu, naquele momento, dizer à médica que “era” lésbica. A médica, por sua vez, também não perguntou sobre a orientação sexual da mulher em atendimento.

Ao pinçarmos essas falas e cenas, tantas outras “corriqueiras”, que podem ser conhecidas pelas/os potenciais leitores/as desse texto, vêm à memória: (poucas) travestis e mulheres transexuais que, quando ousam por os pés em serviços de saúde, mesmo se apresentando com “nomes femininos”, são chamadas para acolhimento inicial pelo seu (seu?) nome “masculino”, aquele mesmo da carteira de identidade (identidade?); mulheres em situação de abortamento sendo postas ao lado de mulheres que estão parindo, como que “punindo” o corpo em abortamento quando ele “deveria” (?), por ser um corpo de mulher, estar sempre apto a (e desejoso para) parir; a tendência à “patologização” da gravidez e, sobretudo, da gravidez na adolescência; a insistência do “fato” de que as mulheres grávidas que mais morrem no Brasil são negras; ou em ressaltar o quanto alguns pais contemporâneos têm “ajudado”/participado do parto e nascimento - “função natural” que compete à mãe (apenas).

### Saúde Para Que Mulheres?

Retomemos a pergunta inicial: o que têm sido evidente aos nossos olhos no campo da saúde das mulheres? Que o corpo da mulher (assim mesmo, no singular, como se todas as mulheres fossem iguais e vivenciassem as mesmas experiências propiciadas pela “natureza” feminina que todas teriam), alvo do cuidado em saúde, tende a ser naturalizado e subsumido à tríade mulher-heterossexual-mãe. Que esse corpo é desqualificado como um corpo que, identificado com a “natureza” (que, como tal, precisa ser controlada), precisa de intervenções (biomédicas) normalizadoras. Que as práticas de saúde tendem a ser atravessadas por uma moral de gênero. Que, por meio desse atravessamento, autoriza-se toda uma série de intervenções e decisões da equipe de saúde sobre seu corpo e modos de cuidar de si e tende-se a produzir práticas institucionais violentas, preconceituosas e naturalizadas (Vasconcelos, Martins e Machado, 2014; Martins, Nicolotti, Vasconcelos e Melo, 2014; Vasconcelos e Seffner, 2015).

Mulheres têm, então, seus corpos, suas subjetividades, suas saúdes sequestradas por práticas e linguagens que falam em seu nome. As palavras gênero, saúde, saúde da(s) mulher(es) parecem ter assumido contornos de prescrição, homogeneização, restringindo formas de vida. Neste sentido, essas práticas e discursos evidenciam determinado modo de pensar e agir sobre esses corpos, que se conectam a ações históricas e socialmente construídas, mas que passam a ser tidos como “naturais” e, por isso, generalizáveis, sobrecodificando a história singular de cada mulher, bem como, seus movimentos de singularização. Em outros termos, as diferenças entre cada grupo de mulheres, aquelas que resultam em um “nós” grupo de mulheres; mas também as que desfazem esse nós, fazendo vibrar essa busca pelo homogêneo do “universal” ou do “grupal”, pois a vida (sempre) ousa movimentar contornos. Na direção de barrar esse movimento, as primeiras diferenças tendem a ser transmutadas em hierarquizações e desigualdades. As segundas, a serem desconsideradas, postas entre parênteses, como se não existissem.

O século XIX foi permeado por “uma espécie de estatização do biológico” (Foucault, 1999, p. 286), no qual haveria a tomada da vida pelo poder na direção de geri-la e maximizá-la. Esta tecnologia de poder denominada biopolítica ocupa-se de um conjunto de processos (taxas de reprodução, fecundidade da população) que aliados a problemas econômicos e políticos, passam a se constituir como os primeiros objetos de saber e alvos de controle dessa tecnologia. Elisabeth Vieira (2002) salienta a conexão deste processo de transformação do corpo como realidade biopolítica à emergência de uma nova prática da medicina, como estratégia biopolítica e à medicalização do corpo

da(s) mulher(es).

Segundo a autora, assiste-se, no século XIX, à emergência da necessidade social em controlar suas populações e, de forma articulada, há um crescente interesse no controle da reprodução, focalizado no controle do corpo da mulher e na constituição de práticas reguladoras sobre esse corpo. Neste entendimento, esse controle direcionava-se ao aperfeiçoamento de tecnologias que visavam à sobrevivência das mulheres e crianças, funcionando como dispositivo para a conservação da vitalidade e saúde e, conseqüentemente, da reprodução social. E, nesse processo, hospitaliza-se o corpo da mulher (e o parto) para desvendar seus mistérios, adoecendo-o, tornando-o objeto médico.

Vieira (2002) nos atenta para uma mudança qualitativa também no discurso: ao se tentar disciplinar o corpo da mulher de modo absoluto, acaba-se por legitimar também a existência de uma denominada degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos. “A ‘natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia” (Vieira, 2002, p. 30).

Interessante analisarmos o quanto esse entendimento determinista, que substancializa, fragiliza, adoce, culpabiliza e universaliza o corpo das mulheres ainda se perpetua nas relações cotidianas, particularmente, nos serviços de saúde. “Mulher é o sexo mais frágil”, “menina brinca de boneca”, “mulher nasceu para ser mãe”. Quantas vezes presenciamos situações em que esses discursos são emitidos? Quantas vezes conseguimos pensar e agir em uma direção diferente, desnaturalizando-os? Em “O mito do amor materno”, Elisabeth Badinter (1985) discorre sobre o caráter cultural do instinto materno em contraponto a concepção inatista desse conceito. Exemplos, como o da segunda Cena, demonstram que, além da naturalização “mulher=heterossexual”, tem-se a articulação incontestável entre mulher e maternidade.

Parece-nos, assim, imprescindível pensar na construção de novas práticas, discursivas e não-discursivas, que quebrem com essa ideia institucionalizada de corpo de mulher=feminino=heterossexual, como se todas as mulheres tivessem a história de seus corpos coladas a uma genitália que lhes indicasse um determinado modo (correto e único) de viver o gênero e de ter relações afetivo-sexuais. Ou como se todas as mulheres fossem iguais, tornando impensável, por exemplo, a existência de “mulheres sem vagina”, como ilustra a primeira cena que apresentamos neste texto. Inclusive, como possibilidade de fortificarmos outras formas de compreensão sobre o corpo, que não se reduzem somente ao sexo biológico e ao dimorfismo sexual homem ou mulher. Afinal, o que seria um corpo, se não uma instância de infinitas possibilidades e potencialidades? “Meu corpo é como a Cidade do Sol, ele não tem lugar, mas é dele que saem e irradiam todos os lugares possíveis, reais ou utópicos” (Foucault, 2013, p. 14).

O exercício de compreender o corpo não somente enquanto lugar de produções identitárias, mas lugar de resistências, de multiplicidades de forças é tão mais necessário quanto árduo, pois estas ações potencializadoras muitas vezes parecem não ter espaço para serem esboçadas. Prescrita está a compreensão única do “ser mulher” e de suas respectivas nuances. Desta forma, talvez a questão seja pensar que esta suposta “unicidade” apresenta uma intensa pluralidade, que a atravessa e a ultrapassa, mas que, sobretudo, a reconstrói. Que práticas de saúde poderiam acompanhar essa (re)construção da afirmação de germes de vida que não se deixam nominar, classificar, normalizar, generificar?

Por meio das colocações de Butler (2003), Berenice Bento (2006) afirma que seria a partir dos estudos de gênero que se possibilitaria um avanço na desnaturalização e na dessencialização das identidades de gênero. É neste caminho que Guacira Louro (2004) sinaliza que antes de pretendemos “ler” os gêneros e as sexualidades tomando com referência os “dados” dos corpos, seria mais congruente ponderarmos tais dimensões como sendo discursivamente inscritas nos corpos e se expressando através deles, pois os discursos circulam em nossas veias como sangue, pois ao dizer “é um menino; é uma menina”, mais do que uma descrição, se está construindo corpos de homem e de

mulher, masculinidades e feminilidades de um determinado modo e barrando tantos outros.

### Desencaminhando a Relação Gênero e Saúde

Imersos na pluralidade de produção de novos sentidos, os movimentos feministas têm contribuído para ampliação das discussões em torno do corpo das mulheres. Ao multiplicar sentidos, principalmente, por meio dos estudos de gênero, problematizam certas práticas ‘canônicas’ de produzir saúde ‘para’ mulheres e, assim, abrem espaço para experimentação de novas práticas de saúde em composição com itinerários e histórias singulares de mulheres.

Na contramão da tendência de naturalização do conceito de gênero, temos tentado rastrear/experimentar ampliar sentidos (seja pela escrita, pesquisa, militância, trabalho na atenção ou gestão em saúde, seja como usuárias/os dos serviços etc.), potencializando a força desse conceito, quando o que se quer é garantir, pelo exercício, o direito à saúde de todas, cada e qualquer uma mulher. Desse movimento de fazer gaguejar a língua do gênero, complexificando análises, destacamos sete formas de ação que vão tracejando caminhos de encruzilhada, na direção de uma ética, de um ir dando forma à vida, ao corpo, ao cuidado em saúde:

1) Desconstruir a sinonímia gênero-mulher, mulher-heterossexual e mulher-mãe que tende a estar presente nas práticas e análises desenvolvidas no campo das políticas públicas de saúde (Corrêa, 2001; Meyer, 2003). Nessa direção, analisar práticas político-culturais, como as práticas de saúde, que “produzem e/ou educam indivíduos como mulheres e homens de determinados tipos” (Meyer, Mello, Valadão e Ayres, 2008, p. 18).

2) Entender gênero como “categoria analítica de poder” (Scott, 1995) não restrita à mulher, nem à relação entre homens e mulheres, tampouco a papéis e funções de homens e mulheres. Em vez disso, partir do entendimento de que o gênero atravessa a constituição e o funcionamento de instituições, símbolos, normas, leis, serviços assistenciais, políticas sociais, corporais e de subjetivação de uma sociedade (Meyer e cols., 2008).

3) Nadar contra a maré” da produção de uma atenção à saúde da mulher “prescrita” de forma generalizada e uniformizada, incluindo nas discussões singularidades de grupos de mulheres e de cada mulher. Abarcar questões de raça/cor e etnia, como as especificidades concernentes à produção de atenção à saúde de mulheres negras e de mulheres indígenas, assim como, de mulheres quilombolas, ribeirinhas, camponesas, ciganas, que vivem nas florestas, que vivem em situação de rua, mulheres com deficiência, mulheres de diferentes faixas etárias, mulheres que vivem com HIV/aids etc. Levar em consideração diferenças/desigualdades regionais, de faixa etária, escolaridade, religião etc. Ou seja, fazer-pensar saúde de mulheres, levando-se em consideração a multiplicidade de cenários, as contingências das situações em que as mulheres brasileiras vivem.

4) Pensar gênero como categoria plural. Quando se analisa gênero como uma categoria relacional, tende-se a subsumi-lo a “um ‘relacional de dois’ calcado no referente dos sexos” (Bento, 2006, p. 77), referente que, assim, segue naturalizado:

[...] o binarismo entre dois sexos, dois gêneros e duas sexualidades permanece indicando o limite para análises e intervenções. [...] mediante a fixação dos corpos em termos binários, coloca-se entre parênteses, desautoriza-se a existência do nomadismo e hibridismo que ocorre no “entre”, no “meio” desses polos, região habitada por intensidades que resistem à purificação e que trazem consigo a possibilidade de desestabilizar fronteiras identitárias (Vasconcelos e Seffner, 2015, p. 290).

5) A partir do entendimento de que há um processo de generificação da gestão e da atenção em saúde (assim como uma generificação de todas as instâncias sociais), parece ser preciso avançar no diálogo sobre os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres; abrir espaço para discutir o tema “tabu” do aborto (enquanto não fazemos tal discussão, muitas mulheres seguem morrendo diariamente em decorrência de práticas abortivas inseguras, a maioria dessas mulheres são jovens, negras e pobres). Além disso, “a ilegalidade [a invisibilidade e o silenciamento] traz[em] consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social” (Diniz, 2008, p. 8), sobre o direito de mulheres a práticas assistenciais que vislumbrem reduzir danos vivenciados em situações de abortamento; ampliar o acesso a métodos contraceptivos etc. (Martins e cols., 2014).

6) Se “o que é poderia ser diferente” (Veyne, 2008, p. 240), se podemos pensar contra o nosso tempo e transformar as culturas nas quais estamos inseridos/as, abrir espaço e adensar discussões, análises, intervenções coletivas e cotidianas no sentido de produzir modos de barrar práticas desrespeitosas e preconceituosas ao corpo e aos saberes das mulheres e, sobretudo, àquelas que chegam nos serviços públicos e que vivenciam contextos de vulnerabilidade, tais como, situações de abortamento, mulheres em situação de rua, mulheres que fazem uso abusivo e persistente de álcool e outras drogas etc.

Ou seja, produzir saúde (não sobre ou para, mas) com as mulheres, articulando uma rede viva de saberes, fazeres e afetos, alargando, assim, seus territórios existenciais. Assim, estamos apostando no protagonismo de cada mulher, e de um coletivo (composto não somente por mulheres) polifônico, afeito a povoar silêncios, sem se sujeitar a silenciamentos. Ousar desdizer e “transver” todo um histórico de aprendizagens de gênero, desencaminhar para ampliar práticas de cuidado de si e do outro, fazer bifurcar, incluindo, como nos indica a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008), sujeitos, coletivos e conflitos.

7) Participar do “se” formar de práticas de cuidado que fujam de prescrições para possibilitar múltiplas formas de ação, encarnadas em necessidades singulares, contextualizadas e coletivas (Barros, 2005). Eis um conceito de cuidado em saúde que nos encanta: um cuidado interessado com a ampliação das possibilidades de vida. Ou seja, estamos propondo fazer-pensar gestão e atenção a toda, cada uma, qualquer mulher; pensar o cuidado como domínio experiencial e de interações. Um cuidado singular para mulheres singulares, em seus contextos e histórias singulares e as movências da vida de todas, de cada uma e de qualquer mulher.

Que no cuidado em saúde produzido, palavras como gênero, saúde e mulher funcionem não como prédios, configurações, fixos, tentando verter a vida em quadros; mas que elas sejam lemes ampliadores de sentidos, num cuidado que se teça sentindo, acompanhando o transitar do corpo singular de tantas mulheres, fluxos vibrante e alegre da vida que pede passagem. Existimos aqui, na gestação e protagonização de formas de vida (Martins e cols., 2014).

### **Como Cuidar da Saúde de Mulheres? Ou sobre como produzir saúde com mulheres**

Na contramão de perspectivas reducionistas, individualizantes e culpabilizantes, apontamos para a possibilidade de produzir cuidado em saúde de mulheres, considerando a multiplicidade de dimensões complexas e inter-relacionadas (biológica, psicológica, social, cultural etc.) que envolvem o processo saúde-doença-cuidado.

No campo da saúde, risco seria a probabilidade que uma pessoa ou um conjunto de pessoas têm de adquirir alguma doença ou agravo em situação de saúde. Trata-se de “um conceito fundamental para indicar que grupos são [ou podem ser] mais atingidos e, com base nisso, definir políticas públicas” (Félix, 2012, p. 31) e práticas de atenção e cuidado em saúde. Todos/as e cada um/a de nós, em diferentes momentos de suas/nossas vidas, nos encontramos expostos a riscos,

vulneráveis a agravos e doenças. Contudo, na sociedade injusta e desigual em que vivemos, nem todas as pessoas têm as mesmas condições para se proteger dos riscos que estão expostas. Sabemos que, muitas vezes, pessoas vivem em situações de risco que independem de sua vontade.

No caso da saúde das mulheres, lembremos aqui que um dos grandes territórios de vulnerabilidade a se enfrentar diz respeito ao atravessamento de uma moral de gênero no campo social e do cuidado em saúde em particular. Essa moral feita jurisdição tem, dentre outras coisas, como decorrência a veiculação de preconceitos, a naturalização de desigualdades e hierarquizações, a blindagem dos fluxos da vida de cada mulher, posto que ela precisa caber em quadros fixos/classificações, a produção de violências de inúmeras ordens sobre os corpos das mulheres, de (des) cuidados, silenciamentos e até mesmo mortes.

Como tentativa de ampliar o entendimento, qualificar o cuidado em saúde das mulheres e tatear abordagens possíveis no que se refere a interferir nas desigualdades de gênero e vulnerabilidades a elas relacionadas, abordaremos o conceito de vulnerabilidade desenvolvido por Meyer, Mello, Valadão e Ayres (2006). As/os autoras/es trabalham tal conceito a partir de articulação dos três componentes, que serão descritos a seguir:

a) O componente individual, que diz respeito à capacidade de elaborar e significar as informações que a pessoa dispõe; bem como a sua capacidade e interesse para lidar com as informações e situações de forma a adotar atitudes e ações de proteção. A partir da chave de leitura dessas/es autoras/es, os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos nem abordados como simplesmente decorrentes da ação voluntária das pessoas. Ao invés disso, entende-se que estão relacionados com a noção que “essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los” (Meyer e cols., 2006, p. 1340), às condições contextuais e objetivas do ambiente bem como às condições culturais e sociais em que tais comportamentos ocorrem.

b) O componente social envolve o acesso a mais ou menos quantidade e qualidade de informações, à capacidade que os grupos sociais têm de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida diária. Condições associadas “ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas” (Meyer e cols., 2006, p. 1340);

c) Já o componente programático ou institucional envolve a quantidade e a qualidade de compromissos, recursos, gerência, planejamento e monitoramento de programas, projetos e políticas nacionais, regionais ou municipais (de educação, de trabalho, moradia, prevenção, assistência, cuidado etc.), os quais são fundamentais para identificar necessidades, canalizar recursos, desenvolver ações e otimizar seu uso.

Vulnerabilidade, nesse sentido, seria a interação de fatores individuais, sociais e programáticos que tornam indivíduos e grupos mais suscetíveis a adoecimentos do que outros pelos diferentes contextos nos quais estão envolvidos. No que se refere às práticas de cuidado em saúde das mulheres, tal conceituação implica em considerar que os cuidados prestados devem levar em conta escolhas individuais, contextos sociais, rede institucional de suporte e, acrescentemos, a presença ou ausência de redes não institucionalizadas de apoio.

No campo das políticas públicas (desde o planejamento, monitoramento, execução e avaliação) e, em particular, do cuidado e da atenção integral à saúde das mulheres nos serviços de saúde, um quadro conceitual sobre vulnerabilidade que abarque os três componentes articulados entre si abre espaço para análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a agravos associados, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas.



O quadro conceitual da vulnerabilidade, no campo da saúde das mulheres, ajuda a pensar que as relações de gênero, por se configurarem em relações de poder desiguais, podem tornar as mulheres mais vulneráveis a determinados tipos de agravos e doenças. Em relação ao HIV/aids, por exemplo, muitas mulheres são infectadas pelos próprios companheiros, em relações estáveis, onde o amor romântico atravessa e os pactos de fidelidade são feitos e cumpridos, em geral, apenas por elas.

Por não desconfiarem que seus companheiros possam estar infectados por HIV (ou outra infecção sexualmente transmissível), elas têm relações sexuais desprotegidas. Em outras palavras: o “amor romântico” pode ser um contexto de vulnerabilidade para as mulheres. Podemos dizer também que as violências de todos os tipos, as gravidezes não planejadas, os abortos inseguros, as condições socioeconômicas, as situações de classe, de faixa-etária, de região, de raça/etnia, entre outras, articuladas ou não, vão se configurando como fatores de vulnerabilidade para as mulheres em relação aos cuidados em saúde.

Nesse sentido, os serviços de saúde precisam estar atentos aos contextos de vulnerabilidade de cada uma de suas usuárias para lhes ofertar um cuidado singular, afeito a composições e experimentações. Por meio do qual se possa desenhar coletivamente – mediante articulação de saberes e fazeres de profissionais de saúde e das mulheres e suas redes comunitárias – a possibilidade de toda, qualquer, cada mulher protagonizar a ampliação de seus territórios existenciais. O que inclui desaprendizagens de gênero, do que “cabe” para toda mulher, como por exemplo, desaprender o amor romântico e com ele não mais esperar o príncipe encantado. Com isso, queremos dizer que muitos dos contextos de vulnerabilidade que acometem mulheres no seu processo de saúde-cuidado-doença podem ser minimizados se elas forem protagonistas de suas vidas, de um ir dando forma à (outras) vida(s).

O convite é, então, o de experimentarmos um cuidado integral em saúde das mulheres, entendendo integralidade como “dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (Guizard e Pinheiro, 2004, p. 21), novos arranjos de gênero. Um cuidado baseado num olhar singular pautado na articulação entre contextos de vulnerabilidade-modos de cuidado-protagonização da vida pelas mulheres. Um cuidado que tateie outro modo de acompanhar essa mulher-usuária dos serviços de saúde, produzindo saúde e aberturas em nossas subjetividades, sociabilidades e feitura de gênero. Apostamos, pois, na potencialidade da participação ativa das mulheres nos processos de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção e cuidado em saúde direcionado a elas.

Estamos, então, propondo um cuidado em saúde COM mulheres (em vez de SOBRE ou PARA) que interfira na tendência à generificação e promova ampliações nos territórios existenciais e das políticas relacionais. Parte-se do entendimento de que profissionais de saúde e usuárias são protagonistas de um projeto de vida que começa a ser gestado no cotidiano dos serviços de saúde: produzir modos de cuidar como modos de desnaturalizar evidências e lugares-comuns no que se refere à mulher, ao gênero, à saúde das mulheres, tecer coletivamente um cuidado,

“[...] de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer; participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância” (Foucault, 2006, p. 347).

Talvez possamos dizer que estamos propondo subverter protagonismos de (tristes) histórias de formatações de (nossas) vidas individuais e grupais em co-agonismos, ou seja, na produção coletiva

de espaços de discussão, interferência e experimentação de outros modos de subjetivação, outras formas de viver gênero e fazer cuidar da saúde das mulheres COM mulheres. Nesse sentido, protagonismo (ou co-agonismo) não é algo que se possa dar a alguém, não é um presente, algo que se possa passar de uma pessoa para outra. Protagonismo é algo que se exerce e que se tece em relação e algumas pessoas, por diferentes razões, aprendem a protagonizar ou a participar ativamente nos diferentes espaços onde se insere. Mas, como aprender a protagonizar, a agonizar coletivamente, quando imersas num histórico de silenciamentos, individualizações, violações, violências?

Neste sentido, reafirmamos a aposta no fomento de co-agonismos. O objetivo do cuidado é ampliar a vida; acompanhar processos de vida; desenvolver de forma singular e coletiva um conjunto de propostas e ações articuladas, o que sinaliza para a necessidade de discussões, articulação de saberes, um cuidado que brote de negociações entre a mulher (cuidada), uma equipe interdisciplinar de referências, entre esta equipe e outras equipes de outros serviços (de saúde e de outros setores), entre esta equipe e redes de apoio (não-técnica), articulando e mantendo aquecida uma rede de cuidado.

Assim, os serviços de saúde podem fomentar o co-agonismos por meio de algumas estratégias, tais como: 1) Criar espaços (individuais e grupais) de participação das usuárias (o que é diferente de somente criar grupos ‘específicos’ de mulheres): ouvir suas necessidades, seus anseios em relação ao atendimento, seus projetos de vida; 2) Possibilitar que as mulheres opinem sobre a organização do serviço, sobre os horários específicos para seu atendimento (obviamente que essa escuta precisa estar alinhada com as possibilidades e estrutura do próprio serviço), sobre o planejamento de seu projeto terapêutico; 3) Exercitar a capacidade de perceber os limites dos diversos saberes estruturados diante da singularidade de cada mulher e de seus desejos; 4) Planejar com ela e com sua rede afetiva, um cuidado contingencial, permeado por ações e atividades viáveis e em consonância com as condições de vida e desejos da mulher atendida; 5) Garantir espaços de controle social dentro da unidade de saúde e fomentar a construção/fortalecimento de grupos de mulheres para que suas representações nesses espaços sejam, efetivamente, um reflexo de suas demandas; 6) Fomentar espaços de trocas de experiências entre as mulheres para que elas se sintam apoiadas umas pelas outras; mas também de trocas de experiências e produção de cuidado entre mulheres e seus pares (sejam eles maridos, companheiras, pais, mães, filhos/as, cuidadores/as etc.); 7) Abrir espaços permanentes, e sempre que preciso, para discutir atravessamentos de gênero no modo de produzir cuidado em saúde.

### **Por uma Abordagem Interdisciplinar, Intersetorial e Territorializada na Saúde das Mulheres**

No âmbito da saúde das mulheres, para ofertar serviços baseados na integralidade, na dobra entre atendimentos singularizados e que considerem contextos coletivos de vulnerabilidade, a intersectorialidade parece ser condição imprescindível. A intersectorialidade, nessa perspectiva, seria a relação entre diversos setores governamentais, onde cada setor, dentro de suas atribuições próprias, desenvolvem ações conjuntas. Dessa forma, estratégias intersectoriais propor-se-iam a buscar soluções para problemas que surgem a partir de múltiplas e diferentes causas e pretende buscar soluções conjuntas para problemas comuns que atingem dois ou mais setores responsáveis pelas políticas sociais (Cunill-Grau, 2014).

Na dimensão mais micro das políticas desenvolvidas dentro dos serviços de saúde, sugerimos que seja lançada mão da intrasetorialidade, isto é, quando diferentes áreas de um mesmo setor (no caso, a saúde) somam esforços para realizar ações conjuntas. Sugere-se que os/as profissionais das mais diferentes áreas, em atuação interdisciplinar, trabalhem conjuntamente para atender às demandas dos diferentes grupos de mulheres e de cada mulher e somem esforços para, reconhecendo os contextos de vulnerabilidade nos quais as mulheres estão inseridas, desenvolvam atividades que visem reduzir as desigualdades de gênero e promover a saúde das mulheres.

As ações interdisciplinares devem considerar o princípio da territorialidade, que é fundamental para a organização das ações de políticas públicas, pois, com ele, pode-se caracterizar a população e seus problemas, analisar as variáveis envolvidas e também proporcionar a responsabilização de políticas e serviços pela população adstrita (Monken e cols., 2008). No entanto, tal princípio tem sido entendido e utilizado de diferentes modos, a partir de distintas concepções de território.

Acompanhando as indicações de Liliana da Escóssia e Michele Vasconcelos (2014) a respeito da necessidade de ampliação do sentido de território usado no SUS, entende-se que o território em que as mulheres, atendidas por uma equipe de saúde, habitam compreende uma série de espaços articulados, por meio dos quais se apreende que um território não é algo estático, determinado e fechado, é sim processual, em movimento e aberto. Dentre esses espaços, tem-se o espaço de relações sociais, comunitárias, institucionais e familiares. Nele, podem se conformar “territórios afetivos” entendidos como potentes estratégias para trabalhar com mulheres nos serviços de saúde. Não porque as mulheres sejam naturalmente mais afetivas como algumas abordagens mais generalistas e dicotômicas de trabalhos com mulheres e homens querem nos fazer crer, mas porque elas são ensinadas, desde muito pequenas a desenvolver sua afetividade. Além disso, trabalhar a afetividade pode ser uma forma de torcer a generificação dos espaços/territórios dos serviços de saúde e tatear por movimentos de reduzir vulnerabilidades e desigualdades de gênero. O mapeamento e adensamento desses territórios pode ser fator de proteção a situações de vulnerabilidade.

O que se quer, então, com essa abordagem é desenvolver análises/intervenções em territórios de vulnerabilidade social associados ao atendimento de mulheres nos serviços de saúde, como forma de auxiliar políticas públicas. Ou seja, mapear as (des)conexões e (des)territorializações realizadas por essas mulheres. Esse talvez seja um caminho possível. Apostamos nesse caminho como forma de singularizar o atendimento às mulheres nos serviços de saúde e apresentar outras formas de cuidado para mulheres individual e coletivamente.

### Considerações Finais

Em última análise, o que intentamos fazer-pensar com este escrito são estratégias de cuidado que possam desencadear maior possibilidade de adesão, o que necessariamente, passa por compartilhar a produção do cuidado oferecido entre equipes de setores e serviços diferentes, entre profissionais e entre estes e as usuárias. A finalidade é experimentar caminhos coletivos que possam fazer com que a relação das mulheres, seja consigo mesmas, com os outros, com o mundo, seja com as prescrições biomédicas de gênero e de saúde tragam menores danos para suas vidas, enfocando zonas de potencialidades em vez de focar em prescrições-classificações. Ô mulheres, abram mão do destaque e venham para o chão sambar e a dança da vida vai nos arrastar até o mar, pois o sonho que sonhamos foi outro e a vida que criamos é nossa (Polayne, 2009).

### Referências

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barros, M. E. (2005). Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. Em Pinheiro, R.; Ceccim, R. B. e Mattos, R. A. (Org) *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO.
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transsexual*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008). *Humaniza SUS: Documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Butler, Judith. (2003). *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Corrêa, Mariza. (2001). Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. *Cadernos Pagu*, 16, p. 13-30. Acessado em: 04 de abril de 2017, de: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a02.pdf>>.
- Cunnil-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 1 (23), p. 5-46. Acessado em: 04 de abril de 2017, de: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792014000100001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001)>.
- Diniz, D. (2008). *Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil*. Brasília: UnB; Rio de Janeiro: UER. 313p. Acessado em 24 de outubro de 2016, de <[http://www.estadao.com.br/ext/especiais/2008/04/pesquisa\\_aborto.pdf](http://www.estadao.com.br/ext/especiais/2008/04/pesquisa_aborto.pdf)>.
- Escóssia, L. e Vasconcelos, M. (2014). *Vulnerabilidade social e usos de drogas: levantamento institucional sobre perfil socioeconômico de usuários de álcool e outras drogas*. Pesquisa desenvolvida para o Governo do Estado de Sergipe; Secretaria Estadual de Inclusão, Desenvolvimento e Assistência Social (SEIDES), com financiamento da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).
- Félix, J. (2012). *“Quer teclar?”: aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate-papos virtuais*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. Em Motta, M. B. (Org) *Ditos & Escritos IV: estratégia, saber-poder*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2013). *O corpo utópico. Em O corpo utópico, as heterotopias*. São Paulo: n-1 Edições.
- Guizard, F. e Pinheiro, R. (2004). Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. Em Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Orgs) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Louro, G. (2004). *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Martins, C., Nicolotti, C., Vasconcelos, M. e Melo, R. (2014). Humanização do parto e nascimento: pela gestação de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. Em BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humanização do parto e nascimento*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).
- Meyer, D. (2003). Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. *Movimento*, 9 (3), p. 33-58. Acessado em 04 de abril de 2017, de: <<http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/2817/1432>>.

- Meyer, D.; Mello, D.; Valadão, M. e Ayres, J. (2006). “Você aprende. A gente ensina?”. Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (6). Acessado em 04 de abril de 2017, de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.
- Meyer, D.; Mello, D.; Valadão, M. e Ayres, J. (2008). Gênero e educação: teoria e política. Em Louro, G. L., Felipe, J. e Goellner, S. V. (Org) *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Monken, M., Peiter, P., Barcellos, C., Rojas, L., Navarro, M., Gondim, G. e Gracie, R. (2008). *O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Acessado em 10 de novembro de 2015, de <[http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/teritorio\\_na\\_saude.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/teritorio_na_saude.pdf)>.
- Mosé, V. (2006). *Toda palavra*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Polayne, P. (2009). *Sapato Novo. Em O circo singular - as canções do exílio* [CD]. Recife.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), p. 71-100. Acessado em 04 de abril de 2017, de: < <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667> >.
- Vasconcelos, M.; Martins, C. e Machado, D. (2014). Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 18 (1), p. 997-1011. Acessado em 04 de abril de 2017, de: <<http://www.redalyc.org/html/1801/180135772017/>>.
- Vasconcelos, M. e Seffner, F. (2015). A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. *Cadernos Pagu*, 44, 261-297.
- Veyne, P. (2008). *Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Vieira, E. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

•Submissão em: 05/04/2017  
•Aprovado em: 12/12/2017