

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Lorena de Brito Marcelino Pereira

**“O nosso papel é ser ao menos um que não”:
sobre as práticas e saberes de psicólogas em relação a sobreviventes de violência sexual
que optam pelo aborto legal**

**Belo Horizonte
2024**

Lorena de Brito Marcelino Pereira

**“O nosso papel é ser ao menos um que não”:
sobre as práticas e saberes de psicólogas em relação a sobreviventes de violência sexual
que optam pelo aborto legal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Paula Rita Bacellar Gonzaga

Belo Horizonte

2024

150
P436n
2024

Pereira, Lorena de Brito Marcelino.
“O nosso papel é ser ao menos um que não” [manuscrito];
sobre as práticas e saberes de psicólogas em relação a
sobreviventes de violência sexual que optam pelo aborto legal /
Lorena de Brito Marcelino Pereira. - 2024.
172 f.
Orientadora: Paula Rita Bacellar Gonzaga.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Aborto – Teses. 3. Direitos sexuais –
Teses. 4. Direitos reprodutivos - Teses. 5. Saúde pública - Teses.
I. Gonzaga, Paula Rita Bacellar. II. Universidade Federal de
Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE LORENA DE BRITO MARCELINO PEREIRA

Realizou-se, no dia 20 de dezembro de 2024, às 09:00 horas, sala 2060, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *"O nosso papel é ser ao menos um que não": sobre as práticas e saberes de psicólogas em relação a sobreviventes de violência sexual que optam pelo aborto legal*, apresentada por LORENA DE BRITO MARCELINO PEREIRA, número de registro 2023657460, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Paula Rita Bacellar Gonzaga - Orientador (UFMG), Prof(a). Lisandra Espindula Moreira (UFMG), Prof(a). Erica Dumont Pena(UFMG), Prof(a). Leticia Gonçalves (UFJF).

A Comissão considerou a dissertação:

) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Paula Rita Bacellar Gonzaga, Professora do Magistério Superior**, em 10/01/2025, às 10:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lisandra Espindula Moreira, Professora do Magistério Superior**, em 10/01/2025, às 14:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leticia Gonçalves, Usuária Externa**, em 13/01/2025, às 08:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erica Dumont Pena, Professor(a)**, em 17/01/2025, às 13:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site



https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3872816** e o código CRC **46B00BA3**.

Referência: Processo nº 23072.201700/2025-38

SEI nº 3872816

Para minha filha Lila, que ela possa ter, de fato, o direito de escolher.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Aparecida e a minha sogra Sinara, por auxiliarem a mim e ao meu companheiro Ian nos cuidados com a nossa filha Lila. Conciliar o processo de escrita acadêmica, com o trabalho, os afazeres da casa e os cuidados de uma filha não é uma tarefa fácil. E só se torna mais possível a partir do momento que nos juntamos em um coletivo.

Ao meu companheiro Ian Bruno, um dos meus maiores incentivadores nessa caminhada.

À minha orientadora Paula Gonzaga, agradeço pela confiança, pela leitura sempre atenta e dedicada, e por se mostrar sempre compreensiva. Alguém que se importa e que nutre um profundo desejo em compartilhar, em manter seu compromisso ético-político nesse processo de orientação.

Às amigas Ayla Chaves, Grazi Maia, Rafaela Marinho e Mariane de Paula sempre dispostas a me auxiliar com a leitura dos meus textos, formatações, e também por acreditarem nessa minha empreitada.

Às amigas feitas nesses dois anos, Rosa Gato, Karla Carvalho, Monaliza Alcântara e Maria Mônica Divino, pelas trocas, pelas partilhas. Apesar do pouco contato presencial, mantivemos contatos e conversas que contribuíram para esta trajetória.

Ao Núcleo Conexões dos Saberes pela acolhida na pós-graduação, pelos debates, sempre respeitosos, que enriqueceram a minha construção como pesquisadora.

Às dez psicólogas participantes desta pesquisa, que tão gentilmente cederam o seu tempo, muitas vezes em meio a uma rotina agitada, para compartilhar comigo os seus saberes.

“Não pronunciamos nenhuma vez a palavra aborto, nem ele nem eu. Era uma coisa que não tinha lugar na linguagem.” – Annie Ernaux – O acontecimento

RESUMO

Tradicionalmente a psicologia tem se mantido distante das discussões relacionadas aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, apesar de dedicar-se à produção teórica acerca da subjetividade das mulheres, focando, principalmente, na maternidade, como algo inerente a esta constituição. Enquanto outros eventos recorrentes na vida reprodutiva das mulheres, como o aborto, são desconsiderados, mesmo quando estamos inseridos nas equipes mínimas de atuação em saúde sexual e saúde reprodutiva no Sistema Único de Saúde. O objetivo geral desta pesquisa consistiu em analisar como tem se dado a atuação das psicólogas dos serviços de saúde da cidade de Belo Horizonte em relação à interrupção de gestação prevista em lei. Como objetivos específicos, foram consideradas as seguintes questões: conhecer o processo formativo das psicólogas da rede de assistência à saúde de Belo Horizonte; compreender quais os saberes e fazeres das psicólogas que atuam em serviços de saúde sobre o aborto legal; verificar se e como a prática psicológica reconhece, corrobora e/ou impede a violência institucional contra as mulheres em situações de abortamento legal. A metodologia empregada foi a da psicologia feminista que se encontra interessada na produção de subjetividades, ações e em teorias feministas, buscando uma explicação mais adequada da realidade. Para a produção dos dados, foram realizadas 10 entrevistas narrativas com psicólogas que atuam nos serviços de saúde do SUS de Belo Horizonte. Para chegar até essas trabalhadoras, foi utilizada a técnica da bola de neve, que consiste em uma cadeia de indicações de participantes para a pesquisa. Por meio da análise das entrevistas, foi possível identificar que a formação ofertada nos cursos de graduação em psicologia ainda possui um viés voltado para a prática clínica em consultório, sendo incipientes as discussões acerca da atuação nas políticas públicas, sobretudo as direcionadas aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Esse vazio no percurso formativo básico leva as psicólogas a utilizarem de técnicas aprendidas que não necessariamente fornecem os subsídios necessários para trabalhar nessas políticas. Enquanto outras, somaram o conhecimento adquirido a partir de outras experiências, como a participação nos movimentos de mulheres e trabalhos voluntários, para potencializar a prática exercida nesses espaços. Também observou-se que atuar com mulheres em situação de abortamento em um país onde o procedimento é criminalizado e ilegal traz sofrimento para as usuárias atendidas e também para as psicólogas, que possuem clareza quanto às limitações impostas a suas práticas e possibilidades de acolhimento e construção de projetos terapêuticos. No que tange ao trabalho realizado por essas profissionais, percebeu-se que a maioria possui um discurso alinhado com a defesa dos direitos das mulheres em relação ao próprio corpo, do entendimento sobre o estigma e preconceito que marca as discussões sobre

o aborto no país. No entanto, essa pauta mostra-se desconectada de outros marcadores, sobretudo o de raça, o que aponta para um saber e prática psicológica distanciada das questões que marcam a construção subjetiva das mulheres brasileiras.

Palavras-chave: aborto legal; direitos sexuais e direitos reprodutivos; psicologia; saúde pública; feminismo negro; feminismo decolonial.

ABSTRACT

Traditionally, psychology has remained distant from discussions related to sexual and reproductive rights, despite its commitment to theoretical production concerning women's subjectivity, focusing mainly on motherhood as an inherent aspect of this identity. Other recurring events in women's reproductive lives, such as abortion, are often disregarded, even when psychologists are part of core teams working in sexual and reproductive health in Brazil's Unified Health System (SUS). The main goal of this research was to analyze the practices of psychologists in health services in Belo Horizonte regarding legally sanctioned pregnancy termination. The specific objectives included: examining the educational background of psychologists working in the public health system in Belo Horizonte; understanding the knowledge and practices of psychologists regarding legal abortion; and investigating whether and how psychological practices recognize, support, or hinder institutional violence against women in situations of legal abortion. The methodology employed feminist psychology, which focuses on the production of subjectivities, actions, and feminist theories to provide a more adequate explanation of reality. Data were collected through 10 narrative interviews with psychologists working in SUS health services in Belo Horizonte. To recruit participants, the snowball sampling technique was used, in which participants recommend others to join the study. Analysis of these interviews revealed that the training provided in undergraduate psychology programs still favors clinical practice in private settings, with only limited discussions on working within public policy frameworks, especially those addressing sexual and reproductive rights. This gap in basic training leads psychologists to rely on techniques learned elsewhere, which may not fully support their work in these areas. Others drew on knowledge gained from experiences such as participation in women's movements and volunteer work to strengthen their practice in these settings. It was also observed that working with women undergoing abortion in a country where the procedure is criminalized and illegal brings distress to both the women and the psychologists involved, who are aware of the limitations imposed on their practice and on their ability to provide support and develop therapeutic projects. Concerning the work conducted by these professionals, most expressed a stance in favor of women's rights over their own bodies, and an understanding of the stigma and prejudice surrounding abortion discussions in Brazil. However, this perspective appeared disconnected from other social markers, especially race, indicating a psychological knowledge and practice somewhat removed from the issues that shape the subjective experience of Brazilian women.

Key-words: legal abortion, sexual and reproductive rights, psychology, public health Black feminism, decolonial feminism.

LISTA DE SIGLAS

APA- América Psychologist Association
APS - Atenção Primária a Saúde
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM AD - Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CERSAMI - Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CFM - Conselho Federal de Medicina
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CRP - Conselho Regional de Psicologia
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREAB - Centro de Reabilitação
ENPAA - Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre o Aborto
ESF - Equipe de Saúde da Família
ESM - Equipe de Saúde Mental
FHEMIG - Fundação dos Hospitais de Minas Gerais
GEPsILA - Grupo de Estudos sobre Psicologia e Aborto na América Latina
MEC - Ministério da Educação
NASF-Ab - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SUS - Sistema Único de Saúde
VVS - Vítimas de Violência Sexual
TCR - Trabalho de Conclusão de Residência
UBS - Unidade Básica de Saúde
URS - Unidade de Referência Secundária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Os caminhos que me trouxeram até aqui: estagiária no SUS, participante do ENPAA, residente, trabalhadora do SUS e integrante do GEPSILA	15
Estagiária no SUS de Belo Horizonte.....	16
Da formação na Residência Multiprofissional	17
Do período como trabalhadora da APS em tempos de COVID-19.....	20
Da participação no GEPSILA ou sobre descolonizar o pensamento.....	22
Da construção do projeto a partir das leituras decolonoiais	25
Objetivos desta pesquisa.....	29
Percurso metodológico	30
Conhecendo as participantes da pesquisa – minhas colegas de rede e profissão	33
Uma observação sobre a análise das narrativas.....	37
1 DO PROCESSO FORMATIVO – “PORQUE EU ACHO QUE A FORMAÇÃO NÃO FORMA A GENTE NÃO”	40
1.1 A educação formal, graduar-se em psicologia no Brasil – “A nossa formação ainda é muito voltada para a coisa do particular, do individual”	40
1.2 Sobre a educação permanente em saúde nos serviços – “Mas eu acho que os profissionais não estão capacitados, ainda, para isso”	51
1.3 Sobre a formação profissional a partir da inserção em movimentos sociais e experiências muito particulares – “Nossa! Hm..., é, é uma trajetória mas... enfim, né, o pessoal é político”	57
1.4 A formação que vem da prática – “Mas tem uma coisa que é só com a prática que a gente vai pegando”	66
2 SOBRE SAÚDE MENTAL E INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÃO – “PORQUE O ABORTO É UM CUIDADO, É UM CUIDADO EM SAÚDE, SAÚDE MENTAL, E A GENTE NÃO TEM ESSA FORMA DE CUIDADO, ENTÃO ISSO É MUITO ESTRANHO”	79
2.1 Do sofrimento das profissionais – “Isso, né, eu não posso falar, ai, vamos pensar sobre aborto, existe um lugar que pode tal, né, isso pode ser parte de seu projeto terapêutico singular, né”	80
2.2 Do sofrimento das usuárias – “Eu acho que isso é uma outra violência, sabe. É uma outra violência que a mulher está sofrendo, quando ela não tem o direito de escolher o que fazer com essa violência que ela sofreu já”	97
3 SOBRE O CUIDADO PSICOLÓGICO EM SAÚDE NO CONTEXTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTO LEGAL – “AS POLÍTICAS, INFELIZMENTE, AINDA NÃO SÃO PENSADAS PARA O MELHOR ATENDIMENTO DOS DIREITOS DAS PESSOAS, NÃO SÃO, QUE DIRÁ DAS MULHERES”	117
3.1 Sobre as práticas de acolhimento e cuidado produzidas pelas psicólogas – “Eu não posso ouvir uma mulher dizer que sofreu uma violência e não fazer nada com isso, sabe?”	119
3.2 Sobre os discursos de suspeição – “a gente ainda reproduz de uma maneira muito forte esse controle dos corpos de algumas pessoas e principalmente dos corpos de mulheres”	128

3.3 Sobre a potência que a psicologia pode e deve ser – “se eu conheço uma mulher que eu sei que está, em um momento, em que ela precisa desse apoio, é ali que eu tenho que estar, né, junto com ela, fazer junto mesmo, sabe?”	135
3.4 Sobre a interseccionalidade e o cuidado de psicólogas às mulheres – “os serviços e as equipes e os espaços, eles são pensados principalmente para as pessoas cis gênero, para as pessoas heterossexuais, para as pessoas brancos”.....	142
CONSIDERAÇÕES/INQUIETAÇÕES/PROVOCAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS.....	158

INTRODUÇÃO

*“Escreverei sobre o
não dito, sem me importar com o suspiro
de ultraje do censor e da audiência.
Finalmente, escrevo porque tenho medo
de escrever, mas tenho um medo maior
de não escrever” - Gloria Anzaldúa - Falando
em Linguas*

Os caminhos que me trouxeram até aqui: estagiária no SUS, participante do ENPAA, residente, trabalhadora do SUS e integrante do GEPSILA

Ao longo desses quase dois anos de mestrado, ao exercitar minha reflexividade, como tenho aprendido com minha orientadora Paula Gonzaga, penso que esses cinco elementos citados no título foram fundamentais para a construção deste trabalho. Sem a experiência como estagiária na atenção primária, sob supervisão da professora Claudia Penido, não teria cogitado realizar a residência multiprofissional, pois não sabia, até então, que a modalidade existia fora das instituições hospitalares. Ao mesmo tempo do estágio, participei do I ENPAA – Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre o Aborto –, o que deu certa concretude à abstração de optar pela residência em saúde da mulher como primeira opção, pois compreendi que nessa área de concentração, poderia discutir alguns dos temas debatidos no evento: acesso ao aborto, justiça reprodutiva e instituição maternidade.

Ao tornar-me trabalhadora da atenção primária, iniciam as inquietações sobre tudo o que aprendi até aquele momento para a minha formação como psicóloga. Não era o bastante, havia algo insuficiente na escuta daquelas mulheres, nas ações, nas condutas para o tratamento em saúde mental. Não era o bastante e eu sabia que precisava retornar para a teoria, precisava aprender mais. É nesse momento de incertezas que encontro o GEPSILA – Grupo de Estudos de Psicologia e Aborto na América Latina –, coordenado pela professora Paula Gonzaga.

Em seguida, detenho-me com maior minúcia em cada um desses tópicos, pois, ao falar deles, por meio dessa experiência como ponto de partida, entendendo que ela “é individual e também coletiva, ela é uma história do sujeito, pois o discurso é compartilhado” (Scott, 1999). Afinal, um problema de pesquisa pode surgir a partir da pesquisadora, dessa história de vida particular, mas não é algo intrínseco a ela, a sua produção pode nos atravessar, mas não finaliza

em nós mesmos (Castro & Mayorga, 2018). Por isso, tento costurar a minha história ao debate macro sobre o acesso aos permissivos legais do aborto no Brasil, bem como à assistência prestada a essas mulheres nos serviços de saúde.

Estagiária no SUS de Belo Horizonte

Durante a graduação, sempre alimentei o desejo de tornar-me uma psicóloga que trabalhasse em políticas públicas, não me identificava com a identidade de psicóloga clínica, da atuação em consultório. Naquele momento, estava aprendendo a importância dessas políticas que são intervenções estatais na realidade social, geralmente originadas de um contexto social (Boneti, 2017). Passei por algumas boas experiências em instituições, pesquisa, estágio e extensão no sistema prisional; estágio em instituição de acolhimento; serviço da alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social; e extensionista no Ministério Público atuando com famílias em processo de separação. Todas essas experiências auxiliaram-me no processo de compreender o trabalho da psicologia em espaços institucionais, interdisciplinares. Mas nada havia me preparado para o que eu iria encontrar no SUS – Sistema Único de Saúde –, a nossa maior política pública (Nilo, 2008). O trabalho próximo com outros profissionais, a possibilidade de exercer atendimentos individuais, mas também atividades coletivas, as discussões, a política de saúde mental do município, tudo isso me fez ter certeza de que era ali que gostaria de permanecer.

A inserção no estágio na atenção primária, mostrou-me que existia uma outra forma de produzir saúde, pois o foco era a saúde coletiva, campo interdisciplinar, que se constitui quase como uma “colcha de retalhos”, servindo-se de diversos saberes, de acordo com a necessidade para se explicar e compreender uma realidade de saúde que deseja estudar (Nunes, 2006). Muito diferente daquela que havia aprendido até então nas disciplinas, nas quais predominava um saber médico centrado, hospitalocêntrico, tecnicista e distante do usuário. Durante o estágio no centro de saúde, pude participar de reuniões ampliadas de rede, de comissões locais de saúde, de atividades em grupos, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, acolhimentos em equipe, aproximando-me da interdisciplinaridade como prática e não só teoria. Pude, assim, entender a centralidade da APS – nível de atenção que coordena o cuidado em saúde – que se localiza no território, onde são oferecidos os serviços de prevenção, tratamento e reabilitação, lidando com uma infinidade de demandas em saúde, buscando promover o bem-estar (Starfield, 2002).

Concomitante à experiência do estágio, aconteceu o meu encontro com as discussões dentro da temática do aborto, no âmbito da pesquisa, que se inicia em 2017, quando participei como ouvinte no I ENPAA. Falo no âmbito da pesquisa, pois conhecia mulheres que o haviam realizado, afinal, o aborto permanece sendo um evento comum na vida das mulheres brasileiras (Diniz; Medeiros & Madeiro, 2023). O ENPAA possibilitou-me compreender questões políticas referentes à discussão que ainda eram muito nebulosas para mim, como o entendimento acerca da lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, que regulamenta a interrupção de gestação em casos de risco de vida da gestante e quando a gestação foi resultante de estupro. Além disso, pude perceber os impactos da criminalização na vida das mulheres, pensando que essas reverberações não são resultantes apenas de processos individuais, que independem do contexto histórico e das relações de poder presentes na vida social (Mayorga; Gonçalves & Gonzaga, 2019). Foi a partir da experiência no I ENPAA, que comecei a entender que a psicologia não podia manter-se distante dessa discussão, ela também dizia e diz respeito a nossa profissão.

Da formação na Residência Multiprofissional

Como enunciei logo no início, a prática no SUS durante o estágio fez com que optasse de fato pelo ingresso no Programa de Residência Multiprofissional. Associado a isso, me daria a oportunidade de continuar estudando, ter uma experiência profissional e uma bolsa que me permitiria o sustento próprio. Minha primeira opção foi pela área de concentração em saúde da mulher, ofertada por um hospital de Belo Horizonte. A equipe de saúde da mulher é composta por 02 enfermeiras, 01 psicóloga e 01 fisioterapeuta. O objetivo do programa é desenvolver as competências das profissionais para atuar nos três níveis de atenção, de forma transdisciplinar, tendo como foco todo o ciclo vital da mulher, buscando o equilíbrio entre a ciência, tecnologia e humanização (Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Saúde, 2023). Apesar desta descrição não dizer nada sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos ou especificamente sobre aborto, dentre as referências bibliográficas listadas como básicas para o estudo da prova de seleção, encontrava-se a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (Ministério da Saúde, 2012) e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Ministério da Saúde, 2011).

Todavia, só ao ingressar na residência, descubro que o hospital é referência para atendimento a vítimas de violência sexual e para a interrupção legal de gestação. Na época, o serviço já funcionava há mais de 10 anos de maneira ininterrupta (Fróes, 2010). Ao receber essa

informação, no primeiro dia de atividades, começo a pensar que esse é um cenário de prática que gostaria de estar mais próxima. Tinha o desejo de compreender como era o funcionamento do serviço, entender como se dava o trabalho da psicóloga de referência. De certa forma, pensando em retrospecto, identifico que as discussões de 2017, no ENPAA, fizeram com que esse interesse se mantivesse vivo.

A partir dessa descoberta, começo a pensar no meu TCR – Trabalho de Conclusão de Residência. As orientações eram de que o tema fosse condizente com a área de concentração, no meu caso, saúde da mulher, que deveria ocorrer, preferencialmente, nas dependências do hospital, e que o projeto poderia ser desenvolvido em dupla. Eu e a colega fisioterapeuta Ana Luiza Detomi optamos por realizar juntas o nosso projeto sobre o aborto legal. Não sabíamos ainda se seria um trabalho realizado com as mulheres atendidas ou com a equipe, a certeza era de ter o ambulatório de vítimas de violência sexual como campo de pesquisa. Durante essas conversas com as colegas para a produção do TCR, algo chamava a minha atenção, a grande maioria dos trabalhos desenvolvidos no programa eram dedicados ao ciclo gravídico-puerperal e a relação entre mãe e bebê. Não acredito que este fato trata-se de mera preferência ou afinidade por determinada temática. Afinal, a discussão sobre o aborto no Brasil tem sido marcado pela cólera, por um discurso moralizante, em que são colocadas de maneira acalorada acusações e defesas dos direitos das mulheres em interromper a gestação (Mayorga, 2011).

Após essa descoberta, decido que quero mesmo falar sobre o aborto. Confesso ter sentido raiva e frustração ao saber sobre esse desinteresse. Então estava me especializando em um programa de saúde da mulher que só falava de mulheres grávidas e puérperas? Era uma sensação, um desconforto desagradável, um descontentamento que ainda não conseguia expressar de maneira teórica e precisa, a de que a maternidade molda a subjetividade das mulheres (Gonzaga & Mayorga, 2019a), pois estou falando de um programa constituído por profissionais mulheres, nem todas mães pelo que soube, mas que elegeram esse tema de pesquisa. Mesmo dentro da psicologia, profissão da qual faço parte e, quando comparada com as outras, achava ser, ingenuamente, a mais progressiva, pareceu-me subjugada à ideia de maternidade como sinônimo de realização feminina (Trindade, 2016).

Para iniciar a construção do projeto era necessário conhecer o ambulatório. Como passaria pelo local apenas no segundo ano, foi permitido que eu e Ana Luiza acompanhássemos o funcionamento em um dia do serviço. O ambulatório funcionava sempre às quintas, das 07:00 às 12:00 horas. A equipe é composta por ginecologista, psicóloga, assistente social e pediatra. Conta ainda com o rodízio das respectivas residentes e também das residentes de medicina da saúde da família e comunidade.

O serviço de interrupção só foi inaugurado após 49 anos da lei de 1940, no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya – São Paulo em 1989 (Soares, 2003). Essa implementação não ocorreu sem luta, bem como afirma Leila Linhares Barsted (1992), segundo a qual movimento feminista empenhou-se para garantir que os atendimentos aos casos previstos em lei ocorressem na rede de saúde pública. Hoje, de acordo com o mapa do Aborto Legal, temos 115 serviços registrados no Brasil. Esse levantamento foi feito a partir dos estabelecimentos cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Em Belo Horizonte, temos 04 hospitais de referência para a interrupção prevista em lei (Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2015; Ministério da Saúde, 2023a, 2023). Além do número pouco expressivo desses serviços no Brasil, onde ainda há áreas descobertas, como é o caso de parte da região norte, o que evidencia as barreiras geográficas, ainda existem a dificuldade de acesso à informação sobre o aborto legal e os aspectos morais e culturais sobre o procedimento, tanto de quem busca por sua realização e quanto pelos profissionais que trabalham nos serviços (Jacobs & Boing, 2022a).

Nessa primeira inserção, pude vislumbrar o que se tornaria rotina durante o ano em que atuei como psicóloga residente no ambulatório e bloco obstétrico. As profissionais, todas brancas e de classe média, possuíam pouco ou quase nenhum conhecimento sobre as normas técnicas, documentos importantes para a atuação de todas as profissões, inclusive a psicologia. Novamente, fico incrédula ao identificar que as psicólogas não agiam diferente das demais categorias profissionais. Eram comuns comentários preconceituosos, moralistas e que duvidavam da palavra das mulheres que buscavam acesso ao direito. Esse cenário não diverge de outros serviços especializados em funcionamento no Brasil, como demonstram estudos realizados por Silva et al., (2019) e Moreira et al. (2020). Também era perceptível a diferença no tratamento destinado às usuárias negras e brancas, demonstrando que para as mulheres negras o racismo e seus mecanismos interferem nas práticas de saúde (Góes, 2019).

Finalizado o nosso TCR sobre a atuação dos profissionais em relação às mulheres vítimas de violência sexual que desejam realizar o aborto legal, fomos convidadas a apresentar os dados produzidos na pesquisa para os gestores da maternidade e do ambulatório, dois homens brancos, médicos, na faixa dos 40-50 anos. A intenção era buscar uma melhora dos serviços. Apesar do reconhecimento sobre a necessidade de mudanças, nada de resolutivo foi tirado dessa reunião, nos parabenizam e disseram que outros estudos seriam feitos para pensar no que fazer. Dentre as observações levantadas nesse encontro, estava a necessidade de se contratar outra psicóloga para atuar no ambulatório, pois havia 01 profissional para atender mulheres e crianças. Além disso, também foi apontada a necessidade de se manter o acompanhamento por

mais tempo, pois a percepção era de que nem todas as usuárias desejam falar sobre a questão nas unidades básicas de saúde. Minha constatação era de que aquele serviço não era importante o suficiente, como se não existisse vontade institucional para concretizar as mudanças necessárias. O aborto é uma questão negligenciada, subalternizada; optar por uma interrupção de gestação, mesmo que legal, foge às regras de gênero, a perturba, fazendo com que a mulher seja punida legalmente e/ou moralmente pela soberania do patriarcado (Dias, 2016).

Despedi-me do ambulatório com pesar, não existia nenhuma possibilidade de ser contratada pelo Hospital, era o momento de buscar novos caminhos e meios de subsistência, porém, continuei a me dedicar e a pensar sobre os direitos sexuais e sobre os direitos reprodutivos das mulheres.

Do período como trabalhadora da APS em tempos de COVID-19

Logo após finalizar a residência fui contratada para trabalhar em 02 centros de saúde como psicóloga da equipe de saúde mental. A função era a mesma, mas em territórios e com equipes muito distintas. Contudo, algo as aproximava, o desconhecimento das profissionais do Programa Saúde da Família - PSF e de apoio, acerca dos encaminhamentos para o acesso ao aborto legal. Iniciei o trabalho e três dias depois foi decretado estado de emergência na saúde devido a pandemia do Covid-19. A situação pandêmica trouxe diversas modificações no cotidiano das pessoas, no caso brasileiro, percebeu-se uma amplificação da desigualdade social e das vulnerabilidades que marcam determinados corpos devido a junção das precariedades impostas com a questão sanitária, com a (des)governança que geriu o país no período (Moreira, et. al., 2020). No que tange aos equipamentos de saúde da APS. as equipes PSF, voltaram-se quase que por completo para atender os casos de suspeita de Covid, mas também deveriam manter o acompanhamento das outras condições de saúde. No que tange a saúde das mulheres, havia orientações sobre o acompanhamento de gestantes e puérperas, por meio de atendimento presencial, enquanto as chamadas ações de planejamento sexual e reprodutivo e de prevenção ao câncer de colo uterino e mama, deveriam seguir as recomendações do Ministério da Saúde, que previa o adiamento da programação de uma gestação (Nota Técnica COVID-19 nº 07/2020, 2021). Não havia nada direcionado para o atendimento às vítimas de violência sexual e aborto legal. De acordo com Gonzaga, Gonçalves e Mayorga (2021), a condução do governo Bolsonaro durante a pandemia do coronavírus, foi marcada pelo descaso, adotando uma perspectiva moralizante e punitivista nas pautas sobre os direitos sexuais e reprodutivos,

contrariando recomendações da OMS - Organização Mundial da Saúde sobre esses serviços serem essenciais.

De maneira informal, a Equipe de Apoio de Saúde Mental - ESM foi direcionada a ocupar o espaço de acolhimento, apoio e orientação às pessoas vítimas de violência, em sua maioria mulheres, crianças e adolescentes. A ESM nos dois centros de saúde em que trabalhei não era bem uma equipe, mas sim uma dupla, formada por psicóloga e assistente social. Esses casos eram acompanhados por nós que acionávamos os outros profissionais de acordo com a necessidade de atendimento por parte deles. É a partir desse seguimento que percebo o desconhecimento das/os trabalhadoras/es da APS sobre os direitos das mulheres para a interrupção de gestação nos casos previstos em lei. Não sabiam sobre os permissivos legais e tão pouco sobre os 04 hospitais de referência na cidade, mesmo sendo parte da rede de assistência à saúde do município. Outro agravante, era não saber se os serviços estavam funcionando normalmente, o que incluía a necessidade de fazer longas ligações telefônicas em busca dessa informação, a fim de garantir que a usuária fosse até o local e realmente conseguisse acessá-lo. Segundo reportagem realizada pela equipe da revista *AZmina*, apenas metade dos hospitais que realizavam aborto legal no Brasil continuavam operando com o serviço nos primeiros meses da pandemia (Ferreira & Silva, 2020).

No entanto, apesar desse cenário de desconhecimento na APS, para além das normas técnicas já citadas aqui, existem as orientações previstas nos Cadernos de Atenção Básica - saúde sexual e saúde reprodutiva (Ministério da Saúde, 2013c). O documento aponta que o atendimento e acolhimento às mulheres vítimas de violência sexual, e aborto legal, deve estar comprometido com a igualdade de raça, gênero, etnia, orientação sexual e de geração antecedem a pandemia. Também explicita a obrigatoriedade dos profissionais em informar às vítimas sobre o direito de realizar a interrupção de gestação, em caso de gravidez decorrente da violência, não sendo necessária a apresentação do boletim de ocorrência, (Ministério da Saúde, 2013c). Corroborando com estas normativas, o município de Belo Horizonte possui o Guia de Atendimento à Mulheres Vítimas de Violência (Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2015), nele consta como orientação que o cuidado desta mulher seja realizado pela equipe da saúde da família e pela equipe de apoio (psicólogo, assistente social e ginecologista). Salientando o direito à informação, em caso de gravidez resultante da violência das três opções disponíveis, o aborto legal, a adoção ou o início do pré-natal. E que após os 06 meses de acompanhamento ambulatorial na atenção secundária, a mulher dê seguimento ao acompanhamento na atenção primária à saúde (Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2015).

Com a pandemia chegando ao fim, e após diversas reuniões da rede de atenção psicossocial, onde discutimos sobre violência contra a mulher e, mais timidamente sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, os trabalhadoras/es da saúde mental mobilizaram-se durante votação na Conferência Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte, realizada nos dias 29 e 30 de abril de 2022. Participei da conferência como delegada, no segmento de trabalhadoras/es, conseguimos aprovar o tópico de fomento a políticas, ações e aprimoramento profissional no que tange ao atendimento às mulheres em situação de violência, levando em consideração os determinantes estruturais, para um cuidado em saúde mental na perspectiva antimanicomial. O item encontra-se nas propostas aprovadas no eixo 3: Políticas de saúde mental e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade na esfera estadual.

Da participação no GEPSILA ou sobre descolonizar o pensamento

Todas as inquietações e reflexões colocadas até aqui fizeram com que eu decidisse retornar para a academia após quase 4 anos. Não conseguia nomear, não entendia se era possível fazer uma prática psicológica diferente da que visualizava e manter-me seguindo os preceitos éticos da profissão em concordância com uma formação. No segundo semestre de 2021, me inscrevi para a edição online do grupo de estudos GEPSILA, ofertado pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão – Conexões de Saberes, coordenado pela professora Dr^a. Paula Rita Bacellar Gonzaga e as alunas de graduação Mariane Labarrere e Geovanna Carazza. Ao adentrar, percebi que haviam pessoas pesquisando com densidade a problemática, discutindo a partir de referenciais teóricos que abrangiam a integralidade do cuidado dessas mulheres, levando em consideração a complexidade do tema. Havia espaço para essas discussões na psicologia! Foi um período de grande aprendizado, de conseguir nomear os desconfortos e de refletir sobre a minha atuação como psicóloga, de maneira crítica e situada. Foi o momento de conhecer mais a fundo o feminismo decolonial e o feminismo negro; de entender que o problema não estava apenas na falta de educação continuada aos profissionais de saúde como eu acreditava, mas na nossa formação de base. Isso porque, a psicologia tem, tradicionalmente, se construído a partir de um referencial teórico eurocêntrico, produzido por homens brancos burgueses e europeus. Grosfoguel (2016) denuncia que o conhecimento produzido nas universidades ditas “ocidentais” são epistemicamente racistas e sexistas, as epistemologias originárias do “sul global” são vistas como inferiores, bem como aquelas produzidas por mulheres. Ao analisar o contexto da psicologia brasileira e seus epistemídeos, Santos e Oliveira (2021) apontam que ela sempre se manteve distante dos povos negros e indígenas como

sujeitos históricos, solidificando-se como um saber sem terra, subordinada aos saberes alheios, sobretudo os do norte global. A psicologia brasileira permanece colonizada, negando-se a conhecer o Brasil e produzir uma ciência que responda às nossas problemáticas. Foi a partir dessa desconstrução (ou seria decolonização?), do meu imaginário acerca da profissão, que aconteceu por meio dos estudos no GEPSILA, que pude perceber que a história da psicologia pode ser recontada a partir das teorias produzidas por mulheres; que existiam alternativas à visão eurocêntrica dominante na psicologia. Aprendi com essas mulheres durante um ano, e esse aprendizado permitiu-me construir o meu anteprojeto, para tentar o processo seletivo de mestrado, mesmo enquanto estava gestando a minha filha. Esse projeto foi procrastinado por anos, pois não havia encontrado, até aquele momento, nenhum tema que me mobilizasse de forma a ingressar nessa etapa de formação. Por isso, decidi seguir em frente, mesmo achando que não daria conta de conciliar uma gestação e, posteriormente, o período do puerpério com os trâmites do processo seletivo. Contudo, parecia-me que ou era naquele momento, ou perderia minha oportunidade. As vivências no SUS e a participação no GEPSILA convocaram-me a encontrar um tempo para escrever. Ao ler “Falando em línguas”, de Gloria Anzaldúa (2000), identifico que, mesmo tendo problemas insuperáveis, mesmo com filhos, é preciso achar um tempo para escrever. Não a conhecia naquele período, mas sou grata por tê-la encontrado agora, por traduzir tão precisamente aquele momento de escrita em meio ao trabalho, ao cansaço e contrações de treinamento.

Ao ser aprovada na seleção para o mestrado, sob orientação de Paula Gonzaga, tive a oportunidade de coordenar, junto das alunas de iniciação científica, da primeira edição presencial do GEPSILA após a pandemia. Perceber o interesse de parte das alunas de graduação sobre o tema, encheu-me de alegria, pois percebi que há abertura para discutir essa questão, outrora tão negligenciada pela psicologia. Também integro como subcoordenadora a organização do IV Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre o Aborto – ENPAA. Foram sete meses me encontrando quase que semanalmente com um grupo de mulheres diversas, para pensar a construção desses dois dias de evento. O construir do ENPAA foi pautado na coletividade, no cuidado uma das outras, na parceria, uma forma de produção de espaços de conhecimento que tem se tornado tradição neste encontro. Na tentativa de inclusão das diferenças, seja a partir de mesas que garantiram diversidade racial, étnica e geográfica, passando pelos valores das inscrições e uma abrangente política de isenção, passando pela disponibilidade de hospedagem solidária ao lanche, feito às pressas, após perdas financeiras, levando em consideração as preferências alimentares. Esses têm sido elementos inegociáveis nas construções do ENPAA, desde a sua primeira edição (Oliveira, Silva & Castro; 2019).

O ENPAA mostrou-me na prática que, ao entendermos que o cuidado que exercemos umas às outras não é anormal ou um ato de submissão como o patriarcado quer nos fazer crer, mas uma ferramenta poderosa contra ele, podemos ser uma força, uma rede de espíritos afins, uma família (Lorde, 2019; Anzaldúa, 2001). Uma família forjada pelas semelhanças e diferenças que unem os subalternos. Eu escolho seguir com Gloria Anzaldúa (2000) quando ela diz “que a partir de agora é preciso vomitar de volta na boca do homem branco a auto-recusa e ódio racial que nos fizeram engolir a força, e que não vamos aceitar permanecer na posição de cordeiros ou bodes expiatórios” (p.231). Que essa tenha sido a primeira das minhas muitas outras experiências coletivas de mulheres, que canalizam as suas insatisfações seculares na busca pela legalização e descriminalização do aborto e pelo total controle de nossos corpos. Pois as mulheres do terceiro-mundo já estão em rebelião há muito tempo e não vamos parar enquanto não conquistarmos os nossos direitos.

Estar no GEPSILA e na organização do IV ENPAA permitiu-me descobrir as produções teóricas de mulheres, com as quais tive pouco contato ou até mesmo nenhum, o que é extremamente problemático. Sempre pareceu-me estranho estarmos sujeitados na psicologia há três grandes teóricos homens, e nada mais. Só temos essas fontes de saber? Claro que não! Ler e aprender com bell hooks, Gloria Anzaldúa, Audre Lorde, Angela Davis, Maria Lugones, Lélia Gonzalez, Patrícia Hill Collins, Sueli Carneiro, Isabel Jiménez-Lucena, Paula Gonzaga, Claudia Mayorga, Lisandra Moreira, Erica Dumont-Pena, Letícia Gonçalves, Emanuelle Góes e tantas outras que cito neste trabalho, demonstraram para mim que existem outras leituras possíveis de se fazer acerca da realidade, as quais auxiliam na construção de uma prática psicológica mais engajada e feminista.

Foi a partir dessas leituras que pude compreender como se dá o processo de subjetivação das mulheres em uma sociedade patriarcal, racista e colonizada. Esses marcadores colocam especificidades de extrema relevância ao discutirmos sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, já que interferem, de forma direta e indireta, na compreensão do fenômeno, no acesso ao aborto e no acolhimento prestado nos serviços de saúde, por exemplo. Como entender a violência que nos devora, de tantas maneiras, inclusive psicologicamente, sem entender qual o seu marco civilizatório e como ele se institui no mundo? (Gonzaga, 2019).

Da construção do projeto a partir das leituras decoloniais

O processo de descolonizar o meu pensamento iniciou-se com a descoberta de que gênero e raça são ficções igualmente poderosas (Lugones, 2008), moldadas pelo processo de

colonização. Não foram colonizados só os territórios, mas também as subjetividades. A colonização não acabou, se atualizou, tornou-se colonialidade, nome dado às marcas deixadas nos povos (Nuñez, 2019). Todas as formas de controle do sexo e da subjeitividade existem em conexão com a colonialidade. E a marca dessa organização é ser patriarcal-racista-colonial (Lugones, 2008; Jiménez-Lucena, 2006).

A colonização trouxe a escravidão para os territórios dominados, ao mesmo tempo em que instituiu o racismo e sexismo, tornando as mulheres negras e indígenas mais vulneráveis a importunações e violências sexuais por parte de homens brancos e homens negros. (bell hooks, 2019). De acordo com Angela Davis (2016), a escravidão sustentou-se em uma rotina de abusos sexuais tanto quanto nos açoites e no tronco, sendo essa coerção sexual algo essencial nas relações entre o senhor e a mulher escravizada. Davis (2016) reforça que existia a ideia de direito sobre essas mulheres, afinal os senhores eram os seus “proprietários”.

bell hooks (2019) aponta que os motivos dessa violência direcionada às mulheres durante a escravidão seria fruto de um pensamento cristão ocidental “antimulher”, seria uma combinação entre o racismo e o sexismo dos homens brancos europeus. Ainda segundo bell hooks (2019), o declínio do cristianismo no século XIX, devido à prosperidade econômica dos estadunidenses brancos, fez com que esse grupo se distanciasse da doutrina ortodoxa cristã, o que acarretou em uma mudança na concepção da imagem construída das mulheres. A partir desse momento, as mulheres brancas passam a ser exaltadas como puras, inocentes e virtuosas, tendo de suprimir seus impulsos sexuais para permanecer nos lugares de privilégio social. Ou seja, foram distanciadas da imagem de pecadoras forjadas no pensamento cristão. Enquanto essa transformação se dava, mulheres negras escravizadas sofriam com a constante exploração sexual, além de terem sido imbuídas de estereótipos negativos, rotulando-as de selvagens sexuais, de “jezebel negra” (bell hooks, 2019; Collins, 2019; Lugones, 2008). Lugones (2008) define que as mulheres colonizadas, ganharam o status de inferioridade das mulheres, mas sem herdar os privilégios das brancas. Esse processo se deu em toda a América Latina, mas, aqui no Brasil, tivemos algumas peculiaridades.

Lélia Gonzalez (2020) adverte que o mito da democracia racial, pressuposto de que não existe racismo, pois todos somos brasileiros e por isso temos os mesmos direitos, exerceu uma violência simbólica profundamente mais cruel com as mulheres negras. Pois o endeusamento das mulatas¹ no carnaval, convive com a figura da empregada doméstica (González, 2020). A origem da mulata e da doméstica vem da figura da mucama, escravizada doméstica, forjada na

¹ O termo mulata possui conotação racista, remetendo a ideia da raça negra como objeto.

exploração sexual e laboral do período escravocrata que por vezes também eram vítimas de exploração sexual e recorrentes estupros por parte dos senhores. Para Ângela Figueiredo (2015), a mulata seria o sujeito sexualizado, responsável pela procriação dos mestiços brasileiros, enquanto os homens mulatos eram um símbolo da possibilidade da escalada social dos negros no Brasil, uma forma de provar que o racismo não existia. Para a autora, também foi construída a categoria da mulata como profissão, dançarinas negras excessivamente sexualizadas pelas produções audiovisuais, construindo assim poderosas imagens de controle.

Essas imagens de controle são definidas por Figueiredo (2015) como imagens construídas de si através dos discursos que nos constituem (ou destituem) como sujeitos. Patrícia Hill Collins (2019) denuncia que ao longo dos séculos a sexualidade negra foi concebida como desviante, patológica, dado a essa ideia de apetite sexual desmedido a partir da qual a mulher é a “jezebel negra”. Como Davis (2016) bem indica, a representação do homem negro estuprador, imbuído de impulsos animais, vem sempre acompanhada do simulacro da mulher negra promíscua. Collins (2019) salienta que apenas a partir dessas imagens constituídas sobre a sexualidade das pessoas negras, é que tornou-se possível a concepção da sexualidade dos brancos como normal e, conseqüentemente, essa dicotomia entre a imagem das mulheres negras em contraposição às mulheres brancas de classe média. Estabelece-se assim uma dicotomia entre as sexualidades de colonizador e colonizado, em que o segundo grupo é sempre depreciado, animalizado e desprovido de humanidade.

Quando concepções imagéticas tão poderosas acerca das mulheres permanecem circulando por aí, é possível perceber suas influências acerca de como compreende-se, por exemplo, a violência sexual cometida contra esses corpos distintos. A ideia da mulher negra como sexualmente permissiva e desinibida fez, e faz, com que as violências sexuais cometidas contra elas não gerem a mesma comoção das cometidas contra as mulheres brancas, sendo até mesmo perdoadas, relativizadas, minimizadas e justificadas, tendo como base esses estereótipos (bell hooks, 2019; Collins, 2020). Essa descrença ocorre até nos espaços estatais, como denuncia Angela Davis (2016) ao descrever os casos em que mulheres negras buscaram a polícia para denunciar violências sexuais e acabavam sendo estupradas, pela segunda vez, por agentes de segurança. Ou no Brasil, quando o Anuário de Segurança Pública (2023) aponta para o maior índice de violência sexual contra mulheres negras.

Mas como essas dicotomias tornam-se tão fortes e pulverizadas em nossa sociedade? A socióloga e feminista argentina Maria Lugones (2008) cunha o conceito de sistema moderno-colonial de gênero, após relacionar os estudos das feministas negras estadunidenses, sobretudo o conceito de interseccionalidade, e o conceito de Aníbal Quijano sobre a colonialidade do

poder. Penso que esse conceito de Lugones nos auxilia na compreensão dessa questão. O sistema-moderno colonial de gênero impõe uma lógica binária na qual existe um lado visível/iluminado e um lado escuro/obscuro. O primeiro constrói, de maneira hegemônica, o gênero e as relações de gênero, organizando a vida dos homens e mulheres brancas burguesas, dando forma ao significado colonial/moderno de homem e mulher (Lugones, 2008). O sistema moderno-colonial de gênero, coloca homens e mulheres em oposição, afinal, ser mulher é ser defeituosa e seu oposto é ser macho (Anzaldúa, 2005). Lugones (2008) avança dizendo que mulheres brancas passaram a ser lidas como puras e passivas, logo, foram expulsas da vida pública, pois os seus corpos e mentes foram construídos como fracos. Sendo assim, as mulheres brancas passam a ser confinadas, compulsoriamente, como aponta Segato (2012) no espaço doméstico.

O que também é compulsório nesse violento sistema é a heterossexualidade. Maria Lugones (2008) relata que ela foi imposta durante o processo de colonização, funcionou como ferramenta de conversão de pessoas não brancas em animais e de mulheres brancas em reprodutoras da raça branca e da classe burguesa. O gênero foi entendido como algo do âmbito privado, e o controle de seus usos e recursos como uma questão biológica e não como verdadeiramente é, algo ideológico. Quando não justificados como biológicos, esses discursos dicotômicos e normatizadores da sexualidade são explicados e validados por crenças religiosas, regulações estatais e teorias médicas (Collins, 2020). Todas essas construções discursivas citadas por Patrícia Hill Collins (2019) são produzidas dentro do sistema moderno-colonial de gênero. E, ao impor um processo de silenciamento ao outro, impedindo que ele represente a si mesmo, o discurso dominante afirma sua universalidade, mas apenas o grupo privilegiado pode construir esse discurso, que é confirmado por ele próprio. Trata-se, então, de uma argumentação circular, mas validada pelo sistema (Jiménez-Lucena, 2006).

Já no que diz respeito ao lado oculto/obscuro, Maria Lugones (2008) destaca que foi e continua sendo extremamente violento, reduzindo recorrentemente os homens e mulheres dos territórios colonizados a “anamachos” e “anafêmeas”, limitando-os a animalidade, ao sexo e ao trabalho forçado. O sujeito é despojado de sua agência, de sua capacidade de falar, de decidir sobre o seu corpo e também sobre a sociedade em que vive. A dicotomia colonial traz uma visão distorcida da realidade, colocando sujeitos colonizados e colonizadores em pólos distintos. Estabelecer essa tensão entre a universalidade e a diversidade é necessário para manter a distância simbólica e estrutural entre esses dois lugares, algo imprescindível para a existência desse sistema colonial (Jiménez-Lucena, 2006).

No que tange, especificamente, os direitos sexuais e direitos reprodutivos em relação à colonialidade, cabe destacar a maneira como a questão foi abordada pelo movimento feminista durante a segunda onda. Uma das pautas defendidas por essas feministas foi a “liberação das mulheres”, o direito sobre o próprio corpo. Contudo, esse movimento, hegemonicamente formado por mulheres brancas e de classe média, desconsidera as experiências de mulheres negras, indígenas e latinas. Nesse sentido, Maria Lugones (2008) destaca que as formas de conhecer e teorizar foram sobre uma mulher frágil, sexualmente passiva, confinada ao ambiente interno, deixando de lado suas relações com a raça, ocultando este ponto. O que levou a ideia de todas as mulheres como brancas, generalizando a experiência das mulheres como mulheres brancas (Lugones, 2008). Esse comportamento reverberou nos debates construídos sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos dentro desses movimentos. Como afirma Davis (2016), apesar de ser um tema que, em tese, deveria unir todas as mulheres, as feministas brancas universalizaram as suas experiências, negando-se a conhecer as vivências de mulheres negras indígenas e latinas. Para não cometer o mesmo erro, sigo trazendo mais elementos dessas diferentes histórias.

Sobre isso, Angela Davis (2016) aponta que mulheres negras têm autoinduzido o aborto desde os primeiros dias da escravidão e que junto das mulheres pertencentes a minorias, eram a favor do direito ao aborto o que não significava, necessariamente, que desejavam realizá-lo no momento em que esse direito fosse conquistado, pois muitas de suas lutas não passavam apenas pelo desejo ou não de serem mães, mas também pelo reconhecimento das desigualdades que incidiriam sobre si e sobre sua prole. Em estudo intitulado *A família negra e a questão da reprodução*, Queiroga (1988) demonstra como as mulheres negras escravizadas eram impedidas de exercer a maternidade, seja a partir do assassinato dessas crianças cometido pelos senhores, ou pelas próprias mulheres escravizadas, que viam na prática do infanticídio uma forma de evitar que as crianças vivessem no regime escravagista.

Ainda avanço com Angela Davis (2016) para lembrar que as mulheres brancas não foram receptivas em incluir como pauta, junto da luta pelo aborto, as discussões sobre esterilizações compulsórias que ocorriam nos EUA em mulheres negras, indígenas, latinas e pobres. Aqui no Brasil, o cenário foi semelhante, feministas brancas, de classes sociais privilegiadas e acadêmicas, se calaram diante desse atos violentos e o próprio Movimento Negro alegou que as esterilizações eram uma forma de impedir as mulheres negras de cumprirem sua função política de reprodução (Gonzaga, 2022b). É o movimento de mulheres negras do Brasil que denuncia o caráter eugenista, neomalthusiano, dessa prática realizada pelo

estado brasileiro, apontando que as esterilizações eram na verdade uma violenta tática de controle das taxas de natalidade de mulheres não brancas (Damasco, Maio e Monteiro, 2012).

Coaduno com Angela Davis (2016) em sua afirmação: “O que é urgentemente necessário é uma ampla campanha em defesa de direitos reprodutivos para todas as mulheres – em especial para aquelas que são, com frequência, obrigadas por suas circunstâncias econômicas a abdicar do direito à reprodução em si” (pp. 208-209). Afinal, mulheres brancas com dinheiro sempre conseguiram acesso ao aborto quando precisaram (bell hooks, 2019). Nós não podemos nos acomodar nesse privilégio, falo nós, pois me incluo na categoria de mulher branca e de classe média, afinal, sou percebida socialmente dessa forma no Brasil. A luta pela descriminalização e legalização do aborto deve, sempre, vir acompanhada da garantia ao acesso aos métodos contraceptivos gratuitos e variados e também do direito das mulheres exercerem a maternidade se assim desejarem, apoiadas por políticas públicas de qualidade e de uma sociedade sem espaço para o racismo, sexismo e acúmulo de riquezas por tão poucos.

Cabe salientar que os direitos sexuais e direitos reprodutivos, como integrantes dos direitos humanos, tornam-se questões de extrema relevância para a psicologia, profissão que tem atuado nos espaços de saúde sexual e reprodutiva e que, muitas vezes, pode corroborar com atos de violência contra as mulheres atendidas (Gonzaga, 2022). É chegado o momento de refletirmos sobre o que temos produzido em “relação a escuta e acolhimento, no aspecto determinista que ainda lidamos com temas como maternidade, sexualidade e reprodução” (Gonzaga, 2022, p. 3).

Objetivos desta pesquisa

Objetivo geral: analisar como tem se dado a atuação das psicólogas dos serviços de saúde, da cidade de Belo Horizonte, em relação à interrupção de gestação prevista em lei.

Objetivos específicos:

1. Conhecer o processo formativo das psicólogas da rede de assistência à saúde de Belo Horizonte;
2. Compreender quais os saberes e fazeres das psicólogas que atuam em serviços de saúde sobre o aborto legal;
3. Verificar se e como a prática psicológica reconhece, corrobora e/ou impede a violência institucional contra as mulheres em situações de abortamento legal.

Percurso metodológico

Início este subtópico reafirmando o meu compromisso ético e político em realizar uma pesquisa que esteja alinhada à perspectiva reflexiva construída pelo pensamento feminista, que se encontra interessada nas subjetividades, relacionamentos, ações, nas teorias feministas e em um projeto de ciência que ofereça uma explicação mais rica e mais adequada da realidade (Adrião, 2015; Haraway, 1995). Essa metodologia pretende distanciar-se do modelo de ciência hegemônico, que sofre da ilusão de neutralidade, agarrando-se à ideia de uma “visão de Deus” (Haraway, 1995; Adrião, 2015). As pesquisas sociais tradicionais encontram-se a favor dos homens e de sua suposta neutralidade (Harding, 1987). Os objetivos da pesquisa feminista devem ser outros, mais honestos e mais potentes. Segundo, Donna Haraway (1995): “A objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos ver” (p. 21). Dessa maneira, busco não compactuar com a postura moderna, pautada na colonialidade, de pensar o conhecimento, e da necessidade de resistir à lógica epistemicida (Lino, Castro & Mayorga, 2020).

Para a produção dos dados, optei pela realização das entrevistas narrativas:

As entrevistas são ferramentas comuns nas pesquisas sociais, principalmente se o objetivo for a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem, desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (Selltiz et al. 1967 citado por Gil, 2002, p. 109).

A entrevista narrativa, também entendida como não estruturada, em profundidade, propõe uma interferência mínima do entrevistador, evitando uma pré-estruturação. A ideia é contar e ouvir uma história e que a entrevistada consiga revelar autenticamente suas perspectivas, por meio de sua linguagem espontânea na narração dos acontecimentos (Jovchelovitch & Bauer, 2003).

Além disso, as narrativas apontam para uma valorização, ao contrário de uma essencialização, do saber do outro acerca de si mesmo e do mundo em que se insere, mostrando-se como uma importante aposta para um fazer em pesquisa, que se distancia dos modelos positivistas, buscando entender as diversas interpretações da realidade e não regras generalistas e também permitem que sujeitos marginalizados, sempre definidos pelo colonizador, como é o caso das mulheres, contem as suas próprias histórias (Castro & Mayorga, 2019; Rocha-Coutinho, 2004). A intenção em utilizar essa modalidade de entrevista, alinha-se com essa

perspectiva, pois o objetivo era analisar as concepções das participantes sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, sobre o aborto, entender como esses significados foram constituídos, além de conhecer o processo formativo dessas psicólogas e como esses elementos vão se embrincando, para a prática profissional de cada uma delas nos serviços de saúde em que atuam.

Para iniciar a conversa, utilizei a seguinte pergunta disparadora para todas as participantes: “*Conte sobre um atendimento à mulher vítima de violência sexual, em que você avalia que o acolhimento foi bem-sucedido*”. As narrativas permitiram-me escutar diferentes desfechos para esse questionamento, demonstrando que uma entrevista sem questões “fechadas” leva as pessoas a falarem mais sobre suas vivências, refletindo sobre as suas experiências, permitindo à pesquisadora uma visão mais ampla de como a interlocutora percebe o mundo ao seu redor (Rocha-Coutinho, 2004). Deixei-as falar livremente e, nos momentos de silêncio, busquei retomar alguns tópicos que gostaria de saber mais, tais como formação em psicologia, educação permanente em saúde e percepção pessoal acerca do aborto. Novamente, os caminhos que cada conversa tomava a partir disso, foram singulares.

Também cabe destacar que, ao ouvir as narrativas dessas psicólogas, pude refletir acerca da minha, afinal existia uma proximidade entre as sujeitas participantes e a pesquisadora. Sou psicóloga, trabalhadora da rede SUS/BH, ex-residente, como algumas delas, formada na mesma instituição de ensino em que algumas delas se formaram. Sou branca, mulher cis, heterossexual, mãe, como algumas, e sem religião como a maioria delas. Este é o meu lócus, a minha posição enquanto pesquisadora deste tema, é onde me situo, de onde eu falo (Queiroz & Tonelli, 2023). Posso um lugar semelhante ao delas, e reconhecer essa perspectiva é imprescindível para a realização das análises que virão adiante. Escutá-las, escrever e analisar os seus relatos, também foi um momento para que eu repensasse a minha trajetória até aqui, como já narrei um pouco no início deste trabalho. Em vários momentos, não pude deixar de sorrir junto delas, de indignar-me junto delas, de questionar, junto delas, as políticas do município a que estão submetidas as mulheres, pois compartilhamos esse laço, pois estamos construindo essa rede juntas. Amanhã posso discutir um caso com elas, realizar uma transferência de cuidado, podemos nos encontrar em algum espaço institucional, como já aconteceu, algumas vezes, enquanto eu escrevo este parágrafo.

Para chegar até essas mulheres, utilizei-me da técnica bola de neve, conhecida como uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência (Vinuto, 2014). As informantes iniciais foram amigas, trabalhadoras do SUS/BH, com quem conversei sobre o meu projeto de pesquisa e fizeram-me indicações de psicólogas que eu poderia entrevistar. E também

por contatos que possuía de psicólogas e optei por convidar a participar. O critério de inclusão utilizado foi trabalhar na rede SUS/BH há mais de 06 meses, ser psicóloga mulher cis ou trans. O contato com essas profissionais foi feito, inicialmente, pela plataforma do *Whatsapp*, por meio da qual enviei uma pequena mensagem me apresentando, falando sobre a pesquisa e também sinalizando quem havia me indicado o seu contato pessoal como provável participante. Após esse contato, enviei o e-mail com a carta-convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para que elas conhecessem os objetivos do trabalho formalmente.

As entrevistas aconteceram ao longo dos meses de fevereiro e março de 2024 e foram realizadas de acordo com a disponibilidade e melhor conveniência para as entrevistadas. Algumas delas me receberam em suas casas, consultórios particulares e locais de trabalho, outras em espaços públicos e uma parte eu as recebi na sala do Conexões dos Saberes e no gabinete da professora Paula Gonzaga. Todo o material foi gravado em dispositivo digital e posteriormente transcrito.

Ao todo foram contactadas 16 psicólogas. Sendo que 06 desses contatos não seguiram em frente, 02 devido à falta disponibilidade das profissionais para participar, 01 por não se incluir nos critérios elencados, pois já não trabalhava mais na rede, e 03 não deram seguimento ao primeiro contato realizado, demonstrando, de certa forma, que não havia interesse em prosseguir. Desse modo, finalizei a pesquisa com 10 entrevistas narrativas, que serão analisadas ao longo deste trabalho.

Cheguei às participantes, como dito anteriormente, por meio da indicação das seguintes amigas e colegas de rede, as psicólogas Rafaela Marinho, Julia Foch, Monalisa Alcântara e a enfermeira Bernadete Monteiro, que foram informantes chave para minha inserção no campo. Elas me indicaram, respectivamente, as psicólogas bell e Lélia, Ella e Adrienne, Audre e por último Angela. Eu convidei Isabel e Gloria, pois as conhecia da época da residência. Gloria indicou Maria que indicou Silvia, totalizando 10 entrevistadas. Saliento que todos estes nomes são fictícios, eles foram escolhidos como uma forma de homenagear as autoras que se encontram muito presentes neste projeto, sem os escritos das quais, acredito, ele nem seria possível de existir.

Conhecendo as participantes da pesquisa – minhas colegas de rede e profissão

Devido à utilização da técnica bola de neve, acho importante salientar que a maioria das participantes dessa pesquisa são trabalhadoras de dispositivos da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte, pois foi o lugar onde trabalhei e também onde construí os laços

de amizade que se tornaram informantes-chave nesta pesquisa. Por isso, não tive a oportunidade de conversar com as trabalhadoras de outros equipamentos como os centros de referência em reabilitação – CREAB's, Unidades de Referência Secundárias – URS's e integrantes da equipe NASF/ AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Esta última, compartilha, como local de trabalho, o espaço das Unidades Básicas de Saúde – UBS com outra equipe que possui a psicologia como integrante das Equipes de Saúde Mental – ESM. Enquanto a profissional de psicologia do NASF atua em ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde (Penido et al., 2018), a psicóloga da ESM atende as demandas referentes aos usuários de sofrimento mental grave, descritos como neuroses graves e psicoses (Belo Horizonte, 2023; Penido et al., 2018).

Essa divisão constitui-se em uma peculiaridade do cenário belo-horizontino que acredito não poder me furtar de explicitar neste trabalho, pois é uma realidade que pode resultar em potencialidades, mas também em cisões e desassistências na APS, devido às hesitações para acompanhar determinados casos bem como o excesso de burocracia para o encaminhamento entre as ESF e essas equipes de apoio (Penido et al., 2018; Oliveira, 2021). Estamos falando de uma mesma categoria profissional dividindo a mesma clientela, atuando no mesmo território, apoiando matricialmente as mesmas equipes, mas que, em grande parte dos casos, não se encontram (Oliveira, 2021). Quando trabalhava nos centros de saúde, identificava essa divisão e, diante desse cenário, eu e minhas colegas de NASF buscávamos dialogar e nos encontrar sempre que possível, o que nem sempre conseguíamos devido a questões diversas, como a falta de espaço, o que fazia com que as psicólogas devessem trabalhar em turnos diferentes, por exemplo.

Trago esse parêntese sobre esse aspecto, pois ele influenciou na composição da amostra dessa pesquisa, profissionais da RAPS conhecem profissionais da RAPS, mesmo que trabalhem em outros dispositivos, afinal, temos reuniões em rede que nos aproximam. Além disso, uns trabalham em mais de um equipamento, dividindo-se entre UBS e CERSAM's por exemplo. Mas, curiosamente, não conhecemos quem atua no mesmo espaço, como é o caso das equipes de NASF/AB e ESM.

Início a apresentação das participantes, por este elemento: o local de trabalho. Como é possível perceber, a maioria, 09 psicólogas, é integrante da RAPS, das quais 04 atuam na atenção primária e 05 nos serviços substitutivos (infantil, álcool e drogas e psiquiátrico). Duas delas possuem dois vínculos empregatícios na rede. Duas estão inseridas em serviços especializados para o atendimento a vítimas de violência sexual que optam pela interrupção legal de gestação, o ambulatório VVS e maternidade:

Tabela 1*Serviço de saúde em que trabalha e tempo de atuação*

Psicólogas	Local de trabalho	Tempo de trabalho na política de saúde
Angela	CERSAMI/ Clínica particular	07 anos
Audre	CERSAM - AD/ Clínica particular	09 anos
Adrienne	UBS-ESM/ Clínica particular	09 meses
bell	CERSAM E CERSAM - AD	12 anos
Ella	CERSAM/ Clínica particular	03 anos
Gloria	UBS-ESM e Ambulatório - VVS/ Clínica particular	06 anos
Isabel	Maternidade	18 anos
Lélia	CERSAM - AD/ Clínica particular	11 anos
Maria	UBS-ESM/ Clínica particular	04 anos
Silvia	UBS-ESM/ Clínica particular	01 ano

No que tange a graduação em psicologia, a maioria, 07 entre as 10, formaram-se em instituições privadas de ensino de Belo Horizonte. Enquanto 03 são oriundas de universidades federais, sendo uma delas de uma instituição do Nordeste. Em levantamento realizado pelo CENSO PSI (2022), no qual se identificou uma prevalência da formação em instituições de ensino superior privadas. Em relação ao tempo de formada, 04 delas graduaram-se há mais de 10 anos, enquanto 03 delas possuem mais de 05 anos de formada e outras 03, menos de 05 anos, constituindo-se assim uma amostra variada neste aspecto. Em relação ao tempo de trabalho no Sistema Único de Saúde, o grupo de interlocutoras também se mostrou variado, com 3 delas atuando no serviços há mais de 10 anos, enquanto 3 trabalham há mais de 05 anos e 4 psicólogas, há menos de 05 anos. Destaco aqui que uma delas ainda não havia completado 01 ano.

Também cabe salientar que a maioria delas, 08 das 10 entrevistadas, trabalha na clínica particular, o que corrobora com os dados encontrados no CENSO PSI (2022), que aponta para o início da carreira da maioria das psicólogas ser na psicologia clínica (43,9%). A prevalência no setor privado continua alta ao longo do percurso profissional da psicologia brasileira, com

43% atuando nessa área. Contudo, existem aquelas profissionais que trabalham em mais de um setor, como no caso das interlocutoras desta pesquisa. Esta é uma realidade que também foi destacada no CENSO PSI (2022), em que foi identificado que 21% das psicólogas trabalham na iniciativa privada e na pública concomitantemente.

Outro dado importante levantado durante a pesquisa do CENSO PSI (2022) diz respeito ao campo da saúde se constituir no setor privado, em que se emprega mais psicólogas, sobretudo nos níveis de atenção primário e secundário, o que converge com os dados encontrados neste trabalho. Entrevistei, em sua maioria, trabalhadores da APS e de serviços do nível secundário, dos quais fazem parte os CERSAM's e o ambulatório especializado.

Tabela 2

Instituição de graduação e tempo de formada

Psicólogas	Instituição	Tempo de formada
Angela	UFPB	15 anos
Audre	FEAD	06 anos
Adrienne	UFMG	03 anos
bell	Faculdade Metropolitana de Belo Horizonte	12 anos
Ella	PUC - São Gabriel	04 anos
Gloria	UFMG	07 anos
Isabel	PUC - Coração Eucarístico	29 anos
Lélia	PUC - São Gabriel	16 anos
Maria	PUC - São Gabriel	08 anos
Silvia	PUC - Coração Eucarístico	02 anos

Em relação a características pessoais das interlocutoras, foi apresentado um pequeno questionário no qual elas deveriam responder acerca da idade, raça, religião, estado civil, filhos, identidade de gênero e orientação sexual. Todas as psicólogas participantes possuíam mais de 25 anos, com as idades variando de 27 a 50 anos, sem predominância significativa de uma faixa etária sobre a outra. Sete autodeclararam-se brancas, enquanto apenas 3 declararam-se negras.

No que se refere ao aspecto religioso, houve uma divisão em que cinco delas afirmaram não ter religião e as outras cinco participantes trouxeram respostas singulares como a identificação da “pluri religiosidade” e “espiritualismo”, ou seja, não apontaram para a prevalência de apenas uma religião. Em relação à identidade de gênero, todas se identificam como mulheres cis. Prevaleceu também a heterossexualidade como orientação sexual da maioria, contabilizando 06 respostas, enquanto 03 afirmaram ser bissexuais e apenas 01 delas identifica-se como lésbica. No que se refere ao estado civil, a prevalência foi de solteiras, contabilizando a metade da amostra, seguido de união estável e divorciada. Também prevaleceu o número de psicólogas sem filhos, 08 entre as 10 entrevistadas.

O perfil das entrevistadas vai ao encontro aos achados do CENSO PSI (2022), realizado pelo CFP, no qual se identificou que a categoria profissional continua sendo composta, majoritariamente, por mulheres (79%). Em relação à autoidentificação racial, também prevalece as autodeclaradas brancas (63,9%). No quesito idade, 50% de nossa categoria possui até 39 anos de idade. No que se refere à identidade sexual, também prevalece a heterossexualidade (Conselho Federal de Psicologia, 2022). Já no que tange à religião, o CENSO também apontou para uma diversidade religiosa, como a encontrada neste trabalho, apesar da discreta vantagem das católicas (32,9%) em relação aos outros segmentos, o que não foi visto nesse coletivo.

Tabela 3

Perfil das entrevistadas

Psicólogas	Idade	Raça	Religião	Identidade de gênero	Orientação sexual	Estado civil	Filhos
Angela	43 anos	negra	plurireligiosa	mulher cis	heterossexual	divorciada	sem filhos
Audre	50 anos	negra	wicca	mulher cis	bissexual	casada	02 filhos
Adrienne	27 anos	branca	sem religião	mulher cis	lésbica	solteira	sem filhos
bell	37 anos	negra	sem religião	mulher cis	bissexual	divorciada	sem filhos
Ella	28 anos	branca	sem religião	mulher cis	bissexual	solteira	sem filhos

Gloria	30 anos	branca	cristã	mulher cis	heterossexual	solteira	sem filhos
Isabel	54 anos	branca	espiritualista	mulher cis	heterossexual	união estável	sem filhos
Lélia	41 anos	branca	sem religião	mulher cis	heterossexual	união estável	01 filha
Maria	32 anos	branca	sem religião	mulher cis	heterossexual	solteira	sem filhos
Silvia	28 anos	branca	católica	mulher cis	heterossexual	solteira	sem filhos

Uma observação sobre a análise das narrativas

Ao analisar as narrativas produzidas nas entrevistas, percebo que “sujeito, contexto, história, relações e lugares sociais são processos e movimentos que precisam ser considerados (...) em pesquisas implicadas, explicitamente, com o combate às desigualdades” (Castro & Mayorga, 2018, p.10). Busquei debruçar-me sobre as questões macro que incidiram sobre o processo formativo, nos saberes e fazeres da prática psicológica das participantes, das angústias e também inventividades demonstradas por elas ao refletirem sobre o cuidado exercido para as mulheres em situação de violência sexual que optam pelo aborto legal. Entendo meu lugar como sujeita colonizada, que precisa se (des)colonizar, realizando uma leitura do que foi produzido, nesse sentido, torna-se necessária a construção de um olhar fronteiriço, combinando a distância e a proximidade, mantendo a estranheza (Queiroz & Toneli, 2023). A partir desse treino contínuo, foi possível perceber essa relação dialética entre sujeito e sociedade, o que faz dela complexa e paradoxal, em que a subjetividade não se encontra apenas em um ou em outro, ela se dá nessa interação entre esses dois elementos, ambos construídos em um emaranhado de discursos e práticas localizados (Castro & Mayorga, 2018).

No primeiro capítulo, dedico-me a refletir sobre o processo de formação em psicologia. Para isso, busco compreender, a partir da narrativa das entrevistadas, como nos formamos em psicólogas trabalhadoras de políticas públicas, em especial da saúde. As narrativas apontam para um processo individual e coletivo que perpassa o espaço formal da graduação e ações de educação permanente em serviços de saúde, mas também a apropriação de outros saberes que fogem ao escopo institucional, como o aprendizado junto de movimentos sociais, principalmente, o movimento feminista, e as provocações da própria prática, as quais fizeram

com que as psicólogas buscassem outras teorias e ferramentas que não necessariamente aquelas aprendidas na graduação.

Já no segundo capítulo, teço reflexões acerca do sofrimento produzido pelo contexto de criminalização e ilegalidade do aborto. No processo de cuidado às mulheres sobreviventes de violência sexual, esse sofrimento é experienciado pelas profissionais, por entenderem que não podem ofertar tudo o que essas mulheres necessitam para um real cuidado em saúde mental na situação de clandestinidade do aborto no Brasil. Ademais, ainda nesse capítulo, discorro sobre o sofrimento das próprias usuárias presenciados por essas trabalhadoras que, ora se identificam com a situação vivenciada por elas, ora trazem falas de suspeição em relação aos relatos.

Por fim, no terceiro capítulo, discuto sobre a produção de cuidado exercida pela psicologia a essas mulheres. O que temos feito? Como temos feito? E o que poderíamos fazer para melhorar essa oferta? Existe alguma teoria e/ou ferramenta metodológica que poderia nos auxiliar em uma prática que contemple a complexidade do acolhimento a sobreviventes de violência sexual? A aposta deste trabalho é pensar a teoria da psicologia social feminista alinhada ao pensamento do feminismo negro e decolonial, utilizando-se da interseccionalidade, como subsídios que podem auxiliar na prática psicológica com essas mulheres e, de forma geral, nas políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva.

Capítulo 1 - Do processo formativo – *“Porque eu acho que a formação não forma a gente não”*.

“O homem corrompe tudo, Shug fala. Ele tá na sua comida, na sua cabeça, e o tempo todo no rádio. Ele tenta fazer você pensar que ele tá em todo lugar. E quando você pensa que ele tá em todo lugar, você começa a pensar que ele é Deus. Mas ele não é”. Alice Walker – A Cor Púrpura

Como nos tornamos psicólogas do SUS? Ao retomar a minha experiência, acredito que o ponto de virada tenha sido a residência multiprofissional, a graduação auxiliou-me mas não como deveria. Afinal, a nossa formação ainda é voltada para o modelo de uma prática clínica privatista (Dimenstein, 1998; Paiva & Yamamoto, 2010; Gesser, 2013; Silva, 2022), não acompanhando a tendência de trabalho que se apresenta a psicologia brasileira, que têm ocupado cada vez mais espaço nas políticas públicas, principalmente as da saúde (Conselho Federal de Psicologia, 2019; 2022). Este cenário aponta para um descompasso entre o que aprendemos e o que iremos precisar para exercer a nossa prática profissional, indo de encontro aos levantamento feito pelo CENSO PSI (2022), onde as psicólogas falam em uma defasagem na formação, não tornando-as aptas para trabalhar nos locais onde é ofertado o emprego.

Neste capítulo pretendo discutir sobre o percurso formativo das psicólogas entrevistadas para o trabalho em políticas públicas, bem como para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual e o contexto do abortamento. Para isso, irei me debruçar sobre a educação formal das graduações em psicologia no Brasil. Também irei perpassar pelas ações de educação pertinente e educação continuada em saúde, que deveriam ser ofertadas no serviço público de saúde. Para além dessa formação, digamos “objetiva”, surgiram, ao longo da pesquisa, dois campos de aprendizado, que acredito serem de extrema relevância: o saber adquirido junto de movimentos sociais, sobretudo o de mulheres, e experiências de foro particular que marcaram a construção da identidade profissional dessas mulheres, bem como a aprendizagem adquirida ao longo da própria prática profissional.

1.1 A educação formal, graduar-se em psicologia no Brasil – “A nossa formação ainda é muito voltada para a coisa do particular, do individual”

A psicologia ensinada no Brasil segue o modelo eurocêntrico, norte-centrado, dos homens brancos postulado pelas universidades, modelo este que tem se comprometido com o projeto de suprimir os saberes produzidos no sul global, por pessoas negras, indígenas e por

mulheres, o que Grosfoguel (2016) diz consistir em uma articulação indissolúvel entre genocídio e epistemicídio que produz e sustenta o racismo epistemológico.

Quando penso especificamente na psicologia, após um processo contínuo de descolonização subjetiva, parece-me bizarro como foram eleitos meia dúzia de teóricos homens para basearmos a nossa prática psi. Homens que se dedicaram em construir teorias sobre os corpos e mentes femininas, nos inferiorizando, pensando a nossa subjetividade a partir de um útero amedrontador (Gonzaga, 2019). E essa psicologia autoproclama-se “neutra”, como se essa fosse uma característica positiva, um selo de qualidade para a prática, esquecendo-se, completamente, de que o sujeito existe a partir de uma construção coletiva e histórica (Nuñez, 2019). No caso brasileiro, o sujeito é cunhado na colonialidade. Ele nasce no emaranhado das poderosas ficções de gênero e raça, submetido ao binarismo perverso do lado claro e do lado obscuro do sistema de gênero moderno colonial (Lugones, 2008). Quando a psicologia brasileira se nega a encarar a realidade em que estamos inseridos, mantendo-se submetida a saberes alheios, ela se torna inapta para cuidar de seu próprio povo (Santos & Oliveira, 2021).

A psicologia brasileira distancia-se do seu povo, do entendimento de sua história, ao mesmo tempo em que é convocada a atuar nas políticas públicas do país. O Sistema Único de Saúde – SUS, é um dos maiores empregadores de psicólogos do Brasil (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Criado a partir de intensa movimentação popular, durante o período de redemocratização do Brasil (Nilo et al., 2008), foi devidamente institucionalizado a partir da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080, 1990).

Apesar de se tratar de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo (Agência Câmara de Notícias, 2024), estudar o SUS nas graduações de psicologia ainda é fruto de iniciativas isoladas de docentes que ofertam ações de ensino, pesquisa, extensão e estágios curriculares em cursos ao longo do país (Lima, Brito & Firmino, 2011; Oliveira, 2020). Durante a minha graduação, eram oferecidas como optativas as disciplinas “Práticas Clínicas e Humanização do SUS” e “Psicologia e Saúde Coletiva”, ou seja, não faziam parte do conteúdo obrigatório. Na época, isso já me causava certo desconforto, havia disciplinas obrigatórias, sobre uma mesma teoria psicológica, por dois semestres seguidos, mas não havia nada de conteúdo obrigatório sobre políticas públicas. Esse desconforto é reiterado pelas interlocutoras dessa pesquisa :

“(...) Começou a me irritar muito, assim, que não tinha, num, num..., tipo assim, tinha, e, é, eu acho muito boa a qualidade, eu gostei muito de fazer as aulas da Cláudia e tal, **mas que o fato de não ser obrigatório** me deixava emputecida, assim, desculpa a palavra, mas que, tipo, não faz sentido, sabe? Porque é isso mesmo quando a gente está na clínica particular, **a gente tem que saber como o SUS funciona, enquanto psicólogo**. Sabe? Isso para mim é uma coisa que, bom, pela minha trajetória é meio óbvio assim, né, mas porque é isso. (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde).

“(...) A gente tinha uma disciplina de políticas públicas que discutia um pouco do que era cada política. Foi uma disciplina muito bem lecionada, assim, mas só um semestre que a gente teve. Algumas de psicanálise, algumas de outras teorias, mas nada voltado pra isso, por exemplo, pra essas interseccionalidades, por exemplo, da mulher, saúde da mulher, nada disso, né. Hoje eu imagino que tenha algo mais direcionado, né, a essa questão de gênero, violências de gênero, etc. Imagino que sim, mas na minha época não, muito pouco.” (Lélia, 41 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental álcool e drogas)

“Olha, hoje eu vejo ainda, né? Apesar de que eu já estou aí com 12 anos de formada, eu não vejo tanta diferença nos currículos, né, de formação. Eu acho que a gente ainda forma profissionais para um atendimento individual, de um grupo de pessoas, né, assim... **A psicologia ainda está muito ligada a uma certa elite da nossa sociedade**. Quando a gente está em campo ainda, na saúde mental, na saúde pública, é visto como para pessoas loucas, né. Eu acho que a nossa formação não propicia ainda que a gente tenha dimensão da nossa importância dentro dessa sociedade. Eu acho que para trabalhar os fenômenos atuais a gente precisa saber dessa história, dessa construção da psicologia, precisa conhecer as teorias, mas para aplicá-las a gente deveria ter, eu **acho que, uma formação mais voltada para as reais necessidades da nossa população**. Eu só tenho, por exemplo, essa dimensão, porque depois da minha graduação, eu já comecei a trabalhar na prefeitura e eu fiz a residência integrada em saúde mental. Então, a minha formação, ela foi complementada toda no SUS. Então, eu vejo que isso é um diferencial. Se eu tivesse ido pelo caminho, é, convencional, eu estaria num consultório particular, talvez, eu não teria tido hoje a visão que eu tenho, porque essa minha formação ela foi... se eu pegar essa minha formação da faculdade, assim, eu não teria essa perspectiva, eu só fui ter a partir do momento em que eu estava inserida nos serviços do SUS. E tendo aí buscado formações complementares que me fizeram refletir sobre isso, assim, né. Eu acho que o campo, por exemplo, de álcool e drogas é um campo que nos convoca pensar muito, né, na questão da nossa formação, assim, se eu ficar restrita, há algumas teorias de que eu trato a questão da droga pelo viés da abstinência, eu trato esse planejamento familiar e a saúde dessa mulher apenas pelo viés biológico, né, e que o psicológico, ele vai ser aquele processo mais longo e mais demorado, eu não vou estar atendendo as necessidades sabe. Então eu acho que a gente ainda tem um déficit grande da nossa formação para atuar em determinados espaços... assim... **Eu acho que a nossa formação ainda é muito voltada para a coisa do particular, do individual e não para as políticas públicas para, inclusive, questionar e transformar essas políticas públicas, sabe?**” (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso)”

Em 2005 o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, a partir de uma portaria interministerial, lança o Pró-Saúde, na intenção de aproximar as formações das profissionais da saúde da realidade dos serviços, a partir da compreensão de que esse distanciamento, é um dos principais fatores para a crise no setor da saúde (Ministério da Saúde, 2007). O objetivo do programa é reorientar as formações dos profissionais da saúde, visando diminuir o excesso de especialismo, buscando uma abordagem integral dos processos de saúde e doença, aproximando esses futuros trabalhadores da realidade encontrada nos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2007). No entanto, essas orientações ainda permanecem distantes da formação em psicologia, ciência que possui um caráter multidisciplinar desde sua concepção, transitando entre as epistemes biológicas e humanas (Silva, 2022). Porém, parece ter se fixado na identidade do profissional liberal em seu consultório particular na sua vertente clínica, privatista e individualista, no qual se utiliza do atendimento individual, aplicação de testes, psicodiagnósticos, dando maior ênfase aos processos intra-subjetivos, psicopatológicos (Dimenstein, 1998; Silva, 2022; Gomes, 2023; Lima, 2005), tornando-se assim um “especialista” dos processos psíquicos internos.

Mais recentemente, foi promulgada a nova diretriz curricular instituída pelo Ministério da Educação – MEC, em 11 de outubro de 2023, que deve atentar para uma formação em psicologia que contemple uma compreensão crítica da realidade brasileira, sobre os fenômenos históricos, sociais, culturais e econômicos, levando em consideração a sua inserção na América Latina. Além do dever de reconhecer a importância das políticas públicas. Entretanto, apesar de essas diretrizes apontarem para um horizonte mais progressista e condizente com a realidade brasileira, elas não são suficientes. A escolha do conteúdo ministrado e a condução das aulas pelo docente podem somar forças a essa regulamentação ou ir contra ela, já que a construção dessas diretrizes está inserida em um campo de forças, em disputas pelo poder (Silva, 2022). Essas disputas pelo poder levam a um currículo que beneficia determinadas linhas teóricas em detrimento de outras, como sinalizam Adrienne e Lélia, tornando necessário cada um “correr atrás” daquilo que precisa para melhorar a sua formação. Essa concepção aponta para a formação individualista da psicologia, não só em seu conteúdo pragmático, mas na maneira como constrói a identidade dessas profissionais, que tomam para si a responsabilidade de buscar por conteúdos que possam favorecer a prática profissional, ainda que não tenham nenhum direcionamento em como vão fazer isso, como evidencia o relato da entrevistada Angela:

“(...) Eu vou lhe dizer que tudo que eu, por exemplo, você vai na formação de psicologia, né, que é mil linhas, mil abordagens, mil lugares, e a gente fica, sei lá, cinco anos na faculdade, e a gente, se bobear, **a gente sai sem saber o que é que eu tô**

fazendo aqui, né. Eu sempre entrei em muitas coisas, sou muito curiosa e entrona. E aí eu lembro que eu entrei num projeto de extensão. E era o terceiro período e eu fiquei até o final, voluntária, **porque lá no Nordeste a gente não ganha bolsa pra nada, não é igual aqui que tu tem bolsa,** é voluntária de tudo, assim. Então eu sempre busquei coisas fora, sabe, projetos de extensão, de pesquisa, grupo de estudo, porque quando uma coisa me interessava, aí a gente passa pincelando, assim, né, por várias coisas. Quando uma coisa me interessava, aí eu que ia atrás pra me aprofundar, sabe. **Porque eu acho que a formação, não forma a gente não.** Eu tive muitos colegas que saíam assim “agora eu vou fazer o quê?” Sabe? Ainda bem que eu me encontrei em algum momento, né, terceiro período já entrei num projeto de extensão da saúde mental. Mas tem gente que sai assim: “o que eu vou fazer?” (Angela, 43 anos, negra, pluri-religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

Acredito que muitos dirão que esse não é um problema, e que cada graduanda deveria mesmo fazer o seu “correr”, favorecendo, assim, o processo de construção de autonomia profissional. Contudo, não se trata apenas de ir atrás daquilo que acreditamos ser necessário para melhorar a prática, trata-se de um projeto, como afirma Grosfoguel (2016), de formação de nível superior que visa a Uni-versidade, no qual alguns homens brancos do norte sentenciam qual conhecimento é válido em detrimento de diversos outros. A psicologia tem se mantido alinhada a essa concepção de que há uma clara definição em relação a quem produz e detém o conhecimento e quem são os objetos de análise desse saber (Gonzaga, 2022). Apesar de diretrizes curriculares bem escritas, a colonialidade mantém seus interesses em não abrir espaço para falar das violências perpetradas pelo racismo e pelo sexismo. Essas temáticas são delegadas ao que as psicólogas que atuam em cidades de pequeno porte, entrevistadas na pesquisa de Natanna Gomes (2023), reconheceram como “currículo oculto”. Esse currículo seria formado pelas disciplinas de gênero e raça que permanecem periféricas na grade curricular. Pode-se incluir nesse currículo, as disciplinas sobre políticas públicas, sobre a construção delas, como aponta Bell em seu relato. Esses espaços podem oferecer instrumentos de intervenção e manejo psicológico que considerassem as feridas coloniais a partir de uma construção coletiva, revelando como as ficções coloniais incidem sobre a saúde física e saúde mental (Nuñez, 2019; Gonzaga, 2022). Apesar dessas possibilidades ético-políticas e dessas iniciativas normativas sobre a formação, parece perdurar um modelo de seguir “empurrando” graduandas para uma atuação específica, sendo “levadas pela maré” como afirma Angela.

Essa formação insuficiente reverbera na prática psicológica realizada no âmbito das políticas públicas. Estudos demonstram o despreparo da categoria para lidar com o trabalho comunitário, além do desconhecimento sobre as questões étnico-raciais e violências contra a

mulher (Paiva & Yamamoto, 2010; Ferreira, 2020; Silva, 2022). Algumas das psicólogas entrevistadas nesta pesquisa trouxeram importantes reflexões acerca dessa questão:

“Tipo, acho que às vezes a gente fica nessa coisa tipo **“ah, é postura do analista, é postura de não sei o que” e a gente esquece às vezes que a gente está atendendo uma pessoa que ela é um sujeito de direitos né**, e que é tipo assim – claro, tem um cálculo clínico, mais ou menos e tal –, mas que às vezes é importante você direcionar a pessoa para uma rede de saúde assim, que vai cuidar dela, para uma rede de Defensoria Pública, de eu não sei o quê Tipo assim... é importante ela saber que existe, assim, né? Como ela vai se sair, se ela vai só, vai, é outra questão, assim, mas, tipo, e **a gente não tem como fazer isso, é, se a gente não souber minimamente, né, como funciona**, quais que são os serviços dos SUS, quais são os serviços da assistência social, quais que são os serviços da justiça, porque isso, né, é uma violência sexual, é uma violência psicológica, é uma violência do corpo biológico, é um crime.” (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

“(...) Então, é... eu avalio que se a gente não reformular, talvez, algo desse currículo da nossa graduação, não inserirmos espaços de estágios e ampliar essas ofertas de formação posterior, seja através das residências que eu acho que são espaços formadores interessantíssimos, **porque a gente lida também com outras categorias profissionais, a gente vai ter profissionais atuando nas políticas públicas, mas que não tem o conhecimento do que é que é essa política pública, o que que aquilo representa na vida das pessoas, não saberemos atender as necessidades reais dessa população, assim**”.(bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

As pessoas são sujeitos de direitos e se não reconhecermos as suas reais necessidades não há como oferecermos um atendimento que realmente seja efetivo. Trabalhar em políticas públicas requer uma prática que não se baseie apenas em perspectivas individualistas, focadas unicamente nos processos subjetivos, corroborando com a lógica dualista de mente *versus* corpo, sujeito *versus* sociedade, rompendo com a lógica assistencialista, promovendo os direitos humanos (Nuñez, 2019; Gesser, 2013).

(...) a psicologia **não existe, né? Eu acho que existem tantas, tantas psicologias, né, tantas formas de se entender o que é psicologia, tantas leituras diferentes de mundo dentro da nossa categoria profissional**, dentro das nossas inúmeras formações, né? É... eu acho que isso pode ser muito construído a partir da formação de cada profissional, enfim, e que talvez isso diga muito mais da formação que eu tente construir, né, dentro do meu entendimento de mundo, do meu entendimento de sujeito, de sociedade, enfim. É... porque a psicologia também, ela tem muita capacidade de ter esse mesmo olhar, é... objetificador, assim, né, de objeto, sobre esse sujeito que está ali diante de nós no serviço de saúde, enfim, numa instituição. **Então, eu acho que a psicologia serve para infinitas funções, ela também pode ter essa função objetificadora, essa função**

desumanizante, essa função de tirar o sujeito e estar ali só um objeto para a ciência, né, um objeto com uma função científica ali, mas que ele não tem esse corpo psicossocial, esse corpo político, esse corpo dotado de toda essa complexidade econômica, social, política, racial que eu estava mencionando antes, né? **Então, a psicologia, ela também pode exercer um papel muito opressor...** (Ella, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso).

Penso que não só as psicólogas trabalhadoras de serviços públicos devem manter uma formação voltada para a promoção dos direitos humanos, afinal, esse é o compromisso da psicologia, como encontra-se registrado no Código de Ética (2005):

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural. (Resolução nº 010/2005 CFP,p.7).

Onde existe opressão e sofrimento, a psicologia deve estar (Gonçalves & Sposito, 2019). Em sua pesquisa, Ferreira (2020) identifica a pouca relevância dada na graduação para o racismo e seus efeitos na produção de sofrimento mental e também como as psicólogas acreditam na importância de se combater a discriminação racial, o que vai de encontro ao segundo princípio do Código de Ética (2005) citado aqui. É sobre distanciar a psicologia da “função objetificadora”, “função desumanizante”, denunciada por Ella, a psicologia que não deseja falar sobre racismo como se isso não dissesse respeito ao nosso trabalho (Ferreira, 2020). Esses são exemplos de como a profissão pode se enveredar por caminhos que visem muito mais a opressão, e porque não, a atualização do processo de colonialidade do que com o seu rompimento.

Quando Adrienne fala sobre a necessidade de conhecermos os fluxos para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, estamos falando sobre promoção de saúde, sobre promover os direitos, visto que os direitos sexuais e direitos reprodutivos estão incluídos nos direitos humanos (Gonzaga, 2022). Quando questiono as interlocutoras sobre terem tido contato com discussões referentes, especificamente, à violência sexual e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, a lacuna torna-se ainda maior:

“Com certeza não é suficiente. Assim... Eu acho que a gente tem que..., **no meu caso, eu fui correr atrás, né, fui estudar**, fui estudar com quem atende criança, por exemplo, eu nunca tinha atendido criança. Nunca tinha atendido casos de violência sexual, né, então, assim, eu fui estudar essas coisas e, tipo, no meu caso, sou orientada pela psicanálise. Então, estudava psicanálise pensando nesse contexto, **né, mas não acho que só a formação em psicologia, ela te deixa apto, né**, mas você tem que procurar a sua maneira também, né, assim, de também acho que isso em qualquer lugar que a gente for trabalhar, né.” (Maria, 32 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

“Olha, a respeito do aborto legal em si, **esse foi um tema que eu não me deparei na minha graduação**. O que eu acho que, de forma direta, não me deparei, mas a graduação é uma formação muito generalista, assim, né? **Então, acho que depende também muito do interesse do aluno que está em formação e sim de procurar espaços complementares, assim, do que faz sentido para ele, do que ele se interessa**. Eu acho que tem muitos espaços de formação complementares, de eventos, de discussões, enfim. É que essa pessoa pode se (balbucia) formar também, sabe? É... seja em instituições de ensino, enfim, conselho, próprios movimentos sociais que oferecem muito espaço de discussão também, porque eu acho que graduação e faculdade ela também não vai dar conta de oferecer tudo, né. **Eu acho que vai caber a cada um também fazer o seu corre, de se formar também. né**, mas na graduação em si, eu não tive acesso a essa discussão.” (Ella, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso).

“Hmm..., acho que não, especificamente não. (...) **Muita louco, né? Mas... Sobre o..., acho que assim, talvez numas matérias, assim, mais sobre clínica, sobre teoria, a gente fala dessa questão do trauma, tal, eu acho que muito disso é útil nesse atendimento, assim, né**. Mas, por exemplo, quando eu, aí é, isso, eu me formei, é, em 2020 /2 na pandemia, que também foi uma coisa que afeta, assim, né? (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

Não é como se a psicologia não teorizasse sobre questões referentes à vida sexual e vida reprodutiva das mulheres, é muito mais sobre a partir de quais perspectivas ela tem priorizado teorizar. Ela tem se dedicado a discutir sobre a maternidade, sobre a relação estabelecida entre mãe e bebê, em construir articulações sobre o ciclo reprodutivo das mulheres e supostos transtornos mentais, reforçando a instituição da maternidade como algo natural à vida das mulheres, associando-a à feminilidade (Trindade, 2016, Medrado & Lima, 2020; Gonzaga & Mayorga, 2019; Gonzaga & Aras, 2016). Enquanto isso, discussões sobre a violência sexual, o aborto, as esterilizações, os métodos contraceptivos e as violências obstétricas permanecem relegadas e precisam ser trazidas para o holofote (Gonzaga, 2019). Consoante a Silva (2022), não podemos esquecer que a psicologia mantém lugar privilegiado dentre as áreas de saber que lidam com a violência, com o sofrimento, além de supostamente dispor de aparato técnico para acompanhar as mulheres vítimas de violência no processo

subjetivo de ressignificar a situação. No entanto, as interlocutoras apontam as falhas em sua formação para ocuparem esse lugar “tendo que correr atrás” para aprimorar a sua prática e atuar em serviços de saúde sexual e reprodutiva que já incluíram a categoria para atuar nas equipes dos serviços especializados a vítimas de violência sexual, incluindo os que realizam o aborto legal (Ministério da Saúde, 2012; 2011).

Para finalizar este subtópico, penso que as reflexões das entrevistadas também demonstram que nem só de conhecimentos engessados vivem as universidades, também há resistência nos espaços acadêmicos. O Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão – Conexões dos Saberes, ambientado no departamento de psicologia da UFMG, pode ser entendido como um grupo de resistência e de construção de novos saberes, de enfrentamento à colonialidade, acolhendo pesquisas e projetos de extensão que visem essa proximidade com “as reais necessidades da população” conforme explicitada por bell na entrevista. O Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre Aborto – ENPAA, organizado pelo Gepsila se constituiu no âmbito desse Núcleo. Além disso, é necessário destacar a constituição do Lagir – Laboratório de Grupos Instituições e Redes e sua relevância para aproximar a formação em psicologia da UFMG das práticas no SUS.

(...) É, e aí eu me formei, e aí eu fui para a residência, né, do, sei lá, descobri que existia a residência, tive uma experiência do... de estágio no SUS, com a Cláudia Penido, **que foi uma coisa que me mobilizou muito, assim, e me deu vontade de continuar no SUS.** Assim... aí eu descobri que existia o programa de residência, prestei pra atenção primária, eu fiz o estágio na atenção primária, e passei, aí na residência, é... a gente tinha algumas aulas, né, com o pessoal das outras, das outras, é... dos outros programas, da saúde do idoso, urgência e emergência e tal, e tem a saúde da mulher, né?”

(...) Acho que tinha pessoal que estudava e teve um ano que teve... já teve outras vezes, mas um ano que eu fui foi em 2017. Aí eu vou falar um nome errado, talvez, né, **mas o Encontro de Pesquisa e Ativismo sobre Aborto**, não sei se é encontro, seminário, enfim, né. Aí eu fui, é... e foi uma experiência muito legal assim também, né? Eu acho que foi falado sobre essa questão desse acolhimento à violência, é... era um assunto assim aqui eu achava muito interessante, assim, e eu lembro de uma fala de uma... é... acho que ela era uma médica da UFU, do tipo hospital das clínicas, assim, da UFU. Sei lá, posso estar errando muito assim. Mas era uma fala que ela fez assim no momento informal, assim, ela tava na plateia e ela... né... fez uma intervenção, enfim, comentando a mesa e tal. E ela falou sobre, tipo assim, ou, eu sou médica, num centro, num centro de atenção à saúde da mulher, não sei, ou, tô feia aqui, não tô lembrando os nomes (risos) bonitinhos dos lugares. “(...) então acho que esse encontro atravessou, assim, né, chamou atenção pra isso, né, como é que as mulheres são cuidadas nisso, né, porque tem o que está escrito, o que é a lei, e o que é o SUS, sei lá. E tem o que acontece, tem um espaço grande, assim. **E não sei, eu, é, na minha trajetória, assim, na graduação, eu fui atrás de..., né, não tem nenhuma matéria obrigatória sobre o SUS, né (risos).** Tem só optativas, não sei como era na sua

época. (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

Confesso que fui tomada por uma sensação de acalento e felicidade ao ouvir Adrienne falar sobre a importância do ENPAA para compreender mais sobre o fenômeno do abortamento. Ela fala da primeira edição que eu também participei como ouvinte. O ENPAA é um evento feminista, construído por um coletivo de mulheres diversas, cujos pressupostos é manter-se interdisciplinar, plural, buscando manter a diversidade ética e regional no corpo de convidadas, por entender que a ciência brasileira não se concentra apenas no sul, todos esses são elementos inegociáveis para a formulação de suas edições (Oliveira, Silva & Castro; 2019). Falar sobre abortamento em um curso de psicologia ainda é uma exceção e, de acordo com Gonzaga (2019), urge a necessidade de trazeremos o tema para dentro da psicologia, bem como outras questões que perpassam a vida sexual e reprodutiva das mulheres, como as esterilizações, as violências obstétricas, os métodos de contracepção. Fazer parte da produção do IV ENPAA é sentir que estou fazendo parte de um projeto transformador; ouvir Adrienne foi mais uma confirmação disso. Espaços assim, se constroem em consonância com um projeto de descolonização das universidades que segue em curso, focado em uma pluri-versidade colonial (Grosfoguel, 2016). Nesse sentido, destacamos que para além do espaço da Universidade Federal de Minas Gerais, em outros espaços formativos, encontros transformadores foram vivenciados e reconhecidos pelas interlocutoras dessa pesquisa:

A minha formação, eu tive o prazer, a honra, o privilégio de ter excelentes professores nessa... né, Cláudia Natividade, por exemplo, você deve conhecer, né. Ela foi um despertar, assim, de horizontes. E eu lembro, eu era uma das mais velhas na minha turma, das mulheres, eu era a mais velha. E vivendo com um grupo de colegas, com quase metade da minha idade. Várias vezes eu ouvi, “Audre, você tem a idade da minha mãe!”. Então, muitas vezes eu conseguia ver, assim, o impacto que as palavras, por exemplo, da Cláudia, causavam nessas meninas mais novas, né. **Exatamente por ir de encontro a tudo que elas tinham vivido até. Tinha muitas meninas evangélicas, né. Tivemos, assim, não na aula da Cláudia, mas de sociologia, uma vez, duas experiências, muito traumáticas com colegas que confrontaram os professores, mesmo, de levantar, bater a mão, na mesa, uma levou a Bíblia pra poder justificar o argumento dela. Só que quando hoje, eventualmente, eu as vejo nas redes sociais, eu tenho a impressão que elas conseguiram absorver o conhecimento e fazer essa separação, né.** (Audre, 50 anos, preta, wicca, bissexual, trabalhadora do centro de referência álcool e drogas, grifo nosso).

Eu acho que isso vem desde a minha graduação. Eu acho que eu tive um privilégio, assim, de **ter uma formação durante a minha graduação, é... muito voltado, assim, para uma psicologia social crítica.** Assim, eu acho que isso tem muito a ver com a minha faculdade, do campus que eu estudei, dos professores

que eu tive oportunidade de conhecer, construir vínculos e também com autores que eu fui me aproximando, com projetos que eu fui me envolvendo ao longo da minha graduação e com meus próprios interesses, acadêmicos, políticos, filosóficos, eu acho que isso tudo foi, é... convergindo numa mesma direção, assim. É... e também das escolhas profissionais e intelectuais que eu fui fazendo ao longo da vida, eu acho que desde o começo eu fui tomando essa direção, é... e eu não consigo pensar a psicologia e a minha vida acadêmica ou profissional e pessoal de outra forma. Então, eu vejo que a minha vida profissional e pessoal convergem na mesma forma, a minha maneira de entender a minha profissão e a minha maneira de ver o mundo convergem na mesma direção, né, nesse sentido de **entender o mundo, nesse viés muito político, muito social**, assim, nesse sentido, como eu posso dizer... de maneira mais resumida, **mas um viés de uma luta de classe mesmo, muito atravessado pela política, pelo atravessamento econômico, social, de raça, de gênero de classe**, enfim. Eu acho que é isso que atravessa todas as nossas relações e que é isso que também direciona muito entendimento da nossa profissão também. (Ella, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso).

Seguindo adiante, Ella aponta para a sua formação em psicologia social crítica como um marcador importante na sua trajetória profissional. A psicologia social crítica surge após a chamada crise da psicologia social brasileira nos anos 70, que possibilita à psicologia repensar a sua prática e escolhas teóricas. Até aquele momento, a psicologia social permanecia alinhada ao conhecimento norte-americano, sobretudo ao behaviorismo. É nesse cenário que a psicologia reflete sobre a necessidade de se adequar às problemáticas, as questões sociais do país e o compromisso com a transformação social (Silva, 2019). Apesar dessa vertente ganhar força, categorias como raça e gênero ainda permanecem em segundo plano, como se fossem questões intrínsecas ou inferiores à discussão de classe. Daí a importância da aproximação da psicologia social das produções do feminismo decolonial e do feminismo negro, este em destaque, a partir da ferramenta da interseccionalidade, que abordarei com mais minúcia no capítulo seguinte, os sujeitos na psicologia ganham maior complexidade, pois é necessário enxergar a sociedade que os constitui, em suas experiências de opressão e privilégios (Gonzaga, 2022). Dessa maneira, as nossas intervenções não podem se furtar de realizar uma interpretação sobre onde pretendemos intervir, mantendo-se atento às dinâmicas dos sistemas de poder que marcam a sociedade (Mayorga, 2014).

1.2 Sobre a educação permanente em saúde nos serviços – “Mas eu acho que os profissionais não estão capacitados, ainda, para isso”

De acordo com a lei nº 8080/90, que implementa o SUS, em seu artigo 14, é estipulado que “deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as

instituições de ensino profissional e superior” (p.5). Em seguida, no parágrafo único desse mesmo artigo, é determinado que uma das finalidades dessas comissões é construir, dentro de cada esfera correspondente, métodos e meios de educação continuada para os recursos humanos do SUS (Lei nº 8.080, 1990).

Em 2004, por meio da Portaria nº 198/GM, se institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor e dá outras providências. Destaco aqui, o artigo 1º, no qual é resolvida a instituição da política como um mecanismo de formar e desenvolver os trabalhadores do SUS. E de que uma das funções dos Pólos de Educação Permanente seria:

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva (Portaria nº 198/GM, 2004, p. 2).

No município de Belo Horizonte, temos a Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0023/2016, que dispõe sobre a implementação da Política Municipal Permanente em Saúde, em que é estabelecido, no artigo 1º, que para a efetivação do Programa de Educação Permanente em Saúde – ProEP, 10% da carga horária do trabalhador referente a 11 meses será destinada a esses processos de formação. Já a Portaria conjunta SMSA/SMARH nº 0001/2016, que dispõe sobre as diretrizes dessa Política, aponta para a necessidade de se pensar formações que considerem as diferenças regionais, a busca pela excelência no trabalho, de preencher as lacunas de formação dos trabalhadores, visando as competências para a prática cotidiana do trabalho (Portaria SMSA/SUS-BH, nº 0023/2016, 2016).

Entre idas e vindas, sou trabalhadora do SUS há cerca de 06 anos e foram poucas as formações a que tive acesso. Não conto com o tempo da residência porque a sua estrutura já prevê esse modelo de formação teórico/prático, onde o processo de especializar se dá pelo trabalho. Como servidora, recebo e-mail sobre rodas de conversa e debates de temas variados, curiosamente (ou não), nunca sobre violências de gênero, questões étnico-raciais ou especificamente sobre o aborto. Vejo muitos movimentos e iniciativas da saúde mental em propor projetos de formação continuada que busquem desenvolver mais sobre o tema, sempre focando no cuidado em liberdade por meio de uma rede integrada, com equipes multiprofissionais, pautando-se na singularidade do sujeito, na busca por sua cidadania e reinserção social (Belo Horizonte, 2023). Afinal, estamos em Belo Horizonte, uma das cidades que protagonizou o processo da reforma psiquiátrica, referência no Brasil, devido à estratégia

de articular a construção dos serviços substitutivos e o fechamento dos leitos psiquiátricos (Nilo et al., 2008). Este ano estou participando do Curso Introdutório à Saúde Mental, construído para formar os novos servidores da Rede de Atenção Psicossocial do Município – RAPS. Temos carga horária protegida para participar dessa formação o que auxilia, em muito, nesse processo para os servidores.

Contudo, existe espaço para a formação em relação a outros temas? A rede de saúde de Belo Horizonte se esquivava em discutir sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos? Sobre o aborto? Sobre questões que extrapolam a maternidade idealizada e as ações do Agosto Dourado²? Como dito anteriormente, essas formações nunca chegaram para mim, mesmo quando atuava diretamente, no ambulatório de violência sexual do Hospital Metropolitano Odilon Behrens - HOB, onde era realizada a interrupção legal de gestação. Parece também não ter chegado para as psicólogas entrevistadas nesta pesquisa, independente dos pontos da rede em que atuam, como é relatado pelas interlocutoras Maria, Gloria e Izabel:

Nenhum. Não teve nenhum tipo de formação. Nada, nada. Lá eram dez psicólogos, mais ou menos. Na época eu trabalhava na maternidade. E aí perguntaram se eu tinha interesse de assumir (ambulatório de violência sexual). **Eu falei que tinha e pronto, foi assim que eu entrei, assim... sabe?** Aí depois eu saí porque eu mudei de horário e o meu horário não coincidia com o dia do ambulatório. Aí perguntaram, aí perguntaram pra quem queria ir. E só uma pessoa quis e aí ela foi. (Maria, 32 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, ex-trabalhadora de um serviço de referência para o aborto legal, grifo nosso).

Não, não passei. Lá não tem, né. Não tem. Formação é isso, né, é cursos, assim, é..., vai ser por conta de cada um, né? **A pessoa que procura, né, não é obrigatório, né.** Tem alguns cursos da polícia, né, mas, assim, o curso de..., **ah, como é que é essa coisa de..., sabe? Cadeia de custódia, essas coisas bem policial, né, bem pericial, né,** mas que é diferente, não é uma coisa da assistência, né, acolhimento, né, não, não tem lá não. Mas, acho essas coisas super (balbucia) super instigantes. (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

(...) por mais que a gente estimule o profissional a fazer esse aprimoramento, buscar esse aprimoramento, não avalio tão bem como ele poderia se estivesse passando por um aprimoramento profissional. **O serviço público não estimula esse crescimento, porque são poucos os cursos fornecidos para atendimento de vítimas de violência, o horário de trabalho muitas vezes não coincide com as formações.** Você vê muita formação a nível de mestrado, doutorado, mas **que dependendo do profissional não tem um perfil para estar fazendo um mestrado, um doutorado, mas também não tem uma pós-graduação de violência.** Esbarra na questão dos recursos financeiros também para essa formação, que muitas vezes o profissional tem que ter duplo vínculo para tentar se manter. **A instituição não tem horas protegidas para essa formação**

² Agosto Dourado se refere a um mês de ações para o fortalecimento e incentivo ao aleitamento 'materno'.

porque depende do orçamento do município para destinar horas para a formação. E muitas vezes o profissional não tem condições de tirar uma licença sem vencimento para fazer esse aperfeiçoamento. **Então, assim, a gente esbarra em muitas limitações, mas a gente vê que outros profissionais que são interessados, eles correm atrás.** (Isabel, 54 anos, branca, espiritualista, heterossexual, trabalhadora da maternidade referência para aborto legal, grifo nosso).

Antes de explorar a inexistência das formações continuadas nos serviços especializados, gostaria de me deter ao que Isabel e Gloria falam acerca dos trabalhadores terem de buscar conhecimento “por conta própria”. Esse trecho é importante para realizar a diferenciação entre educação continuada em saúde da educação permanente em saúde. A primeira diz respeito a formações de caráter formal, de ensino tradicional como as pós-graduações, que visam a promoção de adquirir mais conhecimento por parte do trabalhador, por meio dessa educação formal e/ou pelas experiências no campo de trabalho (Ministério da Saúde, 2018). Por sua vez, a segunda compreende a aprendizagem no trabalho incorporada nos serviços (Ministério da Saúde, 2018). Em pesquisa realizada com 39 psicólogas da Bahia que atuam em serviços de referência para atendimento à mulher, Silva (2022) identificou que, entre as profissionais que buscaram formações após a graduação em cursos de pós-graduação, devido à baixa qualidade de muitos, esses não dão subsídios para uma melhor prática profissional. Ou seja, se os programas de pós-graduação mantêm-se distantes dessas temáticas, estão apenas reproduzindo o que já acontece nas graduações de psicologia, utilizando-se de abordagens teóricas que não dialogam com as reais necessidades das pessoas atendidas nas políticas (Gomes, 2023; Silva, 2022; Paiva & Yamamoto, 2010).

Agora, retornando para as práticas de educação permanente, cabe destacar essa orientação acerca da promoção de espaços formadores nos serviços de referência descrita na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (Ministério da Saúde, 2012).

A equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para assistir à pessoa em situação de violência. Dessa forma, há que se promover, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades de capacitação e atualização dos profissionais. Isso é importante para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo de violência sexual e do aborto, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. Isso porque, ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do(a) profissional envolvido(a). É importante também desenvolver uma sistemática de autoavaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional. (p. 34-35).

Já a norma técnica de Atenção humanizada ao abortamento (2011) observa que as formações em serviço não têm suscitado discussões que favoreçam uma dissociação entre os valores pessoais dos profissionais e a prática profissional, não os preparando para a atuação junto dessas mulheres (Ministério da Saúde, 2011). O relato das entrevistas demonstra que projetos de capacitação como o proposto na norma técnica estão muito distantes da realidade, pois discussões de qualquer tipo são inexistentes dentro dos serviços especializados em que elas estão/estavam inseridas. Esse cenário corrobora com o encontrado em pesquisa realizada por Moreira et al. (2020) em serviços de referência de atendimento à mulher em duas capitais brasileiras, Rio de Janeiro e Fortaleza, onde se identificou que falta aos profissionais uma formação continuada que busque capacitá-los para intervenções adequadas com vítimas de violência sexual, o que demonstra a falta de amparo institucional.

Ao ampliarmos para a Rede de Atenção à Saúde – RAS, compreendida como a organização de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio dos apoios de gestão, logística e técnica, que visam a integralidade do cuidado (Portaria nº 849, 2017), vemos que a ausência de iniciativas de formações e discussões desses temas permanecem, bem como demonstram as respostas das interlocutoras, trabalhadoras de unidades básicas de saúde – UBS e dos Centros Especializados em Saúde Mental – CERSAM's, psiquiátricos e álcool e drogas:

Nós tivemos um fórum de maternidades no final de..., dia 20 de fevereiro. Eu estava até fechando o meu ponto ontem, foi lá no HOB, com representante dos serviços, todos de Belo Horizonte, e das maternidades também, serviço de saúde mental, né, e das maternidades, para discutir exatamente isso, o tratamento de gestantes e puérperas. **A questão do abortamento foi muito pouco, ou melhor, não foi tratado, e isso é interessante, que eu estou me dando conta disso agora, não foi tratado, e eu acredito que não foi tratado mesmo na questão do tabu. Sabe?** O próprio fórum, enquanto falava de gestantes e puérperas adictas, já foi um rebordunço, assim, como a gente disse, de debate, porque existem muitas posições contrárias. (Audre, 50 anos, preta, wicca, bissexual, trabalhadora do centro de referência álcool e drogas, grifo nosso).

Pois é, é... acho que o ponto de formação é um ponto que está super delicado. Eu estava comentando isso recentemente, assim, já tem, desde que eu formei, né, **já tem 12 anos que eu estou na prefeitura e se nos últimos 10 anos eu não tivesse buscado, por minha conta, as formações, eu não teria tido nenhuma formação assim, né, institucional.** O que é ofertado, às vezes, é uma palestra, é uma roda de conversa, é uma coisa, mas assim, **a formação cotidiana, ela está extremamente defasada,** né, passei pela... pela residência de 2013 a 2015, que foi um espaço formador, interessantíssimo, interessantíssimo, que deu um pouco dessa base para hoje eu ter mais essa visão, assim. Mas se depois da residência em 2015 eu não tivesse buscado outras formações, buscado outros espaços, inclusive espaços de movimentos sociais, espaços mais diversos, que

não são da instituição prefeitura, da instituição dali, é... eu não teria hoje talvez, é... esse discurso, sabe, assim? **Então eu acho que a formação ainda passa muito pela questão individual, ainda passa muito pela questão individual.** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

Eu não vejo isso não (riso). Eu vou falar assim, é... eu não vejo isso sendo discutido, assim, abertamente, a gente vê casos, né, tem casos no Cersam de violência, tem casos nos Cersam, no centro de saúde, mas não é uma coisa que, por exemplo, tem às vezes uns fóruns sobre violência da mulher, tem os serviços, né, que a gente pode direcionar, encaminhar as mulheres, mas eu acho que as pessoas, os profissionais de alguns lugares estão ali pra isso, mas não estão preparados pra isso, sabe.

(...) Eu acho que existem os serviços. Tem os serviços, né. **Você lê o folder, tudo bonitinho, para acolher e tal, que a mulher tem que ter esse lugar. Mas eu acho que os profissionais não estão capacitados, ainda, para isso.** Eu acho que falha nesse ponto, sabe, assim. Peca nesse ponto, assim, **eu acho que deveria ser uma formação continuada, permanente, sabe, disso.** Como a gente fala da saúde mental, né, e aí tem o 18 de maio, aí tem a militância, barararah, como isso que a gente vai conquistando os lugares, e trabalho, eu acho que tem que ter isso também para outros temas, não só para a violência da mulher. Porque eu acho que... que frustra a pessoa que vai procurar um serviço para ter ajuda e chega lá e tem um profissional que não está apto para acolher aquilo que ele está lá para fazer. (Angela, 43 anos, negra, pluri-religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

Ainda que tenha sido aprovada na Conferência Municipal de Saúde Mental – 2022, pelo quorum de delegados, com representação paritária dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde, o fomento a políticas, ações e aprimoramento profissional, no que tange ao atendimento às mulheres em situação de violência, levando em consideração os determinantes estruturais, para um cuidado em saúde mental na perspectiva antimanicomial, os relatos de psicólogas que se encontram em diversos níveis da RAS convergem para o mesmo ponto: a ausência de discussões relacionadas à violência sexual e ao aborto legal nos serviços de saúde. Esse cenário é ainda mais preocupante quando consideramos que estamos levando em conta que se trata de uma cidade que possui 04 serviços de referência para a interrupção legal de gestação e orientação para que as mulheres atendidas nestes espaços sejam encaminhadas para os centros de saúde para continuidade do cuidado (Belo Horizonte, 2015).

Também cabe salientar que a violência em si é um problema de saúde pública, seja no que se refere aos gastos dispensados nos serviços de saúde para a assistência às vítimas de atos violentos, e também nos impactos subjetivos, pessoais, de quem passou por essas situações. Daí a importância de pensar em ações de prevenção à violência na saúde (Dahlberg & Krug, 2007). No que tange especificamente às vítimas de violência doméstica e sexual, a literatura aponta que elas possuem mais problemas de saúde, aumentando a possibilidade de apresentarem

sofrimentos psíquicos, demandando mais consultas, atendimentos de urgência e outros procedimentos ofertados nos serviços de saúde (Dahlberg & Krug, 2007; Negrão, 2016). A Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) incorporou essas questões dentre suas diretrizes, das quais destaco as seguintes: prevenir a violência e buscar ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; investir na capacitação e sensibilização de trabalhadores e gestores para identificar e encaminhar os casos de violência intrafamiliar e sexual; incentivar os planos municipais e estaduais de prevenção da violência (Ministério da Saúde, 2010b).

Ao pensar sobre o fenômeno do abortamento em si, o silêncio parece ocupar um espaço duplamente maior. Retorno para a reflexão da entrevistada Audre, quando esta sentenciava que, em um espaço de debate sobre a maternidade, a questão não aparece. Como discuto na introdução, a discussão sobre o aborto no Brasil é marcada por disputas políticas e por um teor moralizante, com os permissivos legais correndo riscos de serem extintos como aconteceu durante o último governo (Mayorga, 2011; Gonzaga, Gonçalves & Mayorga, 2021). Sabe-se que uma das barreiras enfrentadas pelas mulheres para acessar o aborto legal é a postura dos profissionais de saúde, que mantêm uma prática envolta em preconceitos, com dificuldade em desvencilhar opiniões pessoais da prática profissional (Jacobs & Boing, 2022a; Oliveira et al 2019; Moreira et al, 2020; Gonzaga, 2022). Esse cenário diz respeito aos serviços de aborto legal. Nem estamos falando aqui do atendimento prestado à mulheres em situação de abortamento não previsto em lei, conforme demonstra estudo realizado por Goés et al. (2020) sobre o acesso de mulheres aos hospitais em situação de pós-abortamento, por meio do qual se constatou que mulheres negras enfrentam maior dificuldade para conseguir um atendimento adequado, tendo como um dos maiores empecilhos o medo de serem maltratadas pelos profissionais.

Em notícia veiculada no portal da FHEMIG – Fundação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais, divulgando os 108 hospitais de Minas que estão capacitados para atender casos de violência sexual, também é informado que de janeiro a março de 2024, foram notificados 679 casos de violência sexual, sendo 88,51% dos sexo feminino (Jornalismo SES, 2024). Dados sobre raça não aparecem na reportagem, mas de acordo com o levantamento feito pelo Anuário de Segurança Pública de 2023, sobre vítimas de estupro e estupro de vulnerável, a maioria dessas vítimas são negras, contabilizando 56,8%. Logo é possível realizar uma dedução sobre o percentual de mulheres negras que estão incluídas no número do estado de Minas Gerais.

Por que os serviços de saúde se mantêm distantes da discussão sobre violência sexual contra às mulheres e meninas, sobretudo negras, diante de números tão alarmantes de casos no

Brasil? Por que as formações não se tornam constantes nesses espaços se pesquisas apontam, como já demonstrado aqui, que profissionais que deveriam cuidar e acolher têm impedido o acesso das mulheres? A resposta que encontro é na dinâmica colonial que permeia essas políticas com a medicina ocidental moderna exercendo um papel central na concepção de ideologias que respondem à colonialidade (Jiménez-Lucena, 2006).

Daí a importância de que os projetos de educação permanente que abordem a violência de gênero e direitos sexuais e direitos reprodutivos estejam acompanhados das discussões étnico-raciais. A saúde não pode se privar de discutir as iniquidades raciais que atingem de maneira mais danosa as mulheres negras no acesso aos serviços assistenciais.

1.3 Sobre a formação profissional a partir da inserção em movimentos sociais e experiências muito particulares – *“Nossa! Hm..., é, é uma trajetória mas... enfim, né, o pessoal é político”*

O lema “o pessoal é político” foi cunhado a partir das reverberações trazidas pelos grupos de conscientização de mulheres, surgidos no contexto do Women’s Liberation Movement, nos Estados Unidos (Sardenberg, 2018). O objetivo desses grupos era discutir questões referentes à vivência de mulheres, em que questões particulares mostravam-se marcadas pelas relações de poder (Sardenberg, 2018). Questões como essas surgiram espontaneamente durante a entrevista com a interlocutora Adrienne, quando peço para ela falar um pouco mais sobre o seu processo de aprendizagem com as movimentações feministas nas redes sociais:

Mas, mas, que eu localizo, talvez, como mais pessoal, eu tenho 27 anos, quando eu era adolescente, assim, eu estava no ensino médio, teve... enfim... acho que foi um momento importante de uma certa popularização, assim, em 2012, 2013, **de um certo discurso feminista, assim, que deu uma popularizada, assim, sabe.** É, tinha esses trem, tipo, Marcha das Vadias, é... essa coisa do “não é não” aparece, essas coisas meio... essas denúncias na internet, (#metoo), é meu..., tinha um que é meu abusador, não sei o quê, #meuabusador, não sei o quê, sabe? É no Facebook. E aí é um contato... assim... com isso, né. E é isso, eu tava na adolescência e na adolescência, eu acho, eu, (riso), é muito estranho. E eu era muito sexual assim, mas eu tava nessa coisa, tipo “ah, como sair em festa, sair e tal”. **E aí a gente começa, né, encontro com a sexualidade, assim, na adolescência. E aí a gente se encontra com a violência da sexualidade também, né.** Essas coisas já é festinha que uma menina tipo assim, né. Os meninos embriagam a menina, e abusam dela, assim, fazem várias coisas. E aí, a gente tem notícia de um caso desse, a gente tem notícia das nossas amigas, assim, das meninas da escola, essa coisa assim. A gente tem notícia de um caso desse, tem notícia de outro caso desse. Comigo isso nunca aconteceu dessa

forma, na adolescência, mas que com amigas próximas, sim, e a gente, né... adolescente, sem saber o que fazer... assim, né? Né, **você passou por uma violência sexual, amiga, o que que a gente faz?** Você vê a angústia da sua amiga, o que você vê ela, ela se transformando, assim... sabe... ela se fechando, ela mudando, assim, sabe, mudando na escola, ela sumindo, assim, sabe... a vitalidade dela, a presença dela muda depois disso, assim. **E aí está nesse ponto dessa ascensão, dessa coisa mais do feminismo que chega nas redes sociais, isso circula de uma outra forma, assim, isso se encontra, não sei, assim, pra mim foi um certo tipo de resposta,** assim, sabe, pra essa, pra isso que eu tava vendo, né, que que eu faço com isso, que que eu faço com a minha amiga, que tipo, foi numa festa e os meninos trancaram ela no quarto, vários fizeram o que quiseram com ela, assim, e ela, e eu perdi a minha amiga, assim... né... ela está viva aqui, mas ela está muito diferente, ela está em muito sofrimento... Assim... O que que eu faço? O que existe de possibilidade, assim, sabe? **E, aí, é isso, né, essas coisas, dessas denúncias, né, desses movimentos, né, o meu abusador que fez isso e isso, e ainda falou que eu sou uma puta, ainda falou que eu sou, que eu me ofereci, que não sei o que,** tipo, você estragou a minha vida e tal, mas tipo assim, eu sei que você é um lixo, sabe, tinha um tom meio assim, sabe? Que eu me solidarizava muito, assim, né, e... e aí eu fui entendendo, assim, o que que era uma violência sexual nesse momento, assim, da minha vida. Que bom que não foi muito antes, né? Acho que isso é ainda mais difícil, né? A gente ainda tem menos recurso, menos linguagem, né, pra nomear, pra localizar, assim, o que que tá acontecendo. Comigo pelo menos isso começou a se delinear na adolescência. E aí... é... não sei, **a política foi, não é a política, o movimento social, enfim, né, para mim, né, uma certa saída política, mas política assim, foi uma certa solução, assim, sabe.** É..., essa minha amiga achou outras soluções para ela, assim, tipo, ela conseguiu, de um jeito muito único dela, se curar, assim... de certa forma, de uma forma que eu acho muito impressionante. Mas é isso, né. Quando você fala de uma denúncia, assim, de uma violência, denuncia, né. Tipo, assim, disque denúncia. **A gente está falando pra uma mensagem que é pra todas as mulheres, né, se a gente tá falando, né, todas as pessoas, se a gente tá falando pra uma mensagem pra todas as pessoas, a gente tá falando do serviço público, né?** É só o serviço público que tem, minimamente, (riso) como responder, a denúncia de qualquer pessoa, né, o serviço particular não faz isso, assim. Por isso acho que é muito misturado, assim, na minha cabeça, sabe. **Enfim..., é, porque é isso, aí a gente vai vendo como que essas políticas se constroem, como que existe o Benvinda de onde ele existe, por que ele existe, né. Que a gente vê que é um movimento, é de uma demanda, né.** Essas casas, essa casa mais recente que abriu, nem sei como ela tá agora, mas de acolhimento às pessoas LGBT especificamente, assim, né. **Tipo, pô, isso surge de uma puta discussão dos movimentos sociais que pressionam, né? O Estado responde, e o estado responde geralmente de uma forma muito precária, assim, mas tenta responder, né.** Tem essas, acontecendo essas pactuações, assim, da política, assim, né. (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

“E a gente se encontra com a violência da sexualidade”. Quantas de nós mulheres não nos encontramos com essa violência? Em levantamento feito pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023), foi identificado o aumento de todas as formas de violência contra a mulher no Brasil em 2022, sendo as mulheres negras as maiores vítimas dessas agressões

(FBSP, 2023). Esses dados apontam para a nossa vulnerabilidade, sobre como estamos sujeitas a sofrer violências, compreendendo que os marcadores de raça e classe nos colocam em posição de maior exposição e menor exposição a este risco. Dessa maneira, penso que o encontro com o sexual quase sempre pode significar um encontro com a violência. Rita Segato (2005) nos lembra que o ato da violência sexual tira o domínio da vítima sobre o seu próprio corpo, há uma perda total de controle, como o ato de soberania sobre o Estado. A colonização dominou e fez sucumbir civilizações e territórios, mas também os corpos femininos, sobretudo os das mulheres negras e indígenas, bestializadas e hiperssexualizadas (Lugones, 2008; hooks, 2019). Essas concepções permanecem agindo sobre as subjetividades, o que demonstra que o estupro não é o ato de um “louco cruel”, mas de uma ordenação simbólica que lhe dá inteligibilidade (Segato, 2005).

Roxane Gay (2021), em seu ensaio sobre a descuidada linguagem da violência sexual, diz que o progresso não facilitou em nada a vida das mulheres, que ainda vivemos em um mundo terrível. E ela não está errada, o que se torna perceptível após a leitura do relato de Adrienne e de tantos outros que ouço com uma maior frequência do que aquela que eu gostaria de escutar. Contudo, o progresso nos trouxe uma mudança, as ações e debates feministas nas redes sociais, apontados por Adrienne, como o espaço em que encontra certo conforto e “respostas” para as suas vivências de sofrimento em relação ao encontro com a vertente violenta da sexualidade. É importante salientar que essas discussões no universo online trouxeram maior capilaridade e fluidez ao movimento, possibilitando às mulheres e meninas uma nova compreensão sobre situações de violência, produzindo redes de solidariedade online, construindo discursos contra-hegemônicos (Yamamoto, 2021). Pode-se pensar que a pulverização acerca da temática, feita nas redes sociais, permite que as gerações mais jovens tenham conhecimento sobre o debate, como foi o caso de Adrienne, realidade não muito comum anteriormente, quando essas discussões pareciam surgir com mais força no âmbito das universidades. Como o silêncio nunca serviu às mulheres (Lorde, 2019), falar, denunciar, construir algo, transformá-lo em linguagem, em ação, como provoca Audre Lorde (2019), seria o caminho para nós. Denunciar abusadores nas redes sociais, falar sobre assédio e violência são algumas das formas que mulheres encontraram para sair da posição de silêncio. Essas movimentações, a própria saída encontrada pela entrevistada, denominada por ela como “política”, demonstra que não há dissociação entre o público e o privado, que o que as mulheres vivenciam em suas relações pessoais responde a uma estrutura social que não nos beneficia (Sardenberg, 2018).

Nem só de formação “formal” se faz uma psicóloga, aliás, como abordei nos tópicos anteriores, o aprendizado proposto pelas instituições, educacional e de saúde, não parece estar preocupado, ou interessado em promover uma prática descolonizada, antirracista, não hierárquica e dicotômica, que acolha as reverberações subjetivas de mulheres, sobretudo as jovens, negras e de classe popular, em situação de violência sexual e em abortamento (Ferreira, 2020; Nuñez, 2019; Nuñez, 2022; Gonzaga, 2022). Afinal, todos nós temos uma história, e essa história é sempre permeada por esses atravessamentos das relações de opressão que organizam a sociedade brasileira (Gay, 2021; Gonzaga, 2022). Ao analisar as narrativas de algumas das psicólogas entrevistadas, tornou-se perceptível como essas experiências de vida, sobretudo o contato com movimentos feministas, agregaram ao seus processos de formação profissional, fornecendo subsídios para uma prática psicológica mais politizada e transformadora, aquilo que o Código de Ética (2005) prega que a psicologia deve ser, mas que sempre foi muito distante da realidade.

Eu comecei a trabalhar com o grupo de mulheres logo no início da minha primeira gestação. Meu filho agora vai fazer... faz 20 anos esse ano. E foi uma..., inicialmente tinha um contexto religioso, os primeiros grupos que eu participei, e depois, quando meu filho nasceu, eu fiz a formação de doula da prefeitura de Belo Horizonte, lá no Sofia Feldman. **E quando eu comecei a atuar como doula, é... trabalhava no Júlia³, que a proposta do curso era formar doulas voluntárias para trabalhar nas maternidades de Belo Horizonte, para diminuir o número de cesáreas, propiciar uma melhor experiência de parto para as mulheres.** E aí a gente ia para as maternidades próximas, estou aqui a 10 minutos do Júlia. E a quantidade de adolescentes gestantes, foi uma primeira coisa que nos chamou a atenção, e aí a gente abriu espaço de escuta para adolescentes gestantes. Durante o pré-natal, elas eram convidadas para os grupos. Concomitantemente, paralelamente a isso, eu tenho uma irmã que é psicóloga também, e ela é mais nova do que eu, mas ela ficou bem, assim, ela já entrou para faculdade logo após terminar o segundo grau. Então, ela já tinha, nessa época, uns 10 anos de formação. E ela me fez esse convite. Ela já estava com um projeto para começar a fazer grupo de mulheres em escolas. Então, éramos, eu, enquanto doula, ela, psicóloga, e tínhamos uma outra colega enfermeira, ela apresentava, assim, geralmente, elas apresentavam e eu só ia mesmo cooperar, **eram, geralmente, programas de dia inteiro, a gente focou muito em escolas e igrejas, no começo. Eram grupos que a gente não abria, porque quanto mais diversificado, mais rico o trabalho, né? E aí eram tratadas questões do universo feminino mesmo.** A gente sempre tinha um período da manhã, onde era um período mais reflexivo, mais de palestra mesmo, **após o horário de almoço, era mesmo partilha. E sempre muito rico.** Às vezes a gente invertia, às vezes vinha o dia todo de partilhas. **É, e o mais interessante é que, nesses meus 20 anos de trabalho junto de mulheres, não tenho um relato, nem sequer uma experiência em que aquilo que foi tratado dentro do grupo, saiu.** E isso que eu acho maravilhoso, maravilhoso. Porque a primeira coisa que a gente faz é um contrato. Tudo que a gente conversar aqui

³ Hospital Júlia Kubitschek trata-se de uma maternidade pública pertencente à rede estadual de saúde de MG, localizada na região do Barreiro.

vai ficar aqui. Se você quiser conversar sobre o que foi tratado aqui, você vai conversar com a pessoa. E em algumas situações, assim, por exemplo, em igrejas, às vezes não eram, escolas não, escolas eram encontros de um dia e pronto. Às vezes a gente voltava naquela mesma escola, mas era um outro grupo, pessoas diferentes. Mas, nas igrejas, a gente conseguia, em alguns momentos, fazer dois, três encontros em que ia mais ou menos a mesma turma. E mesmo nesses lugares, às vezes a gente entrava, eu lembro de uma experiência muito horrível que a gente fez numa igreja de Mórmons. Foi, inclusive, eu estava na faculdade na época, e um colega da faculdade, que já sabia que a gente fazia esse trabalho. **Já tinha me escutado falando em alguma exposição de trabalho a respeito, perguntou se a gente podia ir fazer lá na igreja dele.** E a gente fez três encontros lá. **Foram assim, e é o que a gente escuta de qualquer mulher que passa por um grupo de mulher, foi um divisor de águas na vida, né. Tanto pra tratar questões adormecidas, questões que estavam ali debaixo do tapete, porque elas não tinham com quem falar, quanto também para se perceber em muitas situações de violência, porque, e principalmente, né, em igrejas mais ortodoxas a gente vê isso muito, as mulheres, elas, têm que ficar caladas, têm que falar sim para tudo, não escolhem roupa, não escolhem estilo de cabelo, o que pode fazer.** E isso são violências e muitas se perceberam nessa situação pela primeira vez na vida mesmo, porque cresceram, dentro daquele mundo, a gente vê muitos casos de mulheres com depressão, né, elas se dizem deprimidas, né, com aquela... uma tristeza que é da vida, e não entendem que muitas vezes isso vem do fato de elas serem cerceadas de desejos que elas não têm nem condição de expressar e de saber que têm. Nem sabem que queriam determinadas coisas, porque nunca foi permitido. Então, foi inclusive o fato de trabalhar com um grupo de mulheres, porque a gente fazia esses grupos, geralmente no final, né, tinha um bate-papo, um lanchinho, e as... tinha uma psicanalista, psicóloga, enfermeira e eu. **E aí elas vinham assim, aí, me dá seu cartão, eu queria continuar, fazer uma consulta, você me atende. Eu falei, não, eu não sou psicóloga.** As psicólogas são aquelas ali. Não, mas não, não posso, eu não tenho essa formação, as psicólogas são aquelas ali. **E aí a minha irmã começou, por que você não vai fazer psicologia então? Olha só, o dom que você tem pra isso, pra escutar, né, pra falar. Aí, vamos, não, tô velha, eu comecei a faculdade com 38 anos, tava com 39 anos, na verdade, quando eu comecei a estudar. E, é por isso que eu falei, né, que as meninas falavam, “Audre! Você tem a idade da minha mãe.”, né, 41, 42. Aí, é, eu formei com 43, é... meu CRP saiu eu já tinha 44, agora eu estou com 50. Então, foi basicamente mesmo essa experiência com grupo de mulheres que me instigou o desejo. (Audre, 50 anos, preta, wicca, bissexual, trabalhadora do centro de referência álcool e drogas, grifo nosso).**

Já Audre traz para a cena a sua experiência com os grupos de mulheres, ao longo de duas décadas, reconhecendo como esses espaços foram importantes para as mulheres, caracterizando a experiência sempre como “um divisor de águas” na vida das participantes, seja para falar de questões que não conseguiam dizer para ninguém, seja por compreenderem situações de violência. A participação das mulheres nesses grupos auxilia no processo de conscientização acerca do “ser mulher” em uma sociedade que nos deixa em posição subalterna, empoderando as mulheres, tanto no aspecto individual quanto coletivo. (Sardenberg, 2018). Os grupos de mulheres também podem servir como espaços para a promoção da saúde, como exemplo, destaco aqui a experiência realizada na Coletiva Mulheres da Quebrada, discutindo

questões relacionadas a saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como à saúde mental, pois promoviam um espaço seguro, onde as mulheres, em sua maioria negras, também podiam se expressar livremente (Gonzaga & Labarrere, 2023).

Agradeço as entrevistadas Adrienne e Audre por compartilharem comigo relatos tão íntimos de suas trajetórias, por permitirem que eles façam parte dessa pesquisa com o intuito de reflexão e consequente avanço na nossa formação e prática. Esses trechos apontam para as imbricações da esfera pessoal e política que sinalizei no início deste tópico. Além de nos convidar a refletir sobre as diferenças no percurso formativo, tão atravessados por aspectos de raça e de classe, dessas duas psicólogas. Adrienne, uma mulher branca, ainda muito jovem e já psicóloga e trabalhadora do SUS, conhece as discussões feministas por meio das redes sociais ainda na adolescência; ao passo que Audre, mulher negra, inicia seu curso de graduação na faixa dos 40 anos, após outras experiências profissionais, inclusive na saúde pública, trabalhando como doula voluntária. Sobre isso, vale apontar que o acesso da população negra ao ensino superior ainda é uma realidade marcada por dificultadores, foi por reconhecê-la que o Estado brasileiro, durante o governo da presidenta Dilma Rousseff, sanciona a Lei nº 12.711 de 2012, que regulamenta a reserva de 50% das vagas nos processos seletivos de universidades e instituições federais para estudantes que cursaram integralmente o ensino médio em escolas públicas. De acordo com o seu artigo 3º, elas serão preenchidas por autodeclarados pretos, pardos, indígenas e quilombolas e por pessoas com deficiência (Lei nº 12.711, 2012). Associado à Lei de Cotas, o Programa Universidade para Todos – PROUNI, que oferece bolsas de estudos integrais e de 50% em faculdades privadas (Ministério da Educação, 2024), também pode ser considerado uma importante iniciativa para que mais pessoas de classes populares e pessoas negras acessassem o ensino superior. Apesar desses avanços em âmbito nacional, a psicologia ainda possui como imagem símbolo a mulher branca de classe média, mais parecida com Adrienne do que com Audre. Esse retrato é um obstáculo para a nossa profissão, pois nos distancia da diversidade (Lhuilier & Roslindo, 2013). Em estudo realizado por Cláudia Mayorga (2013), com grupos focais de psicólogas, identificou-se que questões raciais são negligenciadas, além de uma tendência à universalização das experiências das mulheres, não levando em consideração outros marcadores como sexualidade, raça e nacionalidade, por exemplo. Este é um reflexo da homogeneidade e do compromisso com o status vigente feito pela nossa categoria profissional, a despeito de nosso Código de Ética (2005) apontar exatamente para o contrário: que o nosso compromisso deve ser com a transformação social, contra as desigualdades. Para além de uma conduta individual alinhada com essas normativas,

acredito ser importante mudar essa cara da psicologia, a psicologia pode e deve ter muitas faces, reconhecendo as diferenças e atravessamentos, afinal, o “pessoal é político”.

A busca por transformações coletivas dos movimentos de mulheres também passa pela própria concepção de leis e políticas públicas, bem como as mudanças necessárias nessas políticas (Sardenberg, 2018; hooks, 2018), como Adrienne reconhece em sua fala. No Brasil, destaco a construção das delegacias especializadas para o atendimento à mulher na década de 80, com a luta por sua expansão na década de 90 e a lei nº 11.340, mais conhecida como “Lei Maria da Penha”, promulgada em 07 de agosto de 2006, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, tendo sido apresentada aos movimentos feministas para discussão do conteúdo teve sua aprovação após intensa pressão desses grupos (Barsted, 2016; Sardenberg, Tavares & Gomes, 2016).

No que se refere às políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva, essas lutas também se fizeram presentes, na construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, publicado em 1983, que buscava uma assistência integral às necessidades das mulheres para além do ciclo gravídico-puerperal (Osis, 1994); a luta do movimento feminista negro contra as esterilizações compulsórias em mulheres negras e pobres, que culminou, no ano de 1993, na criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI, para averiguar a incidência dessas esterilizações pelo estado brasileiro (Damasco, Maio & Monteiro, 2012); na instauração de serviços de aborto legal no sistema de saúde público do Brasil (Barsted, 1992). No entanto, a luta não cessou após esses avanços, ela permence buscando a legalização e descriminalização do aborto e também o fim da violência contra mulheres e meninas.

Cabe destacar aqui a assertiva observação de Carla Akotirene (2019) sobre a construção de políticas públicas que se baseiam na “mulher universal”, desconsiderando os marcadores raciais, pois as iniquidades de gênero não atingem todas as mulheres da mesma maneira. Foi a partir dessa premissa equivocada, mas muito difundida nos movimentos feministas – majoritariamente compostos por mulheres brancas, de classe média e alta escolarização formal – que algumas políticas foram formuladas, como é o caso das delegacias das mulheres aqui no Brasil, na década de 80 (Akotirene, 2019). Daí a importância de pensar a construção e constante avaliação dessas políticas a partir da ferramenta da interseccionalidade, pois ela tem a capacidade de iluminar e unificar aquilo que pode parecer, à primeira vista, sem conexão (Gonzaga, 2022). Essa universalização é resultante da fragilidade dos movimentos de mulheres brancas que não se pautavam pela reflexividade, desconsiderando as contribuições das feministas negras, indígenas e latinas. Nesse sentido, Maria Lugones (2008) destaca que as formas de conhecer e teorizar foram sempre sobre uma mulher frágil, sexualmente passiva,

confinada ao ambiente interno, deixando de lado suas relações com a raça, ocultando este ponto. Isso levou a ideia de que todas as mulheres são brancas, deslegitimando a experiência de mulheres não brancas (Lugones, 2008). Dessa forma, torna-se imprescindível o entendimento de que o caminho perpassa por nós mulheres enxergarmos e aceitarmos que existem diferenças entre nós e que essas diferenças podem ser uma potência para a transformação social, pois isso é o que impede que permaneçamos no mesmo lugar, repetindo o que já se mostrou falho (Lorde, 2019)

Perpassando por esse histórico, fica o incômodo de constatar que a psicologia tem atuado em políticas públicas sem conhecer e considerar o seu processo de constituição e consolidação. Seguimos não reconhecendo nem legitimando a força dos movimentos de mulheres do movimento negro na garantia desses direitos? Como não passar por estes pontos ao longo de nossa formação como psicólogas? Há um esforço para se apagar esses lastros, o sexismo e racismo epistemológico se faz presente mais uma vez (Grosfoguel, 2016).

Entretanto, no âmbito das trajetórias pessoais, essa inserção permanece tendo valor, seja para fornecer aquilo que a educação formal não pôde prover, como afirma a interlocutora bell, ou como um disparador para buscar a inserção em uma política pública como aponta Ella:

Então, eu fui conhecendo, né, outros espaços, assim, de movimentos sociais através, é... de pessoas que eu passei a conviver no trabalho, assim, então eu conheço diversos grupos, por exemplo, a RENFA (Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas). **A RENFA é hoje um espaço em que eu estou inserida, e que, principalmente na época, aí, da pandemia, nós fizemos vários debates e cursos online, de formações muito bacanas.** Eu acho que esse foi um ponto interessante da pandemia, porque muitas vezes a questão do nosso deslocamento é complicada, né, assim. A RENFA é um movimento nacional e está inserida em movimentos internacionais. Então, para ir para uma formação da RENFA, no Nordeste, por exemplo, é um deslocamento que é quase impossível. Mas que na época da pandemia, através do YouTube e essas plataformas, a gente conseguia fazer as reuniões, conseguia fazer espaços de formações muito bacanas, né. Eu também estou inserida em alguns grupos de redução de danos, onde a gente trabalha essa perspectiva, né, do uso da droga ali por sujeitos diversos e que nos dá um olhar mais ampliado sobre, então eu fiz outros cursos através desses grupos, sabe, de redução de danos, do movimento brasileiro de redução de danos, a própria associação, né, que a gente acabou em algum momento criando aqui também, que a ARDMG que é Associação de Redução de Danos de Minas Gerais. **Então, essas formações, assim, nesses espaços dos movimentos sociais, é... me propiciaram ampliar a minha visão, o meu discurso, o meu posicionamento, enquanto essa pessoa política, né. Então, foram formações importantes. que hoje eu tenho essa dimensão, por isso, assim, se eu fosse pela formação da instituição era aquela coisa muito padronizada, né, de uma visão muito reduzida sobre essas questões.** Então eu acho que buscar a inserção nesses espaços, também, foi importante para que eu tivesse hoje o discurso que eu tenho, né? (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e droga, grifo nosso).

É, desde a minha formação, eu já tinha muito interesse, acho que principalmente em dois campos, assim, tanto o campo da saúde mental, quanto essa área, assim, é... da... dessas questões de gênero, da saúde da mulher, sobre... a respeito de sexualidade, **o meu trabalho de conclusão de curso foi também sobre a questão do aborto legal, então essa questão, assim, essa discussão sobre o aborto sempre me interessou muito do ponto de vista acadêmico quanto do ponto de vista pessoal, eu pessoalmente sou, é... completamente a favor da discriminação do aborto e legalização do aborto, é uma pauta de militância pra mim, enfim.** Então, eu queria viver isso na prática e eu queria ver como que, eu queria presenciar isso dentro de um serviço de saúde, sabe. Eu queria participar disso e eu queria entender na prática como que isso se dá. Então, o que eu vi mais próximo, assim, de possibilidade de viver isso na prática foi na Residência do Odilon, aí, foi isso, o principal motivo para eu tentar a saúde da mulher. Eu já conhecia a Gabi⁴, e aí ela já tinha me relatado, né, a respeito do ambulatório e eu falei “tá aí, eu vou tentar para viver essa experiência”, né. O que eu queria viver isso na prática, e eu queria ouvir essas mulheres também, até porque, de modo geral, assim, a gente, é, o senso comum diz tanto, assim, né, aí, que as mulheres que realizam o aborto depois elas se arrependem, não sei o que, não sei o que, e aí, **eu queria ouvir essas mulheres também, sabe. Que, que viveram isso, queria ouvir elas também, ouvir o que elas tinham a dizer.** E foi uma oportunidade de ouvir essas mulheres também. (Ella, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso).

Aproximar-se de movimentos sociais também não poderia ser uma ferramenta da educação formal? As interlocutoras afirmam que o encontro nesses espaços favoreceu uma “ampliação do olhar”, como afirmou bell. E a militância em relação ao aborto fez com que Ella buscasse um processo de educação formal que lhe daria subsídios para conhecer melhor os serviços de saúde de referência. Ações como as já descritas aqui, realizadas junto da ColetivA Mulheres da Quebrada (Gonzaga & Labarrere, 2023) e o ENPAA, que sempre se mantiveram próximos às ativistas pela legalização do aborto, por reconhecer que este movimento tem atravessado gerações, vêm produzindo conhecimentos importantes, interpelando os saberes instituídos sobre os direitos e a vida das mulheres, com novas concepções que precisam ser mais divulgadas (Mayorga, Gonçalves & Gonzaga, 2019). Permitir-se aprender com quem não produz conhecimento a partir da academia, mas sim de outros espaços, também se configura em uma forma mais pluri-versitária, pois leva em consideração saberes que não se consolidam apenas em meios formais.

Por fim, as interlocutoras demonstram que o encontro com outras mulheres tem um potencial transformador, pois é por meio dele que incorporam saberes à prática psicológica. Prática essa que tende a glorificar saberes masculinos, como já abordei neste trabalho. Penso nos ensinamentos da intelectual Audre Lorde (2019), quando conclama as mulheres a unirem

⁴ Esse é um nome fictício.

suas raivas a partir do reconhecimento de suas diferenças, em prol de mudanças sociais que possam nos beneficiar:

“toda mulher tem um arsenal de raiva bem abastecido que pode ser muito útil contra as opressões, pessoais e institucionais, que são a origem dessa raiva. Usada com precisão ela pode ser uma poderosa fonte de energia a serviço do progresso e da mudança (...) Estou falando de uma alteração radical na base dos pressupostos sobre os quais nossas vidas são construídas” (p. 161).

1.4 A formação que vem da prática – “*Mas tem uma coisa que é só com a prática que a gente vai pegando*”

Existe um conhecido ditado popular que afirma ser preciso “ver para crer”. Ao analisar o discurso das psicólogas entrevistadas, pareceu-me que a maioria delas realizou uma paráfrase desse ditado para “é preciso praticar para saber”. Mas será que é possível aprender fazendo, ou essa ideia também perpassa pelas ferramentas disponíveis para se utilizar no campo de trabalho? Em sua tese sobre as tecnologias biomédicas e o aborto, Mariana Lima (2022) identifica que os ultrassonografistas evocam a prática clínica como uma expertise adquirida ao longo dos anos de trabalho, o que supostamente os possibilitaria saber, por exemplo, sobre etapas específicas do processo de abortamento, a partir dessa formação prática, utilizando-se do ultrassom nos momentos em que necessitam de auxílio. Entretanto, não necessariamente esse saber prático auxiliou esses profissionais para realizar um manejo mais acolhedor a essas mulheres, como percebido na pesquisa de Lima (2022).

Os relatos das interlocutoras assemelham-se a essa visão, pois, apesar de se tratar de uma profissão distinta, mostram que estar atuando em um serviço de saúde pública, escutando e acompanhando mulheres em situação de violência sexual, em casos de abortamento, ou não, trouxe reflexões para essas profissionais que só foram possíveis de surgir a partir do próprio processo de trabalho, de identificar a necessidade de modificar intervenções, de reinventar a escuta psicológica, bem como se permitirem ter contato com outras teorias na busca de prestar um melhor atendimento:

É, tipo, eu não fiz, por exemplo, nenhum, sei lá, um curso institucional, assim, sobre violência sexual. Não tive. **Eram mais leituras minhas, de eu pesquisar artigos, né, coisas assim que pessoas que já passaram por esse tipo de atendimento.** Na época eu fiz, por exemplo, o núcleo de pesquisa no atendimento à criança. Não era uma coisa específica de violência sexual, **mas eu fiz, da escola de psicanálise, né.** Eu fiz o núcleo para me ajudar a entender, assim, como atender uma criança nesse contexto, ainda mais que eram crianças de todas as idades. **Mas foi uma coisa bem assim,**

individual mesmo, eu ia sentindo que que tava agarrando mais. Cheguei a fazer supervisão, paguei supervisão por fora, igual paga de atendimento particular. Fiz isso mais de uma vez. (Maria, 32 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

(...) e aí eu faço umas pontuações, assim, mais diretivas, assim, sabe. Que acho que é uma certa posição política também, assim, talvez pra além (risos), teorias psicológicas, assim, né. **Eu me oriento pela psicanálise, mas como eu tô no SUS, eu... eu tenho muita essa influência desse paradigma psicossocial, assim, sabe. Então, são coisas que eu pontuo, assim, sabe?** De tipo, reforçar, né, que ela era uma, sabe, uma criança, que ela, como ela poderia ter se defendido enquanto uma criança, reforçar quem que é o abusador, quem não é, né. E são coisas que trazem algum alívio, assim. (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

Oh, eu atuo, assim, na questão da abordagem, pela psicanálise. Mas, é aquela coisa, né. Quando a gente tá no ambulatório, no SUS, a psicanálise a gente tá, né, no social, né, tem que levar muito em conta essas questões, né. Não tem como isolar, né, e só responsabilizar a pessoa, como se fosse um consultório ali, né, particular, de forma alguma, né. Então, é pela psicanálise, a abordagem, né. **Agora, sobre a questão, né, da violência, sempre fazendo cursos, né, tentando estudar sobre isso, sabe?** Nada específico, assim, né, eu nunca fiz uma pós sobre isso, né, mas sempre tento estudar, assim, sabe. Fazer cursos, né, apropriar das temáticas, assim, pra entender mesmo, né. **É muito complexo, é muito ambivalente, né?** (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de atendimento a vítimas de violência sexual e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Você tem que ter um domínio não só das teorias da psicologia, do contexto de violência, mas você tem que dominar todo um contexto social, né, você tem que ver como que funciona essa família, como que funciona as questões sociais, o risco que essa família está correndo no território. Você tem que pensar abrangente, a nível judicial, que repercussão que isso pode dar, né, do ponto de vista médico. Você tem que ter vários saberes, não tão profundos, mas você tem que ter pra você saber também como direcionar seu trabalho. (Isabel, 54 anos, branca, espiritualista, heterossexual, trabalhadora da maternidade, grifo nosso).

O primeiro aspecto que me chamou atenção nos relatos acima é o uso da palavra “social”, mais precisamente da necessidade encontrada por elas de utilizar, segundo elas próprias, “teorias psicossociais”, de permitir-se pensar no aspecto social devido ao trabalho no SUS. Acredito que esse pensamento fundado em uma divisão é resultante do eficiente binarismo cunhado pela colonialidade, e muito reforçado pela psicologia quando esta divide sujeito e sociedade, clínica e social (Gonzaga, 2022; Nuñez, 2019). Adrienne e Gloria afirmam que se orientam pela psicanálise, mas que, ao se depararem com trabalho nos serviços de saúde, somaram o social às suas práticas psicológicas. Isabel também afirma que é necessário ter um “domínio do social” para além das teorias psicológicas.

Entretanto, cabe aqui um questionamento: que social é esse? Qual o significado da palavra social para as interlocutoras? Sabe-se que a dita psicologia social não é única, constituindo-se em um campo com teorias diversas, algumas das quais serviram muito bem ao *status quo*, associando-se ao modelo cognitivo-comportamental produzido nos Estados Unidos, que não propunha mudanças efetivas para as problemáticas sociais, alinhando-se, mais uma vez, ao *status quo* (Silva, 2019). Verbalizar a necessidade de reconhecer o aspecto social não pode se limitar a enxergar que existe pobreza ou questões de ordem material que atravessam, em muito, a subjetividade e produção de sofrimento mental dos sujeitos atendidos, mas é também buscar uma prática emancipatória. Isso porque, caso contrário, pode-se cair no lugar comum de uma prática assistencialista, fazer um trabalho para uma população considerada “carente”, como a que tem sido produzida, com certa frequência, pela categoria quando se aventura pelas políticas públicas (Gesser, 2013; Paiva & Yamamoto, 2010).

No que se refere à principal abordagem seguida pelas entrevistadas, os achados vão na direção do que Silva (2022) identificou em sua pesquisa com psicólogas que atuam em centros de referência para a mulher: a maioria das entrevistadas atuavam a partir das abordagens psicológicas consideradas “clássicas”, a Psicanálise e a Terapia Cognitiva Comportamental – TCC. Isso, por sua vez, vai ao encontro dos achados em pesquisa realizada por Paiva & Yamamoto (2010), com psicólogos que atuam no terceiro setor, onde a maioria mantém uma abordagem da psicologia clínica para execução do trabalho nesses serviços. Já Gomes (2023) observa que as psicólogas negras são as que menos utilizam a abordagem psicanalítica. Em pesquisa realizada pelo CFP, em 1986, intitulada “Eu, Psicóloga, Mulher Negra”, não foram encontradas psicanalistas, e a maioria das psicólogas autodeclaradas negras trabalhava em políticas públicas. Esses dados corroboram o que foi constatado nesta pesquisa. Além de Gloria, Maria e Adrienne, as interlocutoras Angela e Silvia citam a psicanálise como a sua abordagem teórica, dessas, apenas Angela se autodeclarou negra. Já esses achados vão de encontro ao levantamento realizado no estudo pesquisa de Lhuillier e Roslindo (2013), onde, de um universo de 89% de mulheres psicólogas, 25% das psicólogas declararam-se pardas e apenas 3% declararam-se pretas, enquanto o número de brancas chega em 67%. Estes dados, infelizmente, sofreram poucas alterações, como demonstra o Censo Psi (2022), no qual uma amostra em que 79,2% se identificam com o gênero feminino, 63% autodeclararam-se brancas, enquanto o número de pardas ficou em 26,1% e o de autodeclaradas pretas em 8,05%. Passaram-se quase três décadas e o perfil da profissão parece não avançar. Não é sobre dizer que existem apenas psicanalistas brancas e ricas, mas sim sobre demarcar as disparidades existentes em nossa categoria profissional. Como pontuo no subtópico 3, a psicologia perde

quando não há diversidade. Penso que esse é um prejuízo ainda maior quando pensamos que muitos desses profissionais atuam junto de um público tão distante de suas realidades como é o caso do SUS. O risco de transpor a prática realizada no âmbito do consultório particular, ainda o local de trabalho mais comum para as psicólogas (Lhuilier & Roslindo, 2013; Conselho Federal de Psicologia, 2022), pode ser maior, principalmente quando se utilizam de abordagens centradas exclusivamente no psiquismo, o que pode corroborar para uma prática marcada pelo psicologismo individualizante (Dimenstein, 1998).

Entretanto, cabe salientar a importância de essas profissionais reconhecerem a impossibilidade de manter-se alinhadas apenas a uma teoria enquanto trabalham no SUS, sendo necessário apropriar-se de outros paradigmas. As interlocutoras parecem deixar de lado o lugar seguro do *setting* terapêutico da tradicional clínica psicológica e saem na busca por outras intervenções que forneçam ferramentas para lidar com questões de ordem concreta, como as diversas desigualdades sociais encontradas no Brasil (Gomes, 2023; Paiva & Yamamoto, 2010). Como aponta o relato de Silvia sobre buscar dispositivos no território e o de Audre em relação a sua postura proativa no trabalho em equipamento da RAPS:

Foi... assim... foi meio que conjunto, foi através de um caso, assim, que chega, mas **quando eu cheguei no território eu tentei buscar os dispositivos que poderia ser..., que algo assim, do território mesmo, que algo assim..., os dispositivos que aquele território tem, de cuidado, de segurança, e um deles foi mediação de conflitos.** Então um dia a gente foi, inclusive, lá na sede do mediação, a mediação de conflitos junto com o Fica Vivo. **E desde então a gente tem feito parcerias de discussão de casos, de encaminhamentos, de contra-referência também.** Então a gente tem tentado trabalhar junto, em muitos casos, inclusive. Porque, assim, são conflitos de todas as ordens, né. Mas especialmente nisso, de violência doméstica. (Silvia, 28 anos, branca, católica, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

A gente já tinha feito três buscas ativas procurando por ela. Ela mora na região Buritis, fica em situação de rua na região Buritis, em um prédio abandonado lá, que várias pessoas ocuparam, ela fica lá. E eu tive de licença semana passada. Mas antes de sair de licença, eu sei que ela estava na nossa lista de buscas ativas, de procurar, porque ela estava sumida. Eu falei, gente, é a Sa, Sara, que ela chama. Aí o sinal abriu, eu atravessei, parei o carro, e aí ela tinha atravessado a rua, caminhou, simplesmente chegou e deitou na calçada do lado de um cara que já estava deitado. Aí ele só virou assim, pá, deu um tapa na cara dela, com ela deitada, e falou alguma coisa. Eu estava dentro do carro nessa hora ainda, porque eu estava na dúvida se eu ia ou não. Aí eu liguei pra minha colega, que é a referência técnica dela. Falei, Marlete, como é que está a PTS da Tatiana? Ela falou, “ó, Audre, a gente está procurando ela e não está achando, já foram feitas três buscas ativas.” Falei, ela está aqui no Barreiro, aí ela, “o quê?!” Ela está aqui no Barreiro, e aí eu saí do carro, fui lá, chamei “Sara”⁵. Na hora que eu chamei Sara, ela levantou, ficou em pé. “Ei, tia, tudo bem? Você vai me levar pra casa?” “Falei, pra casa não, eu posso te levar pro Cersam, você quer ir pra lá?”, “Quero. (...)” (Audre,

⁵ Esse é um nome fictício.

50 anos, preta, wicca, bissexual, trabalhadora do centro de referência álcool e drogas, grifo nosso).

Esses dois relatos demonstram como a prática da psicologia precisa dispor de ferramentas para além do modelo clínico tradicional, pois as situações complexas vivenciadas no âmbito do trabalho pedem ações que vão além da escuta entre quatro paredes. Há teorias no campo da psicologia que já vem discutindo essas questões, a exemplo da psicologia feminista que se compromete em pensar os sujeitos de forma complexa, sendo necessário encarar os aspectos negativos como a pobreza e a desigualdade, dos tempos fáceis e dos difíceis (Adrião, 2015). Em entrevista para Karla Adrião Galvão, Michele Fine (2015) adverte para o perigo da psicologia em alinhar-se a um discurso e técnica que pretende resolver problemas complexos como se fossem questões simples. Essa reflexão me faz lembrar de uma fala do meu tutor de psicologia durante o período da residência, o qual afirmava que, dado a complexidade de se trabalhar em um sistema de saúde como o SUS, seria impossível para as psicólogas exercerem sua prática profissional utilizando-se apenas de uma teoria, sendo imprescindível combinar outros saberes.

Quando as interlocutoras afirmam levar em consideração os aspectos psicossociais para realizar as intervenções psicológicas no SUS, penso que estão se aproximando das próprias diretrizes para atuar nos serviços. Um dos objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (2009) consiste na construção de autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos em relação à saúde, visando minimizar e extinguir discriminações de qualquer ordem; promover entre os trabalhadores da saúde a ideia de uma saúde ampliada. A respeito de uma concepção ampliada de saúde, a Política Nacional HumanizaSUS (2009), traz o conceito da clínica ampliada e compartilhada, ferramenta que deve ser utilizada pelos trabalhadores na busca por uma integralidade em saúde:

É uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (Política Nacional HumanizaSUS, 2009, p. 10).

Tais objetivos aproximam-se do campo da psicologia social, sobretudo da psicologia social comunitária, à medida que visam complexificar o sujeito, postulando uma prática profissional que possa proporcionar o protagonismo e autonomia do usuário (Ministério da Saúde, 2009; Penido & Romagnoli, 2018). De acordo com Martín-Baró (1996) o *quefazer* da psicologia seria promover a conscientização, a transformação social, auxiliando as pessoas a

chegarem a um saber crítico sobre si e sobre a realidade em que estão inseridas. Desta maneira, a psicóloga que se pauta por essa teoria deve estar disposta a sair pelo território, transcendendo o espaço institucional, a clínica tradicional (Monteiro, 1994). E não é essa a conduta que se espera de uma psicóloga do SUS? O guia da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (2023) conclama que o papel do profissional de saúde pública é deslocar-se do serviço para a comunidade, frisando a necessidade de sair do consultório, para a realização de ações locais territoriais. As diretrizes do NASF/AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (2010), equipe na qual a psicologia pode estar vinculada, postula uma ação interdisciplinar e intersetorial, que se pautem na educação em saúde, educação e participação popular, desenvolver a noção de território e promover a saúde, além de apoiar grupos, enfrentar situações de violência e rupturas sociais, trabalhando para a inclusão social e educação.

Ao escrever esse trecho em específico, recordei-me da iniciativa da Prefeitura de Belo Horizonte em fornecer o curso de capacitação e instrução de pessoal Terapia Integrativa Comunitária – TCI aos trabalhadores de diversos pontos da rede. Infelizmente ainda não consegui participar. O objetivo do curso é implantar rodas de TCI nas unidades de saúde da cidade (Belo Horizonte, 2024). A utilização da TCI como forma de intervenção nos serviços de saúde pública foi promulgada por meio da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, que inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), novas práticas, dentre elas a TCI. Essa proposta de intervenção é definida como:

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas. A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas (Portaria nº 849, 2017, p.5).

Dentre os seus eixos formativos encontram-se a pedagogia freireana e o pensamento sistêmico. Busca-se promover as redes solidárias de apoio e a utilização de recursos do próprio território. A TCI combina ao elemento da fala posturas físicas e corporais como técnicas de relaxamento, respiração e meditação (Ministério da Saúde, 2017). Penso que a TCI,

compreendida como uma importante tecnologia de cuidado (Rocha et al., 2013), dialoga com os modos de intervenção da psicologia social comunitária, não apenas pelo “comunitária” no nome, mas por apostar em uma proposta de intervenção que busca conhecer o território. Visa, isso sim, que os próprios coletivos e sujeitos busquem a superação de suas situações de vulnerabilidade, assim, o profissional que atua tendo como base a psicologia social comunitária, entende que o seu papel é de auxiliar nesse processo (Mayorga, 2014; Monteiro, 1984).

Retomar essas propostas e ferramentas de trabalho no SUS, nos faz recordar que ele nasce, como já dito anteriormente, de intensa movimentação social, sendo um de seus princípios fundamentais a participação social. É a partir da Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1992, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Dentre as suas normativas, destaco a criação dos Conselhos de Saúde, que atuam em todas as instâncias, local, municipal, estadual e nacional, com caráter permanente e deliberativo, sendo responsável por formular e controlar a execução das políticas de saúde, sendo composto paritariamente por 50% de usuários e os outros 50% divididos entre trabalhadores, gestores, prestadores de serviços e representantes políticos (Lei nº 8.142, 1992). E também a regulamentação das Conferências de Saúde, que ocorrem de 04 em 04 anos, em todas as esferas de governo, com o objetivo de avaliar a saúde e propor novas diretrizes (Lei nº 8.142, 1992). Essa lei reforça que o enfoque do SUS sempre foi territorializado e que a comunidade possui o poder de construir a saúde que queremos. A construção do SUS parece beber da água que se derramou com a crise da psicologia social brasileira, pois foi refletindo acerca das necessidades de saúde da população que se constituiu esse sistema. Entendendo ainda que ele só pode ser o que é com a participação ativa da comunidade, com o controle social. Dialogando assim com os preceitos da psicologia social comunitária, em que o sujeito é responsável por sua transformação e também do meio que o circunda (Monteiro, 1984).

Desta forma, penso que constituir um saber crítico acerca de si relaciona-se diretamente com alcançar o protagonismo, ser capaz de compreender o que pode nos propiciar qualidade de vida, escolher como cuidar de si mesmo e também da coletividade que o cerca, transformando a relação com a saúde e com a doença. Retomar a teoria e as práticas da psicologia social comunitária indicam para um alinhamento ético e também político com os paradigmas do nosso sistema único de saúde. Destaco que, aliada a psicologia social comunitária, deve estar presente um olhar atento para os atravessamentos que marcam a trajetória das usuárias e usuários do SUS, não focando apenas na categoria classe, como foi feita no surgimento da psicologia social comunitária, mas para os marcadores de raça, gênero, etnia, sexualidade. Essas são lições

valiosas que as feministas negras ensinaram/ensinam à psicologia, pois são questões que complexificam os sujeitos e a interseccionalidade, torna-se assim a ferramenta ideal para a leitura dessas opressões (Mayorga, 2014; Gonzaga, 2022), que não podem ser deixadas de lado.

O lugar da psicologia no SUS não é trancafiada dentro de um consultório, sempre aborrecida com a falta de uma boa estrutura, de não ter um “*setting*” terapêutico adequado. O lugar da psicologia é tecendo redes, é construindo articulações no território, é realizando grupos, é também atendendo individualmente, mas não nos cabe apenas um lugar, é sobretudo fomentando a transformação individual e também coletiva. Esse é o compromisso da psicologia e também do SUS, e a psicologia social comunitária, alinhada ao pensamento feminista, pode nos ajudar a chegar lá.

Retornando para as entrevistas, percebo que essa lógica de trabalho ainda parece distante da maioria, apesar de apontarem para a importância do social. Muitas delas afirmam que o movimento de mudança ocorre a partir das provocações do espaço laboral e se os processos de educação formal não dão subsídios para uma prática profissional que esteja em consonância com os princípios dos SUS, essas trabalhadoras vão utilizar aquilo que aprenderam, o que nem sempre é o que o público atendido necessita. Entretanto, há uma formação que parece ter sido de grande valia para as psicólogas, aproximando-se mais dos princípios de trabalho no SUS, a residência multiprofissional em saúde. No espaço da residência, algumas delas encontraram um lugar seguro para este suposto aprender fazendo:

(...) E você chega, recebe esse monte de demanda, tals, né, não tem muito, uma recepção do profissional, em termos de, ambientação do serviço, né, você já chegou com o pau quebrando. Aí a residência me ajudou muito porque eu já sabia, eu já sabia, minimamente, o que eu tinha que fazer, né. Eu não tive que descobrir na hora (riso). Porque senão ia ser mais difícil ainda. (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

E eu agradeço muito a minha residência porque eu aprendi a lidar com a frustração, sabe. E com as coisas que não funcionam. Então eu tive que aprender a lidar com invenção o tempo todo. Então eu fiz uma residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental, dentro de um hospital psiquiátrico que se chama Juliano Moreira. É um hospital com referência pra Bahia toda. Tinham cinco..., tinha uma ala que era de moradores, dentro do hospital psiquiátrico. E aí eu fui pra Salvador, e na residência a gente passava, dentro das internações, tem internação feminina, internação masculina, e tem ala de moradores, então tinha tudo. Depois a gente passava pelo CAPs. (Angela, 43 anos, negra, pluri religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

Sim, sim, **a residência foi fantástica, assim, sabe? É um espaço de formação teórica, né?** Minha residência foi em saúde mental, assim, então eu me

aproximei da saúde mental de forma teórica com conteúdos que, que são extremamente ricos para que a gente possa desenvolver uma prática e que ao mesmo tempo era uma formação em serviço, porque a gente tinha parte teórica, mas tinha também a vivência dos serviços, então eu pude conhecer a rede de saúde mental e a rede de saúde de alguma forma, assim, de forma bastante integrada, desde atenção primária, passando pelas urgências, chegando na terciária, sabe? **Então, essa formação em serviço, essa formação dentro de um serviço público, associado a essa questão da teoria, foi o que de uma certa forma deu uma base para que eu pudesse compreender a saúde mental de forma mais ampla, de forma mais humanizada, né?** De forma mais aplicada na vida das pessoas, vamos dizer assim. Então foi , nó, riquíssimo, hoje, né, estou como preceptora na residência e eu tento transmitir, sabe, pros residentes um pouco disso, que eu acho que é um espaço que mais pessoas deveriam ter acesso, né, assim, hoje a gente recebe tantos residentes da saúde da mulher, recebemos saúde do idoso, saúde mental, né. A gente tem conseguido ampliar muito aí, é... os campos sabe da residência nos CERSAMs, assim, então está bem interessante, muito bacana. (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

A residência multiprofissional é instituída a partir da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, caracterizando os programas de residência como pós-graduação *lato sensu*, direcionada para a educação em serviço, destinada a categorias profissionais que compõem o campo da saúde, com exceção da medicina (Lei nº 11.129, 2005). O programa é de dedicação exclusiva e visa favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde, principalmente no SUS. As interlocutoras apontam como a experiência na residência foi importante para que se sentissem mais aptas para assumir a posição de trabalhadoras da saúde. Eu compartilho dessa opinião, pois consegui desenvolver habilidades durante os 24 meses de programa que facilitaram muito a minha vida quando de fato fui contratada como psicóloga nos centros de saúde. Dado o cenário de poucas ofertas de estágio e atividades de extensão que permitam uma aproximação dos graduandos com a realidade dos serviços de saúde, a residência acaba por ter esse lugar privilegiado no âmbito da experiência prática de trabalho no SUS, além de possibilitar uma formação inovadora, principalmente, quando não se restringe apenas ao locus hospitalar (Lima, 2019). Ter a experiência prévia de trabalho em alguma política pública pode aumentar a sensação de segurança das psicólogas em relação à prática que estão exercendo (Silva, 2022).

Todavia, para quem não teve nenhuma experiência prévia, a construção de ferramentas de trabalho se dá durante o próprio percurso. Angela afirma que a residência ajudou a “lidar com a frustração, com as coisas que não funcionam”. Para além de reinventar a prática, o trabalho com mulheres vítimas de violência sexual e/ou em situação de abortamento, parece

convocar algumas das interlocutoras a repensarem sobre um aspecto mais subjetivo, o sofrimento de estar diante de situações de tanto sofrimento:

Mas nem todo mundo que tem um mestrado e um doutorado também está apto a estar na prática. Porque a prática ela é diferente da teoria, e ela é muito pesada, ela é sofrida, ela é angustiante, então isso perpassa pelo desenvolvimento, é... emocional desse profissional, da resiliência pessoal que ele tem para lidar com níveis de angústia, de sofrimento muito altos. **O ideal seria conciliar tanto a formação profissional, pessoal, quanto o dos estudos.** (Isabel, 54 anos, branca, espiritualista, heterossexual, trabalhadora da maternidade referência para aborto legal, grifo nosso).

Mas tem uma coisa que é só com a prática que a gente vai pegando. Ainda assim, a gente está sempre, é... precisando inventar e deparando com as angústias, com o mal estar de estar diante do outro, do sofrimento do outro. Mas acho que podia ser mais..., podia ter um..., como diz assim? **Não sei se é uma disciplina, mas podia ter mais espaço, acho que, na graduação, pra gente poder falar do mal estar do profissional, assim. Eu acho que isso, não sei como é que isso tá hoje, né, mas eu acho que cabe, sabe.** A gente poder discutir um pouquinho disso. Acho que é uma coisa que nos traz um ponto de pessoa, de humanidade, sabe. (...) A gente nunca sabe, assim, exatamente. Às vezes pode dar certo, mas às vezes pode dar muito errado. **Então acho que é colhendo o efeito do depois.** Como é que essa mulher volta? O que ela escuta disso? A gente tenta sacar qual foi o efeito desse elogio, desse abraço, não sei. Às vezes você vai tentar abraçar e a mulher recua, não sei. Mas eu acho que o efeito é sempre no depois, né. **Mas eu acho que também é algo que antecede, escutar o que aquela mulher está demandando naquele momento, assim.** (Silvia, 28 anos, branca, católica, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

O relato de Isabel aponta para duas questões que considero importantes. A primeira é sobre considerarmos mais aptas para o trabalho na ponta, na assistência, as pessoas que possuem muitos títulos acadêmicos. Não é sobre quem tem mais títulos, mas sobre o que foi discutido e estudado ao longo desse percurso. Não necessariamente alguém com doutorado vai conseguir exercer um acolhimento ou uma escuta mais qualificada com uma mulher em situação de abortamento legal. Já que nem sempre as formações acadêmicas irão instrumentalizar a profissional para atuar em políticas públicas, muito menos nas políticas de direitos sexuais e direitos reprodutivos, já que este tema ainda se mantém distante do currículo da psicologia (Gonzaga, 2022), como abordei na primeira parte deste capítulo. A prática com essas mulheres vai requerer a capacidade de uma ação contextualizada, comprometida com a emancipação dessas sujeitas, que permita enxergar o que tendemos a negar, rompendo com ações patologizantes e ações assistencialistas, sendo o nosso principal papel na saúde propiciar o cuidado (Paiva & Yamamoto, 2010; Gesser, 2013; Gonzaga, 2022).

A outra questão refere-se ao próprio desenvolvimento pessoal do profissional, como é abordado por Isabel e Silvia. Esses trechos fizeram-me recordar de minha orientadora Paula

Gonzaga dizendo às estagiárias sobre a necessidade das futuras psicólogas identificarem com qual público conseguem trabalhar, pois é a dor do outro, de quem está sendo ouvido que assume o protagonismo e não a nossa. A psicologia é uma profissão que lida com o sofrimento, com a violência, com a tristeza (Gonçalves & Sposito, 2019; Silva, 2022). Então, faz-se importante levantar esse tipo de discussão com as alunas, proporcionando a elas mais repertório emocional, momentos dos quais Silvia relata ter sentido falta. Além disso, a própria política HumanizaSUS aponta para a necessidade dos trabalhadores escutarem a si mesmos e ao outro, repensando condutas automatizadas, revendo a premissa de um posicionamento pretensamente neutro em prol do reconhecimento dos próprios afetos que vão perpassar o trabalho (Ministério da Saúde, 2009).

Apesar de a prática suscitar questões que às vezes podem parecer inimagináveis no âmbito teórico, torna-se indispensável buscar a maior proximidade possível com ela, com o intuito de formar psicólogas mais capacitadas e que não precisam se sentir sempre tão inseguras ao longo de sua vida profissional.

Finalizo este capítulo com a seguinte reflexão: a ausência de uma formação de base que leve em consideração temas como violência de gênero, discriminação étnico-racial, construção de políticas públicas, enfim, uma grade curricular que carece de um olhar político e da perspectiva de um trabalho em rede (Silva, 2022), associadas à formação insuficiente no currículo básico da psicologia deixam as psicólogas que atuam nas políticas públicas da saúde na posição de buscarem por si próprias meios de fortalecer a prática profissional. Como muitas delas disseram “você tem que procurar”. Este procurar passa por um processo muito particular e demonstra que cada caminho trilhado por elas está diretamente associado a suas vivências. Algumas delas encontraram um potente espaço formativo nos movimentos sociais, na efervescência das discussões feministas, reafirmando, como reconhece Adrienne em sua fala, que “o pessoal é político”, lema do movimento feminista (Sardemberg, 2018). Também houve a formação que se dá no chão da prática, a qual nos força a buscar outras soluções para nos reinventar. Algumas delas, e eu também me incluo nesse grupo, veem a inserção na residência multiprofissional como um espaço de diálogo entre teoria e prática essencial para o trabalho que exercem, inclusive com as sobreviventes de violência sexual.

Contudo, ao pensar sobre a função política da psicologia no Brasil, e a crença na sua capacidade de transformação social, não é justo, e muito menos adequado, que a responsabilidade por uma boa prática seja de responsabilidade individual de cada psicóloga, pois cada uma delas irá buscar ferramentas dentro da psicologia alinhadas aos seus interesses e percursos de aprendizagem. Essa formação precária no que tange a essas violências coloniais

e, no caso desta pesquisa, das violências de gênero, pode corroborar com situações de revitimização das mulheres que buscam a assistência em saúde, resultando em episódios de violência institucional (Oliveira et al. 2019; Moreira et al., 2020; Gonzaga, 2022). Sim, nós psicólogas podemos exercer violências institucionais contra essas mulheres, não são só as “outras” categorias como gostamos de acreditar e apontar o dedo.

Torna-se urgentemente necessária a incorporação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, a partir de um olhar politizado, descolonizado e que leve em conta os marcadores de gênero, raça, sexualidade e classe, não só na psicologia como na formação de outras profissões da saúde, associadas a ações de capacitação em serviço. Essas modificações podem sim auxiliar em um processo de mudança na forma como o aborto é compreendido no Brasil. A ilegalidade e criminalização do aborto afetam diretamente as intervenções realizadas pelas psicólogas e é sobre esse ponto que irei dedicar-me no próximo capítulo.

Capítulo 2 - Sobre saúde mental e interrupção legal de gestação – “*porque o aborto é um cuidado, é um cuidado em saúde, saúde mental, e a gente não tem essa forma de cuidado, então isso é muito estranho*”

“Na porta sorria com um ar jovial, “os filhos do amor são sempre os mais bonitos”. Era uma frase horrorosa.”

Annie Ernaux - O acontecimento

No início de minha vida adulta, já na faculdade, eram muitas as conversas entre amigas sobre o medo de engravidar. Lembro que uma delas dizia que se engravidasse “iria se matar”, e que era melhor morrer. Discutíamos sobre sempre existir alguma forma de não estar mais grávida, como se jogar da escada, os chás, poupar dinheiro para procurar algum lugar “seguro”, onde era feito o procedimento. Todas nós, ao que me recorde, fazíamos uso de algum método contraceptivo, e todas sabíamos que existia um risco, o risco do 1%, do 5%, do 0,1%, pois nenhum método é 100% eficaz (G1, 2023; Trussell, 2011). E esses números nos assombravam, porque são possibilidades reais e de repente você vira aquela estatística do “azar” que caiu em 0,1%. Algumas pessoas podem nomear como um simples “azar” entrar nas estatísticas de mulheres que não queriam engravidar, mas engravidaram por causa de uma falha que não está sob o nosso controle. Eu não chamaria de azar, mas sim de devastação.

Esse correlato entre morte e vida sexual e vida reprodutiva também aparecia quando comentávamos sobre o medo, sempre muito presente, de sofrer uma violência sexual. Comentávamos sobre a tenebrosa cena de estupro sofrida pela personagem da Mônica Bellucci, no filme *Irreversível* (Noé, 2002), dirigido por Gaspar Noé: “eu prefiro morrer”, “eu me mato se algo assim acontecer comigo”. A cena do estuprador na rua escura que aborda uma mulher sozinha e, por isso, mais supostamente vulnerável a sofrer uma violência, é a imagem mais cristalizada em nossas mentes, principalmente nas de mulheres brancas e de classes média e alta. Muitas dessas mulheres acreditam que a violência patriarcal só as atingirá em situações como essa, ou quando um cara precisar da sua vaga de emprego (Lorde, 2019). Contudo, sabe-se que essa não é a cena mais comum no que se refere à violência sexual, já que os dados apontam que a maioria das mulheres, assombrosos, 82,7%, são vítimas de homens conhecidos, enquanto de desconhecidos somam apenas 17,3% (FBSP, 2023).

Falávamos assim, como se fosse uma escolha natural: o que é melhor, morrer ou sofrer uma violência sexual e, no pior dos cenários, engravidar do agressor? Estávamos usando hipérboles como forma de expressar o nosso horror, apesar de tentarmos amenizar o clima dizendo entre risos que era um “exagero”. Não era exatamente da morte que falávamos, não dela como fim. Mas dela como o fim em vida, da vida como costumava ser, para dar lugar a uma fase, sem dúvida nenhuma, marcada por muito sofrimento, mesmo que em seguida possa vir a ressignificação do trauma, da superação dos impactos físicos e mentais. Medo de engravidar de uma relação consentida era a morte, mas de uma não consentida, seria pior do que morrer. Seria o encontro com o verdadeiro horror.

Quais os impactos psíquicos de se viver em um país onde o aborto é criminalizado e que, ao mesmo tempo, lidera *rankings* de violências contra a mulher no mundo? Somos o 5º lugar no que se refere a homicídios de mulheres (Instituto Patrícia Galvão, 2024). Uma gigantesca contradição que traz sofrimento para quem está sempre em risco. Para quem tem medo de engravidar sem desejar e não poder fazer nada em relação a isso, e se fizer será correndo riscos. Medo de violência sexual, medo das humilhações e da falta de assistência, dos julgamentos, do risco de ser denunciada por quem deveria te acolher (Madeiro e Diniz, 2016; Goes, 2018; Silva, Moreira & Gonzaga, 2019; Moreira et al., 2020). E o medo é paralisante.

É sobre sofrimento mental que irei abordar neste capítulo. Quais as reverberações para quem vive nesse campo minado? Como nós, psicólogas, que trabalhamos com o sofrimento, com a angústia, com a opressão (Gonçalves, & Sposito, 2019), podemos exercer um cuidado nessas condições, sendo que sempre existirá uma falta, um vazio de escolha? É sobre esse ponto que irei debruçar-me no subtópico 1. Em seguida, dedico-me a refletir sobre a saúde mental de quem passou por essa situação, pela interrupção legal de gestação em caso de violência sexual. Mulheres que vivenciam essa assistência de forma desigual, a depender de sua raça, sexualidade, classe e idade, e por isso, os impactos psíquicos também o são.

2.1 Do sofrimento das profissionais – *“Isso, né, eu não posso falar, aí, vamos pensar sobre aborto, existe um lugar que pode tal, né, isso pode ser parte de seu projeto terapêutico singular, né”*

A escolha da frase título desse subtópico, extraída do relato de uma das entrevistadas, chamou-me atenção já no momento de nossa entrevista, “o aborto não pode ser parte do Projeto Terapêutico Singular – PTS da usuária”. Abordarei essa questão do PTS com minúcia logo mais a frente, no texto, mas quis frisá-la de início, pois realmente deixou-me reflexiva, pois pareceu-

me a perfeita ilustração, um exemplo real de como as questões macro sociais incidem diretamente na vida particular dos sujeitos, naquilo que é mais singular, neste caso, o projeto que busca benefícios para a saúde de cada uma. Quando uma adolescente de 13 anos, vítima de estupro é impedida de realizar a interrupção legal de gestação por decisão de uma desembargadora, após o pai solicitar esse impedimento, alegando ter um acordo com o agressor que havia se comprometido a assumir a responsabilidade pelo bebê, como aponta a reportagem do G1 (Macedo & Rodrigues, 2024), vislumbra-se essa incidência em um projeto de saúde da adolescente. O que uma gestação não desejada, advinda de uma violência pode acarretar em sua saúde mental? Quais as consequências para um corpo tão jovem gestar até o fim? Quais as responsabilidades a que esta criança estará submetida? Como ficam as relações familiares após essa postura do genitor? Esse caso é apenas o mais recente que encontrei dentre vários que são noticiados com frequência no país. Se esses casos deveriam ser tratados na esfera da saúde e, sobretudo, da escolha das mulheres sobre o próprio corpo, por que não avançamos?

Feito esse questionamento, torna-se importante retomar aqui os tensionamentos e calorosos debates que têm permeado as discussões sobre o aborto na América Latina e, em específico, no Brasil. De acordo com Oliveira, Lago e Souza (2022), o contexto latinoamericano é de insegurança e criminalização, onde convivem três possibilidades distintas. Países onde o aborto foi legalizado como a Argentina e o Uruguai, países onde o aborto é completamente proibido como em El Salvador e Honduras e países em que existem alguns permissivos legais, como é o caso brasileiro (Oliveira, Lago & Souza, 2022). Esse cenário pode ser compreendido como resultante das disputas políticas que envolvem o debate acerca da questão, iniciadas com o processo de redemocratização que marcou o território latinoamericano nos anos 90 (Schultz & Silva, 2024). Apesar de o fenômeno não ocorrer da mesma maneira em todos os países, o que parece uni-los é o crescimento de políticas anti direitos sexuais e direitos reprodutivos e anti gênero no continente (Serrano, 2021).

No Brasil, o crescente número de políticos conservadores impede que o debate sobre descriminalização e legalização do aborto siga adiante na esfera legislativa (Schultz & Silva, 2024). Se outrora os representantes políticos da ala católica faziam frente contra a pauta, hoje eles ganharam, e até mesmo foram ultrapassados pela bancada de evangélicos, no que se refere a barrar a legalização do aborto (Schultz & Silva, 2024; Luna, 2014). Para além das movimentações que impedem a descriminalização e legalização, esses grupos são responsáveis também por militarem pela revogação dos poucos permissivos que possuímos, levando o Brasil para o campo dos países com leis mais restritivas (Schultz & Silva, 2024; Oliveira, Lago & Souza, 2022; Luna, 2014).

Esse avanço da ala conservadora e sua luta pela revogação dos permissivos legais, representam a opinião de parte da sociedade brasileira, que se coloca contra o aborto, mesmo que a maioria também não concorde em penalizar as mulheres que abortam por meio da prisão (Barsted, 1992b, Luna, 2014). E muitas dessas pessoas podem ser trabalhadoras da saúde, como apontam os relatos de Gloria e Audre:

(...) Lá no pronto socorro, essa profissional de psicologia, não quis atender..., entendeu. Isso é uma questão, complicado, né, mas..., porque não concorda. E aí, ela não queria, por exemplo, ela nem evoluiu a ponto, assim, dela não querer colocar o nome dela associado, e nem foi aborto, se lembra, nem aconteceu, né, foi um caso que a gente tá aí discutindo, nem sei se vai acontecer, talvez. Nesse caso, possivelmente, vai ser uma entrega legal, porque, a amiga tá querendo lá, nesse momento, enfim, tá vendo nem era um aborto, e já a pessoa já fica tão, assim, com um receio que não conseguiu nem evoluir. Então..., mas pra mim, assim, isso é relação pessoal, assim, isso comigo mesmo, assim, é muito tranquilo. Eu escuto, falo disso tranquilamente, não tem nenhuma questão, assim, nenhum momento..., olha como é que é engraçado. Teve, uma vez, essa profissional, ela perguntou pra mim, assim, **Gloria, você não se sente mal de carimbar, falou bem assim, você não se sente mal de colocar o seu carimbo, porque tem a folha, né, ali, né, que tem a assistente social, médica e a psicóloga. **E assim, eu estranhei essa pergunta e eu respondi assim, muito tranquilamente, ‘não’, mas depois eu fiquei pensando nisso. Ah, ponto de, assim, ‘será que eu tenho que me sentir mal?’ Sabe, eu falei assim, passou isso na minha cabeça, eu falei assim, ‘gente, que loucura!’** A pessoa querendo inserir, uma culpa, né, que eu me sintam mal por alguma coisa, que pra mim não é uma questão..., sabe? Mas teve esse questionamento já comigo, sabe. Mas em relação a isso, pra mim, é muito tranquilo, assim. É difícil, em alguns casos, quando é..., é..., tô tentando me apropriar pra entender mais. Quando é os casos que ultrapassam as 22 semanas, né. (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).**

E quando a equipe desconfia que o aborto foi provocado, aí pronto, acabou. Nem remédio pra dor, já vi essa situação, uma dipirona pra dor, não foi prescrita, não. ‘ué, você não queria? Então aguenta.’ Igual falam na hora que a mulher tá parindo, aí, *‘você não gemeu na hora de fazer, tem que gemer na hora de nascer também, né?’* Já presenciei isso tudo. Isso tudo existe. Não são todos, né, não são todas as equipes, não são todos os médicos, **mas tem uns que fazem a gente pensar, ‘meu Deus, por que escolheu essa profissão se é pra agir desse jeito’, né?** (Audre, 50 anos, preta, wicca, bissexual, trabalhadora do centro de referência álcool e drogas, grifo nosso).

Posicionamentos como o da profissional psicóloga que tenta, de certa forma, constranger a colega, e das condutas de profissionais relatadas por Audre, vão ao encontro de projetos políticos de total proibição, propondo a transformação dos serviços de aborto legal em espaços de orientação para que a mulher leve a gestação adiante (Luna, 2014). Posturas como essa, em serviços de saúde, são mais comuns do que gostaríamos de imaginar, profissionais têm exercido uma (des)assistência por meio de direcionamentos de cunho moral,

estigmatizantes e preconceituosos nas condutas realizadas pelas trabalhadoras dos serviços de saúde (Moreira et al., 2020; Silva et. al., 2019; Dias, Larocca & Silva, 2019; Gonzaga, 2022). Também já presenciei, em um hospital de referência para a interrupção de gestação, uma médica ofertar folhetos com orientações sobre adoções promovidos por uma igreja evangélica da cidade, no intuito de persuadir a mulher de sua escolha pelo aborto. Tais comportamentos são reflexos diretos de como o tema tem sido tratado na esfera pública.

De acordo com Lia Zanotta Machado (2010), o que os conservadores querem impôr não é a defesa do feto, acreditando em seu suposto direito à vida, mas sim a ideia de que a mulher deve aceitar a maternidade no momento da concepção, pois, assim como a Virgem Maria, ela precisa aceitar ser mãe. Daí as investidas das profissionais em buscar “reverter” a situação, parecem querer conformar a mulher no seu lugar de mãe, caso não consigam, buscam puni-las, afinal, essas mulheres estão transgredindo a norma, estão se desvencilhando da imposição da maternidade, desafiando três discursos dominantes, o cristão desviando da ética religiosa; o médico, já que permitem que outra pessoa ou elas mesmas realizem o procedimento; e o jurídico, pois entram na clandestinidade para realizar o ato devido ao contexto de ilegalidade brasileira (Gonzaga & Aras, 2016). Desafiar esses discursos, a moral vigente, significa ir contra o Estado que legisla sobre esses corpos que estão em sua função reprodutiva (Moreira & Marinho, 2019).

O relato de Audre também ilustra como a violência obstétrica pode estar presente no contexto de abortamento, mesmo que a sua discussão esteja mais associada com a violação dos direitos de mulheres grávidas, quando elas perdem a autonomia sobre o próprio corpo, com os profissionais de saúde se apropriando do processo reprodutivo de maneira mecanizada e impessoal (Zanardo, 2017). A perda de autonomia ocorre quando mulheres em situação de abortamento são privadas de analgesia, mesmo quando estão solicitando ou quando ouvem falas preconceituosas por parte dos trabalhadores que deveriam acolhê-las (Diniz, et al., 2014). No entanto, torna-se imprescindível demarcar que mulheres negras sofrem mais com a violência obstétrica em todas as situações que envolvem a saúde sexual e saúde reprodutiva, pois estão sujeitas às esterilizações compulsórias, risco de morte por complicações pós-abortamento, além de serem submetidas a procedimentos mais invasivos no parto (Damasco, Maio e Monteiro, 2012; Leal, et al., 2017; Goes, et al., 2020). As imagens de controle que associam mulheres negras a fêmeas animalizadas, desprovidas de feminilidade, permanecem operando, o que reverbera em condutas de (des)acolhimento.

Para além dessas dificuldades, o acompanhamento psicológico tendo como pano de fundo esse cenário, perpassa também por outras questões, uma delas bastante particular. De

acordo com as entrevistadas, escutar os relatos de violência vividos por essas mulheres, “ressoa em nós”, como afirma a interlocutora Silvia. Esse “ressoar” seria uma certa identificação, um entendimento de que a situação de horror vivenciada pelas usuárias é uma realidade que também pode atingi-las, pois compartilham uma similaridade, são também mulheres:

Eu acho que a supervisão é uma coisa, assim, que..., que ela tem um lugar fundamental pra escuta, **pra dar conta de escutar isso também, a análise pessoal, que acho que não é sem efeito pra gente, ainda mais quando se trata de mulher, né, assim, é uma outra mulher ali na sua frente, sabe. Eu acho que, assim, ressoa também na gente, sabe, então, é um trabalho, inclusive, de poder separar algumas coisas pra dar conta de cuidar de alguma forma, né, dessa outra mulher, né(...). Mas da separação, desse encontro, é porque eu acho que tem algo que é pra todas as mulheres. É uma coisa que varia, com certeza, assim, de classe, de... de conhecimento mesmo, como a gente fala, a pessoa que tem mais formação acadêmica, isso está colocado. Mas acho que é uma coisa que é da cultura mesmo, que a mulher já nasce, assim, em falta, né, a gente já está em um lugar menos.** E quando a gente encontra com outra mulher que escancara isso, que a gente de alguma forma também sente, também nos atravessa, eu acho que isso pode misturar no sentido, assim, de..., não sei, de virar mais um, vamos pensar numa revolta, ou então de queixa, e não é essa a nossa intenção. Não é isso que vai tirar essa mulher desse lugar. **Então eu acho que é uma separação, assim, é um encontro, mas é uma separação necessária também, para não identificar, não ficar identificada, né, assim.** Por mais que a situação seja diferente, mas eu acho que tem algo de uma posição que é da mulher na sociedade, que nos foi..., a gente ainda está muito nesse lugar, né, assim, isso foi colocado, e é uma luta pra gente poder reinventar, né, dizer, não, não é isso, assim. De fato, sair disso, né, desse lugar. (Silvia, 28 anos, branca, católica, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Eu achava pesado. Em alguns casos a gente fica bem angustiado pela história, né, tipo, de ver como a pessoa ficou, de..., sabe, de muita violência, assim, mesmo. Na época, sim. **Às vezes saía muito cansada. Às vezes eram muitos atendimentos.** Numa manhã, né, tinha muitos atendimentos, aí a gente ficava bem esgotada, sabe. **Não acho que é um trabalho simples, acho que a pessoa tem que querer realmente estar lá.** Porque exige muito da gente, né. Por exemplo, tinha psicólogos lá que não aceitavam ir de jeito nenhum. Que achavam que não daria conta dos casos, entendeu. (...) **Então, por mais que a gente tenha uma separação ali, né, porque senão a gente nem consegue trabalhar, né, mas não tem como dizer que a gente não se angustia também, né.** Na época eu fiquei um pouco assim, tinha muitos casos de pessoas que pegavam Uber, e era violentada pelo Uber, ou tava esperando um ônibus e alguém enfiava a pessoa dentro do carro. **Aí, na época, eu comecei a ficar cismada, assim, com isso, sabe, tipo, eu não queria andar de Uber mais. Ou então, se eu pegasse Uber, eu mandava a localização pra alguém, sabe, fiquei querendo, assim, não dar, tipo, bobeira, né, entre aspas. Eu comecei a ficar com medo, tipo assim, de..., sabe, do que pode acontecer, assim. Porque eram umas situações que eu falava, gente, como que você vai imaginar, né, tipo, sair e beber, por exemplo, comecei a ficar com medo, assim, de beber e passar da conta, porque tinha muito isso.** Às vezes a mulher bebia, bebia mais e alguém aproveitava da situação. Ou eu conheci um cara de aplicativo e ia sair com o cara, não queria, tipo, transar e a pessoa forçava, né. Essas coisas assim, sabe. (Maria, 32 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

É justamente essa resiliência pessoal que **vai ter que ter, o processo de psicoterapia, de poder lidar com a angústia humana. E muitas vezes é uma angústia muito profunda, é uma angústia não só a nível psíquico, é uma angústia da alma, é uma dor da alma.** E isso de um profissional atender uma violência atrás da outra, que ele passe, um que quatro horas atendendo angústia, eu já estive no ambulatório, **você sai com a energia esgotada, porque é muito pesado, são pacientes que te demandam muito, não só do seu ponto de vista psíquico, mas do seu ponto de vista energético mesmo, né...** Teve dia que eu saí precisando fazer uma meditação, de centrar de novo, de ir pra terapia, desabafar, né, de ir para um lugar e respirar fundo, de descansar mesmo, de deitar e dormir, recarregar as energias para continuar um outro pico de trabalho. porque **é extremamente pesado.** Porque você está ali com o paciente, quando é adulto, mas muitas vezes você está com uma adolescente, com uma criança, que tem toda uma família por trás, sofrida junto. Tem hora que a família é mais sofrida do que a própria adolescente, porque a adolescente teve uma relação sexual consensual, mas pela lei é considerada violência, né, então, assim... (Isabel, 54 anos, branca, espiritualista, heterossexual, trabalhadora da maternidade referência para aborto legal, grifo nosso).

Silvia aponta para o reconhecimento do que ela nomeia como “menos” cultural que marca as mulheres, demonstrando sua compreensão daquilo que nos aproxima, a probabilidade de sofrermos uma violência. E Maria parece complementar a sua fala ao trazer os seus temores de quando ouvia os relatos das mulheres que acompanhava. O risco de sofrer uma violência em uma corrida em carro de aplicativo, no ponto de ônibus, ou em uma festa em que bebeu um pouco mais, são reconhecidos por ela como riscos reais, que também podem colocá-la nas estatísticas. A violência tem sido rotineira na vida de mulheres e meninas brasileiras (Cerqueira & Bueno, 2023). Os índices de feminicídio subiram em 2022 cerca de 6,1%, já os casos de violência doméstica aumentaram 2,9%, enquanto os registros de assédio sexual obtiveram um acréscimo de 49,7%, e importunação sexual, 37% (FBSP, 2023). Os números de estupro também tiveram elevação significativa, 7% em relação ao ano anterior, sendo a maioria das vítimas do sexo feminino, 88,7% (FBSP, 2023). Esses dados são referentes aos casos notificados, sabe-se que o fenômeno pode ser ainda maior quando se pensa nos casos de subnotificação.

Apesar desses números serem sim alarmantes, cabe uma necessária reflexão não levantada pelas interlocutoras: a violência não incide igualmente sobre a vida de todas as mulheres. Silvia fala das diferenças “de classe, de conhecimento”, mas nenhuma delas aponta a questão racial como elemento a que se deve estar atenta no momento de discutir violência contra a mulher. Como abordei na introdução deste trabalho, as imagens de controle constituídas sobre os corpos de mulheres negras e brancas são diferentes. E tais diferenças são registradas nas estatísticas. Mulheres negras são as que mais morrem por feminicídio, 61,1% ,

enquanto o percentual de mulheres brancas foi de 34,8%. Mulheres negras também são as maiores vítimas de violência sexual, esse número cresceu de 52,2% para 56,8% (FBSP, 2023).

Em relação ao fenômeno do abortamento, essa situação não é diferente, pois as taxas mais altas estão entre mulheres com menor escolaridade, negras, indígenas e residentes em regiões mais pobres (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023). Já em pesquisa realizada em 03 estados do Nordeste, sobre a vulnerabilidade racial e barreiras individuais no acesso das mulheres no pós aborto, Góes et al. (2020) constataram que mulheres negras tiveram mais dificuldade para acessar os serviços de saúde em situações de pós abortamento. Essas mulheres relataram como maior empecilho, o receio de serem maltratadas pelos profissionais de saúde, principalmente em casos de aborto provocado. Esses dados apontam para as intersecções que ocorrem na vida dos grupos subalternizados. Mulheres negras estão sendo mais afetadas pela violência sexual e possuem dificuldades para acessar os serviços de saúde em casos de aborto.

Por sermos trabalhadoras de uma política pública de saúde, ao discutirmos direitos sexuais e direitos reprodutivos, acredito ser imprescindível considerar a discriminação racial tão marcante no Brasil e os impactos que ela causa especialmente às mulheres negras. Reconhecer essa desigualdade é crucial, não para que mulheres negras e brancas não entrem em conflito sobre quem é a mais oprimida, mas para entender quais são os nossos objetivos em comum (Lorde, 2019). O enfrentamento da violência contra a mulher é, penso eu, um objetivo nosso em comum, mas não há como lutarmos juntas pelo seu fim se nós, mulheres brancas, não reconhecermos que o racismo é pungente no Brasil e que, ao lutarmos contra o patriarcado, responsável por essa violência, é também necessário lutar contra o racismo, caso o contrário, só demonstramos que por “estarmos tão enamoradas de nossa própria opressão que não conseguimos enxergar a marca da sola do nosso sapato em outra mulher” (Lorde, 2019, p. 168).

Já Isabel reflete sobre os impactos desse trabalho em sua própria saúde mental. Aqui ela não fala sobre identificar-se às usuárias, mas reconhece o peso de ouvir, continuamente, relatos de violência. A psicologia ocupa este lugar, o lugar de ser a profissão que lida com a esfera do sofrimento, da dor (Silva, 2022; Gonçalves & Sposito, 2019), como já mencionei algumas vezes neste trabalho. Sendo assim, torna-se necessário esse cuidado de si, como ela pontua, buscando meios de alívio para que essas histórias de tanto pesar, desesperanças e injustiças não nos impeça de continuar cuidando de outras mulheres. O autocuidado, o amor próprio, não deve ser compreendido como uma prática narcisista e egocêntrica, mas sim como um ato político (hooks, 2021; Lorde, 2017). Para Audre Lorde (2017), o cuidado de si não é sinônimo de auto indulgência, mas está relacionado ao senso de autopreservação, de um cuidado político. Quando se trabalha no campo da saúde, espaço já conhecido por sua centralidade no cuidar, e não por

acaso, a maioria das trabalhadoras da área são mulheres, esta torna-se uma ferramenta de extrema importância. Isso porque estar bem fisicamente e emocionalmente é necessário para sustentar a posição de ouvir o sofrimento do outro (Guzzo, 2023). Ao estar bem consigo, ao entender os nossos limites como profissionais, criando as nossas estratégias para não se “identificar” em demasia com as histórias escutadas, pode auxiliar na realização de um trabalho feito com mais propósito, com mais dedicação e menos sofrimento (hooks, 2021).

Para além dessa identificação das psicólogas, em relação aos riscos que elas também podem correr, e dos impactos subjetivos de estar no lugar de acolher as mulheres vítimas de violência, há um desconforto de outra ordem relatado por elas. Seria a “impotência”, a “frustração”, por não possuírem ferramentas que auxiliem na retirada dessa mulher da situação de violência e também a “angústia” em ouvir esses casos, como apontam os trechos a seguir:

E já, às vezes, também, assim, trabalhar que há um pouco da frustração do lado do profissional, né. Assim, que nem sempre, talvez, a gente vai..., aquela palavra que você disse no início, né, se não for de sucesso, mas assim..., nem sempre vai acontecer. Nessa mulher talvez saia dessa posição, dessa violência. Mas da gente apresentar. Tem possibilidades, tem saídas. Eu acho que é por aí. (...) **Assim... é... eu creio que sim, porque eu acho que a gente sente um pouco num lugar de impotência. É..., às vezes, a vontade nossa de retirar aquela mulher imediatamente, né, assim, dessa cena. É... de protegê-la, de cuidar, é..., só que..., não é assim.** As coisas não acontecem dessa maneira. Tem uma construção que, por mais que seja difícil, é uma construção dela também. Dela poder apontar saídas para ela. Acho que é isso que é o digno pra essa mulher. Ela poder construir, poder pensar o que ela quer, o que ela pode, o que ela consegue, né, assim. Porque às vezes só o fato de você ir ali e retirar, né, assim, isso não é se apropriar, assim, né, de si. Claro que algumas medidas são cabíveis num momento em que a mulher não dá conta, assim, de enxergar. Mas também, eu fico pensando também se não seria um ato violento, né, essa coisa assim da gente estar ali muito decidindo por ela, né. Acho que a gente tem que ter um cuidado com isso, assim. (Sílvia, 28 anos, branca, católica, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Porque tem caso lá que como é que vai esvaziar esses sintomas se o abusador continua lá perseguindo, não tem como, continua ali perseguindo, continua indo atrás, principalmente ex-namorado, né. Aí não esvazia mesmo não, continua com os sintomas, **a gente fica muito impotente com essa situação.** Porque não tem muito esse contato com polícia, com essa parte judicial, né, a gente pode acolher, né, orientar. Mas aí chega lá na semana seguinte, é... “nossa já fiz não sei quantos boletins de ocorrência e ele continua na porta da minha casa”. Não é fácil, né, bem complicado. (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

“Problemas complexos não pedem respostas simples”. Paula Gonzaga faz essa pontuação em uma das supervisões de estágio em atenção psicossocial às vítimas de violência sexual. As graduandas matriculadas no estágio estavam ansiosas sobre como encontrar meios,

ferramentas que seriam mais resolutivas no acompanhamento das mulheres atendidas. A violência sexual é um fenômeno complexo, impossível de ser compreendido apenas através de uma lente analítica, colocando desafios para os enfrentamentos nas esferas intra e intersetoriais, sendo necessário ancorar-se na interdisciplinariedade, pois envolve aspectos culturais, sociais, políticos, comunitários, familiares, dentre outros (Silva, et al., 2019; Negrão, 2016; Dahlberg & Kug, 2007). As falas de Silvia e Gloria parecem apontar para a crença de que a psicologia, munida apenas da escuta clínica, seria capaz de dar conta por si só desse elemento. O caminho mais fácil seria uma ferramenta que permitisse “retirar” a mulher dessa situação, ou alguma estratégia visando a completa cessação dos “sintomas”. As reflexões das entrevistadas acerca de suas dificuldades vão em direção aos próprios desafios que a formação da psicologia, focada no subjetivismo e no psiquismo, que teoriza sobre a sexualidade e a maternidade a partir de um olhar determinista, nos coloca (Dimenstein, 1998; Gonzaga, 2022). Esse tópico foi abordado em maior densidade no primeiro capítulo, mas cabe retornar este ponto aqui, o de compreender que o trabalho em políticas públicas com questões complexas como essa, não serão sanadas apenas com teorias psicológicas, sendo importante apropriar-se de outros saberes, compreendendo os fluxos, entendendo qual o lugar que nos cabe neste acolhimento.

Uma ferramenta que pode nos ser muito útil no trabalho em políticas públicas, principalmente no que tange ao atendimento à mulher em situação de violência sexual e abortamento, é a interseccionalidade, que se constitui em um princípio organizativo das produções intelectuais das feministas negras (Gonzaga, 2022b). Ainda no século XIX, mulheres negras como Mary Church Terrell, Anna Cooper, Amanda Berry Smith e Sojourner Truth, romperam com o longo silêncio e começaram a dar voz às suas experiências, enfatizando os aspectos femininos de seu ser, que fizeram com que suas experiências e seus seus futuros fossem diferentes dos homens negros (bell hooks, 2019). Séculos mais tarde, o conceito é sistematizado pela intelectual Kimberlé Crenshaw (2002), como uma forma de compreender as consequências estruturais e dinâmicas de como dois ou mais eixos de subordinação interagem. Crenshaw (2002) constrói uma analogia com avenidas, na qual essas vias seriam os eixos de poder: raça, etnia, gênero e classe. Essas vias se cruzam, se sobrepõem. Essas relações fazem com que “as desvantagens interajam com vulnerabilidades preexistentes, produzindo uma dimensão diferente do desempoderamento” (p. 177).

Para Carla Akotirene (2019), somente uma análise a partir do conceito permite compreender a forma como as mulheres negras sofrem a discriminação de gênero. Na ausência da interseccionalidade nos movimentos antirracista e nos movimentos feministas, ambos reforçam as opressões combatidas pelo outro. Sendo assim, a interseccionalidade permite que

as feministas adquiram reflexão política sobre a fluidez identitária subalternas impostas a preconceitos, bem como as subordinações de gênero, raça e classe e as opressões da matriz colonial moderna. A autora também reforça que não se trata de hierarquizar e comparar opressões. A intenção é identificar quais condições estruturais vão atravessar os corpos, quais posições reorientam os significados subjetivos desses corpos.

A aposta de utilizar-se da interseccionalidade nas políticas públicas de saúde, dá-se pela compreensão de que ela nos auxilia no entendimento complexo da formação dos sujeitos, que se constituem a partir de desigualdades sociais e sistemas de opressão, e não por meio de elementos estritamente individuais (Gonzaga, 2022a). A violência sexual que incide no corpo de cada mulher, não acontece da mesma maneira, pois são corpos distintos dotados de uma cor, que veem de um lugar, que carregam uma história, e essa história não é formada só de psiquê. O trabalho das psicólogas nas políticas de direitos sexuais e direitos reprodutivos precisa reconhecer que essas questões fazem parte dos direitos humanos, ampliando o olhar para a questão, e a interseccionalidade auxilia no ajuste da lente pela qual olhamos, trazendo à tona as questões materiais que incidem na produção de sofrimento mental (Gonzaga, 2022b).

Seguindo com as discussões propostas neste subtópico, destaco que, até este momento, trouxe pontos de convergências entre os relatos das psicólogas entrevistadas acerca de suas percepções e inquietações, mas gostaria de abrir o espaço para uma reflexão de apenas uma delas que me chamou a atenção. De todas as interlocutoras, Gloria é a única que tem atuado em um serviço de aborto legal, e esse campo de trabalho suscita questionamentos que os outros espaços não trazem. Agradeço à Gloria por compartilhar suas angústias de forma tão honesta. Sobre a interrupção de gestação no terceiro trimestre, ela diz:

Até teve um caso recente lá, mas esse caso vai ser entrega legal também, que..., ela escondeu a gestação, né, e ela... 8 meses (risos). Ela tava assim, em muito sofrimento, uma menina, adolescente, sabe... muito complexo! É um caso que envolveu a rede também, muito completa. Mas ela chegou lá, eu percebi que a..., eu lembro direitinho, assim, na hora que ela chegou, **lembro que a médica até ficou muito tensa. A gente precisa colocar as possibilidades, porque ela realmente tem, né, as possibilidades de direito dela, mas não seria lá, seria em Uberlândia. Mas, é isso, oito meses, né.** É... aí ela fala o que a gente faz, vamos escutar primeiro, vamo escutar. E a questão, sinceramente, dessa menina, a questão dela era... ela, em nenhum momento, ela falou do aborto, ela queria acabar com isso, acabar com esse sofrimento. Ela queria ter feito uma cesárea pra tirar, entendeu, assim. E ela entendeu sobre a entrega legal, assim, foi a opção dela né. Mas, lentamente, ficou com receio, até eu... assim, “como a gente vai falar isso com ela?” (...) **Tem que matar o bebê antes de ter o aborto. A gente não**

vai falar assim com a mãe, né. Tem que parar o coraçãozinho do bebê antes, né, mas, na verdade é isso, né, tem que matar antes de ter o aborto. É complexo, é... assimilar isso, né, porque, às vezes, para a gente, assimilar isso é difícil, imagina pra uma... uma mãe, né, ali. (...). Aí, lembro que a gente até falou, isso recentemente, a médica falou, “Gloria, e se ela não quisesse, e se ela bancasse?” A gente colocando pra ela a possibilidade, claro que não ia influenciar só ela, né, porque ela é adolescente, ia ser a mãe junto, né. **E se elas bancassem? A gente conversando, assim, né, eu, ela e a assistente social. É difícil, assim, sabe, eu fiquei pensando, assim..., é..., e aí... complexo, complexo, tudo é complexo. Não, nada moral, assim, não é sobre isso, mas..., é... porque é oito meses, né. É isso. Complexo isso, esse caso deixou uma..., mas é isso, e se ela topasse. É isso, né, tem uma escolha ali. E a gente, como serviço de saúde, a gente ia direcioná-la pro lugar que faria isso. Sem dúvida, a gente ia fazer isso. Mas aí vem isso, né? Difícil.** (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

“Complexa” é a palavra escolhida por Gloria para ilustrar o dilema vivenciado por ela na condução do caso de uma possível interrupção de gestação no terceiro trimestre. Ela também opta por utilizar “bebê” ao invés de “feto” para se referir ao conceito. Também fala sobre uma suposta parte do seu corpo, “coraçãozinho”, terá de fazer com que o “coraçãozinho” pare de bater. Essa escolha de palavras demonstra que já existe um movimento de fabricação de pessoa, ou seja, feto é imbuído de personalidade, passa a ser reconhecido como uma pessoa (Lima, 2015). Em pesquisa realizada por Mariana Lima (2015), sobre os significados construídos por meio das ultrassonografias em uma maternidade de Salvador, quando se torna possível visualizar o feto, por meio dessas tecnologias, essa construção acerca do conceito é ativada, tornando-se muito diferente das gestações em estágio inicial, em que não é possível ver “nada”. A partir dessa ativação de significados, feitos a partir da ideia de uma gestação avançada, associada à imagem adquirida pelo ultrassom, o aborto com conceitos maiores geram tanta comoção nos trabalhadores da saúde, sendo compreendidas como situações de grande impacto por eles, nas quais o aborto torna-se mais condenável (Lima, 2015; Lima, 2021).

Comoções como essa podem escalar para atitudes que ameaçam ainda mais o acesso das mulheres ao aborto legal, como é o caso da Resolução do CFM, nº 2.378, de 21 de março de 2024, que regulamenta o ato médico de assistolia fetal, que consiste na aplicação de uma injeção de cloreto de potássio no coração do feto, visando cessar os batimentos cardíacos enquanto está intraútero para a interrupção da gravidez nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro. A resolução estabelece em seu artigo primeiro que:

É vedado ao médico a realização do procedimento de assistolia fetal, ato médico que ocasiona o feticídio, previamente aos procedimentos de interrupção da gravidez nos casos de aborto previsto em lei, ou seja, feto oriundo de estupro, quando houver probabilidade de sobrevivência do feto em idade gestacional acima de 22 semanas (Resolução CFM nº 2.378, 2024, p.1).

Uma das considerações desse documento é a de que o dever médico é zelar pela saúde de todo ser humano. Esse argumento demonstra a posição do CFM – Conselho Federal de Medicina, de que fetos “grandinhos” são pessoas, tendo direitos como outros seres humanos. O discurso alinha-se aos preceitos dos movimentos autodenominados “Pró-Vida” (que vida? de quem?) e a construção abordada nos trabalhos de Mariana Lima (2015; 2021) sobre os profissionais de saúde deixarem de lado o cuidado com as mulheres, para focar apenas no cuidado do “bebê”.

A reflexão de Gloria demonstra a sua angústia e desconforto ao lidar com esses casos limites. Toda essa situação dramática é mais um desastroso resultado da criminalização do aborto no Brasil, do debate moralizante e permeado por um viés religioso cristão com o qual é tratado. As mulheres e meninas chegam nos serviços de aborto legal já em estágios avançados de gravidez devido à falta de informação sobre os seus direitos, de serviços que não são devidamente divulgados, dos equipamentos de saúde autorizados para realizar o procedimento, que permanecem concentrados em cidades de grande porte, o que deixa moradoras de cidades interioranas e também das periferias com mais dificuldade para acessá-los; do descaso e (des)acolhimento promovido pelas equipes de saúde, que fazem com que muitas prefiram não buscar a assistência adequada (Lima, 2015; Lopes & Oliveira, 2019; Goes et al., 2020; Jacobs & Boing 2002a; 2022b). Entretanto, cabe mencionar, com certo conforto, que Gloria termina seu relato pontuando a obrigação dos trabalhadores da saúde em realizar os encaminhamentos adequados. “E se ela bancasse?”. Se ela bancasse, elas iriam orientar e encaminhar porque essa é a sua obrigação, esse é o seu dever e esse é um direito das mulheres que sofrem uma violência sexual (Ministério da Saúde, 2012). Além de ir ao encontro do que estabelece a Resolução nº 8, de 07 de julho de 2020, sobre normas de exercício profissional da psicologia em relação às violências de gênero, com as seguintes orientações:

(...) Art. 2º A psicóloga e o psicólogo contribuirão para eliminar todas as formas de violência de gênero, em consonância com o Código de Ética do Profissional Psicólogo - CEPP.

Art. 3º A psicóloga e o psicólogo deverão acolher e cooperar com ações protetivas à mulher, seja ela cisgênero, transexual ou travesti, e à pessoa com expressões não

binárias de gênero, dentre outras, considerados os aspectos de raça, etnia, orientação sexual, deficiência, quando elas tiverem direitos violados.

§ 1º A psicóloga e o psicólogo colaborarão para criar, articular e fortalecer redes de apoio social, familiar e de enfrentamento à violência de gênero no respectivo território de exercício profissional. (...) (Ministério da Saúde, 2012, p. 1).

Ao escutar, acolher e orientar a adolescente e a mãe, sua responsável legal, sobre a possibilidade de realizar a interrupção em estágio avançado de gestação, a profissional segue as orientações dadas a nossa profissão de não compactuar com atitudes discriminatórias e de opressão, colaborando com as ações protetivas dessas mulheres. Falar de seu desconforto, de suas dúvidas, em outros espaços, como o dessa entrevista, são atos legítimos, mas na assistência prestada, o nosso compromisso é com as orientações postuladas pela norma técnica e pela resolução do nosso conselho, que se complementam para o cuidado nesses serviços.

Por falar em assistência, acolhimento, em práticas de cuidado que podem ser ofertadas por nós, psicólogas, trago a reflexão de Adrienne acerca dos interditos que a criminalização traz para o cuidado em saúde mental:

Essa angústia de estar grávida, dado, dando um desejo por essa gestação, assim, né. Muita ambivalência que é normal e esperado, né? (riso)... num processo de gestação. Muita gente, tipo assim, “pô, eu não quero esse bebê, me ajuda”. **“Me ajuda a fazer algo para lidar com esse não querer esse bebê”**. Mas que você, enquanto profissional, você não pode sugerir, tipo assim, e esse ponto pegou para mim na minha graduação ainda, assim, antes de eu começar a trabalhar como psicóloga. **Como que você vai escutar uma pessoa gestante, assim, as angústias dela, se ela não tem essa opção de interromper a gravidez, é... como uma escolha, assim, que ela pode fazer, sabe.** Porque se fazer isso seria um crime, né. Tipo, é... poderia ser uma coisa que... ia, não sei, eu acho que é um país assim, em que existe um aborto legal, é, eu entendo que isso afeta muito como profissional atende essa pessoa em relação à gestação, porque isso passa a ser uma opção assim, sabe, isso passa a ser uma possibilidade de lidar com essa gestação, assim, sabe. **Porque tem um certo empuxo, assim, do cuidado que eu vejo nos serviços, né. Eu imagino que é muito difícil você escutar essa pessoa que trazendo um direito, tipo, um desejo de abortar, assim, e N motivos, e até uma elaboração sobre isso, e chegar nessa conclusão, e isso tem um impedimento legal, assim, sabe? Isso pra mim vai muito contra o nosso papel. De cuidado, né. De cuidado em saúde, assim.** A pessoa, ela chega à conclusão que é a melhor opção pra vida dela, pra saúde mental dela, pra vida... desse, dessa criança, assim. Ela chega à conclusão que a melhor opção seria o aborto, ela tem uma decisão autônoma sobre isso. E a gente, enquanto profissional de saúde, a gente não pode oferecer isso como profissional do SUS, sabe? Não oferecer esse cuidado. Tipo assim, não, beleza. Quer um acolhimento, vamos lá, vamos lá no Sofia, ver como é que é o parto lá, não sei o quê e tal. **Mas a gente não pode falar, tipo, assim, então, né, vamos considerar isso e tal, você pode, né, você está chegando nessa conclusão, nessa elaboração sobre o seu desejo desse aborto, do mesmo jeito que a gente fala, existe tal, existe Benvinda, existe, não sei o quê, existe um lugar que você pode fazer um aborto legal, seguro e gratuito, assim, né.** Você não pode, não existe essa opção, né, isso eu acho que é muito... **é muito, nossa, é violento, assim, sabe?** Porque aí eu acho que isso direciona muito o nosso cuidado, pra ver lá essa questão, essa possibilidade do aborto, né. **Porque a pessoa pode fazer, né. Se ela chegar mesmo nessa conclusão, ela pode fazer, mas aí ela**

pode fazer um jeito que é inseguro, que um jeito que, aí é isso, ela faz um aborto em casa, aí ela tem que fazer, vai lá no serviço de atenção integral à mulher, fazer uma curetagem, aí ela é tratada igual um... muito mal, assim, muito mal, é isso que a gente escuta, que os trabalhadores recebem uma mulher que eles sabem que fez um aborto e tratam ela muito mal, tem uma punição, né. Inclusive tem um julgamento moral, é... tem tipo assim, deixa ela esperando aí, a gente tá cuidando das mãezinhas aqui, essa aí é a aborteira, aí, pode esperar na maca o dia inteiro, assim. **Foda-se ela, então a gente vê essa violência que isso gera, assim, né. E acho que isso interfere no nosso cuidado, como profissional de saúde, talvez especificamente do SUS, né.** O fato de não ter um lugar que você pode ir fazer um aborto legal e gratuito e seguro. **Não sei, parece que direciona um pouco a nossa conduta. Ah, tipo, beleza, já que não é uma opção, eu bancar esse aborto junto com essa pessoa, então só tem meio que um caminho que é tentar vincular essa pessoa, a esse bebê, vincular a maternidade, sabe.** É uma coisa meio por aí, sabe. Já que eu não posso, é isso, né, eu não posso falar **“ai, vamos pensar sobre aborto, existe um lugar que pode tal, né, isso pode ser parte de seu projeto terapêutico singular, né, (riso) seu aborto, sei lá.”** Mas a gente nem consegue, sei lá, não tem nem como explicar isso, porque isso é uma coisa vetada, assim, né. Aí, é isso, o caminho então, vamos ver como você vai se vincular à gestação, à gestação, a esse bebê que vai nascer e se não, ir articulando uma família para cuidar desse bebê né, isso é uma coisa que aparece muito no, na saúde mental, né, (...). E não seria porque, aí, essas mulheres poderiam abortar... assim, teria menos problema, mas é porque eu acho que isso abre um outro tipo de possibilidade de mudar mesmo, assim, pra qualquer pessoa né. Eu acho que, mas acho que eu tô puta, assim. Mas é porque é isso que eu sinto assim, no serviço, acho que **o fato do aborto ser um crime, eu acho que muda o jeito que a gente cuida e fecha as nossas possibilidades de cuidado para aquela pessoa, assim, porque o aborto poderia ser, eu entendo que o aborto pode ser um cuidado, porque o aborto é um cuidado, é um cuidado em saúde, saúde mental, e a gente não tem essa forma de cuidado,** então isso é muito estranho, assim, isso é muito incômodo, mas isso que eu estou falando aqui, e acho que poucas vezes eu articulei isso, assim, porque é uma coisa muito velada, né. (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

Ao reler o relato de Adrienne, as suas reflexões acerca do cuidado precário que acabamos direcionando a essas mulheres, já que o aborto não é uma opção para nós, recordei-me de um caso que acompanhei no Ambulatório de Violência Sexual durante o período da residência. Tratava-se de uma mulher, pelo que me lembro, no final dos 30 anos, era sua segunda consulta no serviço, o dia de levar o ultrassom para que a ginecologista averiguasse se a data da menstruação era compatível com a data da violência.

De maneira seca e pontual, a médica diz que as datas não coincidem, sendo assim ela não poderia realizar o procedimento. Estávamos na sala, a médica, eu, uma residente de ginecologia e um residente da medicina de saúde da família e comunidade. A mulher questiona, chora, se desespera. Eu também estava desesperada, mas precisava me conter, pois precisava acolhê-la. Olho para o colega residente da saúde da família e ele está visivelmente mal, entre incrédulo e transtornado, não consegue disfarçar. A médica dispensa a paciente, sua postura era distante, não se importava, não se comovia. Chamo a usuária para uma escuta. Falar o que?

Acolher como? Ela estava grávida contra a sua vontade e o serviço falhou em assisti-la. Lembro dela dizer algo sobre fazer de qualquer jeito, estava impaciente e nervosa, com toda razão. Coloco-me à disposição, falo que ela pode voltar quando quiser e me procurar, caso quisesse conversar. Era o que eu acreditava que podia fazer no momento, mas ainda me sentia inútil. O colega residente, ao vê-la sair da sala, correu atrás dela. Disse que queria ajudar, passou um telefone, disse pra ela procurar um serviço específico, sinceramente não me recordo, acredito que seja o de Uberlândia. Depois eu e ele conversamos um pouco, ele falou que estava mal, xingou a preceptora, disse que esperava que ela buscasse o lugar indicado e ficasse bem.

Lembrei desse acontecimento, do início de minha vida profissional, pois ele coaduna com o desabafo angustiante de Adrienne. O que podemos fazer? Como acolher as mulheres que abortam ou desejam/optam pelo aborto em um contexto de criminalização, no qual dizer sobre o assunto pode ocasionar em perigos reais para elas? Quais as possibilidades de intervenção que não corroborem com o clássico papel da psicologia em responder ao status vigente, adequando as mulheres à instituição maternidade, à imposição de ser mãe como forma de validar a sua existência? (Gonzaga & Mayorga, 2019; Zanello & Porto, 2016). Esse tem sido o lugar confortável da psicologia, para onde somos convocadas a falar sobre o que aprendemos na graduação. Há muitos estudos sobre os significados de tornar-se mãe, do binômio mãe-filho, as diferenças de maternagem e suas reverberações na constituição psíquica das crianças, mas poucos sobre a não maternidade, e quando isso acontece, é para abordar os impactos psíquicos da infertilidade como demonstra pesquisa realizada por Trindade (2016). Não temos nos importado com discussões e formulações de teorias, que buscam compreender, por exemplo, quais os efeitos psíquicos na formação subjetiva das mulheres que vivem em uma sociedade que desacredita a violência e culpabiliza a vítima (Gonzaga, 2020). Ou sobre impactos subjetivos decorrentes de seguir adiante como uma gestação não desejada. É comum a psicologia se preocupar mais com as reverberações para o filho que, supostamente, não está recebendo afeto o suficiente, e por isso, pode desenvolver algum sofrimento psíquico, como é o caso das chamadas “mães geladeiras” (Trindade, 2016; Gonzaga, 2019).

Daí a importância da provocação de Adrienne sobre a construção de um PTS – Projeto Terapêutico Singular, que contemple o aborto. Pois a criação de um que aborda a maternidade, a criação de vínculo entre mãe e bebê, é o que somos chamadas a fazer nos serviços de saúde, espera-se que a psicóloga tenha muitas contribuições para essa causa, para convencer a gestante a “aceitar” a gravidez. Cabe destacar que o PTS é um dispositivo de cuidado, compreendido como um conjunto de propostas para um sujeito individual ou para um coletivo, resultante de uma discussão entre equipe interdisciplinar, sendo o seu foco a singularidade da questão

(Ministério da Saúde, 2007). O PTS geralmente é dividido em quatro etapas: diagnóstico, que seria uma análise integral acerca dos riscos e vulnerabilidades que afetam o sujeito e o que ele tem feito em relação a isso; definição de metas que serão negociadas com o sujeito do projeto; definição de responsabilidades, qual o papel de cada um para que o projeto seja efetivado; e reavaliação, momento de refletir sobre o que foi feito e realizar as modificações necessárias (Ministério da Saúde, 2007). O PTS surge dos modelos de cuidado propostos pela reforma psiquiátrica, a partir dos quais se passa a valorizar o conhecimento e as opiniões dos usuários e de seus familiares na construção desse projeto de cuidado (Pinto et al., 2011).

O exemplo de Adrienne sobre uma mulher chegar à conclusão, após um processo de elaboração realizado durante o acompanhamento psicológico, de que o melhor para a sua vida é optar por um aborto pode acontecer, coaduna com o que se busca na construção de um PTS, o sujeito sendo capaz de dizer o que é melhor para si, exercitando a sua autonomia (Penido & Romagnoli, 2018), tendo o profissional como aquele que auxilia nessa contatenação. Entretanto, o cenário de criminalização e ilegalidade coloca uma barreira para que esse projeto siga adiante. A interdição ao aborto faz com que usuária e trabalhadora nem cogitem essa possibilidade, ou cogitem em silêncio, tendo de reconstruir um projeto que, muitas das vezes, vai contra o desejo da mulher, obrigando-a a se conectar à maternidade e iniciar o pré-natal. A construção do papel de “mãe”, ou melhor “mãezinha”, começa a se constituir à revelia de sua vontade, apagando a sua real identidade (Gonzaga, 2022). Qual o papel da escuta psicológica nesse contexto? Ter um espaço para falar dessas angústias, e por que não dessa raiva? Acolhendo suas dores reais, suas incertezas, os silêncios, sem buscar tamponar seu sofrimento a partir de soluções simplistas (Gonzaga, 2022).

A interlocutora bell também levanta importantes reflexões acerca desse cuidado, dessa intervenção interdita:

Eu acho que a questão, aí, do aborto, da interrupção de uma gestação, está totalmente ligada a todo esse discurso, assim, a mulher não tem direito ao seu corpo. E quanto mais a sociedade puder controlar esse corpo dela, melhor, né, porque ela vai ficar passiva e submissa a todas essas, é, relações, sabe? **Eu acho que quando se discute, ou melhor, quando não se discute, porque a gente não discute essas questões, né. A gente tem muito receio ainda, muito tabu de falar sobre, quando chega para nós,** por exemplo, uma mulher vítima de violência, que tem critérios legais para interrupção, é, dessa gestação, assim, **a gente fica um pouco sem saber o que fazer, né, do que ofertar, qual o tipo de escuta, qual vai ser essa estratégia. O incentivo nosso muitas vezes é isso, não engravidar. Se você engravidou, é como se a gente dissesse assim, agora o problema é seu. (...)** E essa questão aqui no Brasil, por exemplo, em termos políticos, quando você discute sobre aborto, ainda tá muito relacionado à religião, ainda está muito relacionado a uma moralidade que é instituída na nossa

sociedade. Então, se você diz sobre, e se você diz assim, olha, essa mulher tem direito, né, ao corpo dela, à intervenção nesse corpo. Nossa! Então quer dizer que você não acredita em Deus, que você... é uma pessoa perversa, que é absurdo, né? **Não são debates que a gente faz nas nossas relações e principalmente dentro dos nossos serviços.** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

O que poderemos oferecer para além da orientação “Não engravide” ou na tentativa de enquadrá-la no lugar de boa mãe? O que resta? bell aponta que ficamos sem saber o que fazer, e é verdade. As possibilidades que temos não são as ideias. Mas ainda precisamos fazer algo, com esse pouco. Dessa forma, permaneço com as elaborações de Paula Gonzaga (2022) para refletir sobre esse lugar da psicologia, sobre a escuta dessas mulheres, “é preciso politizar o nosso olhar, para aprimorar a nossa escuta” (p. 11). Se não podemos construir um PTS que contemple o aborto para todas as mulheres que o desejam, ao politizarmos nossa prática, tendo sempre em vista os atravessamentos de gênero, raça, classe, etnias e sexualidade, podemos auxiliar na produção de um que, ao menos, seja mais justo e coerente. Reconhecendo, assim, que o não desejo da maternidade é uma escolha legítima, que a criminalização do aborto associada a outras opressões como o racismo, afinal a leitura feita nos serviços de saúde acerca dos corpos de mulheres negras e indígenas é atravessada pelas ficções produzidas pelo sistema de gênero moderno/colonial, inclusive uma pressuposição de comportamento hiperssexualizado e de uma alta tolerância a dor (Gonzaga, 2022b). Diante disso, é imprescindível para a psicologia assumir que não é nossa função apaziguar conflitos que marcam a nossa história, não acreditar que nosso papel seja apenas o de aliviar sintomas, mas sim, que a escuta psicológica pode e deve promover direitos e saúde, efetivando uma escuta verdadeiramente acolhedora, buscando compreender qual é a fonte de sofrimento para aquela mulher e buscando minimizá-la (Gonzaga, 2022; Gonçalves & Sposito, 2019). Saber o nosso lugar, o que nos cabe, o que podemos fazer enquanto trabalhadoras da assistência, pode não aplacar todas as dificuldades e angústias, mas pode nos dar forças e ferramentas para continuar exercendo esse trabalho da forma menos dolorosa possível. Mantemos a indignação e a luta pela legalização e descriminalização do aborto, enquanto fazemos o que é possível no acolhimento e escuta dessas mulheres.

Se atender mulheres vítimas de violência sexual e em situação de abortamento é doloroso para essas psicólogas, o que dizer das próprias mulheres? No próximo subtópico, abordarei, a partir do ponto de vista das entrevistadas, os impactos psíquicos da ilegalidade do aborto na vida das mulheres atendidas por essas trabalhadoras nos serviços de saúde.

2.2 Do sofrimento das usuárias – *“Eu acho que isso é uma outra violência, sabe. É uma outra violência que a mulher está sofrendo, quando ela não tem o direito de escolher o que fazer com essa violência que ela sofreu já”*

A psicologia é uma profissão que nos coloca na posição de ouvir a história do outro. Ora com muitos detalhes, compartilhando vários momentos e fases da vida daquele indivíduo. Ora acompanhamos um retrato, a escuta daquele sujeito acontece em uma situação específica, em um recorte bem definido. Ao longo de minha trajetória tive a oportunidade de estar nesses variados lugares. Fui a psicóloga da escuta do momento e também a do acompanhamento longitudinal, aliás, é neste contexto que me encontro agora e em que prefiro estar. Entretanto, independente de qual posição assumi ao longo desse percurso, sempre existiram relatos que nos impactam e que geram reflexões acerca do trabalho executado, de como as políticas públicas andam e de como temos agido como sociedade. Ao conversar com as entrevistadas, percebo que compartilhamos essa semelhança, principalmente no que tange à discussão desta pesquisa, a indignação com os relatos de violência sexual, do não direito ao próprio corpo, o sofrimento que essas situações colocam às mulheres e o questionamento de qual o nosso em meio a isso tudo.

As reflexões de Angela apontam para os efeitos negativos de criminalização a partir de uma perspectiva do não direito da mulher em decidir sobre a sua vida sexual e vida reprodutiva:

Só que esse caso de abuso, assim, eu não consigo nem entender como que ainda existe essa discussão, **porque pra mim é tão lógico, se você sofre uma violência, como que você não pode escolher o que você vai fazer com isso, sabe, tipo assim, pra mim é complicado até, por exemplo, a legalização do aborto, independente de ser violência ou não. Porque a mulher não pode escolher o que fazer com isso, sabe.** Porque tem um monte de gente discutindo aí fora sobre o corpo da mulher, entendeu? **Como se fosse uma propriedade de outros serviços, de outras instâncias, sabe, assim?** Uma discussão do que a mulher vai fazer com o próprio corpo, sabe... Tem o ponto religioso, tem esse ponto também, que pra mim não entra isso na minha cabeça. Mas como que não pode uma mulher decidir o que fazer com o próprio corpo, sabe. Não só pela coisa do aborto, por exemplo, eu não quero ter filhos, e aí eu fui, entrei na fila da laqueadura, só que saiu minha laqueadura. Só que era pra fazer uma cesárea. Eu não vou fazer uma cesárea pra fazer um..., e aí quando eu falei isso, a quantidade de pessoas ficaram assustadas com a minha decisão do que eu quero fazer com o meu corpo, que é não ter filhos, por exemplo. E ainda eu estou podendo escolher, né. **Mas a mulher vítima de violência, ela nem escolheu estar naquela situação, ser violada, estar numa gestação e ainda ter que outras instâncias estarem discutindo o que ela vai fazer ou não com ela mesma, sabe. Isso me intriga, assim. (...) Eu acho que isso é uma outra violência, sabe? É uma outra violência que a mulher está sofrendo, quando ela não tem o direito de escolher o que fazer com essa violência que ela já sofreu.** Ela sofre uma outra violência, que é, não poder fazer o que ela quer com aquilo.

É uma violência em cima de outra violência, eu acho (Angela, 43 anos, negra, pluri religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

Existe uma política de cerceamento da agência das mulheres em relação a sua vida sexual e reprodutiva. Esse controle sobre a sua capacidade reprodutiva intensifica-se com o surgimento do capitalismo e sua constante necessidade de mão de obra (Federici, 2017). As mulheres são colocadas em função da nação, produzindo filhos que se tornarão futuros trabalhadores (Federici, 2017; Roth, 2024). Essa idealização soma-se ao já discutido lugar da mulher em sociedades colonizadas, seres inferiores, domésticos e subordinados (Lugones, 2008). Sujeitas que podem ser assujeitadas, com seus corpos sendo dominados e usados a despeito de seu desejo, como o que ocorre na violência sexual. Os machos se sentem autorizados nessa sociedade colonizada, a exercer esse poder como bem entendem (hooks, 2019; Anzaldúa, 2005). A violência sexual constitui-se assim em um ato de demonstração desse poder, no qual o homem reafirma a sua masculinidade (Segato, 2010).

No que diz respeito à regulação do estado, apesar dos avanços alcançados ao longo dos séculos, esse controle permanece, de maneira mais sutil, mas ainda eficiente. A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata sobre o planejamento familiar, previa a esterilização voluntária apenas nos casos em que a mulher e o homem possuíam mais de 25 anos ou 02 filhos vivos. Recentemente, a idade mínima baixou para 21 anos, mas permanece o período de 60 dias para se refletir a respeito, a partir de acompanhamento com a equipe multiprofissional (Lei nº 9.263, 1996). A questão não é ser acompanhada por essa equipe, mas a forma como este acompanhamento pode acontecer, sendo que, na maioria das vezes, concentra-se em discussões sobre se arrepende mais tarde. Também cabe destacar a própria esterilização, colocada como o “método ideal” para algumas mulheres. Mas para quais mulheres? Visto que no Brasil temos um histórico de esterilizações compulsórias, em mulheres negras, indígenas e de classes baixas (Maio, Damasco & Monteiro, 2012), o olhar colonizado das equipes de saúde acaba oferecendo esse meio de contracepção a esse público específico, como se não houvessem outras alternativas. Ao longo de meu percurso na APS, as ações de planejamento reprodutivo concentravam-se apenas na discussão sobre ter ou não ter filhos, direcionando essa responsabilidade para as mulheres, não abordando outros pontos da lei como a prevenção de IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis e dos cânceres de colo uterino, mama, pênis e próstata (Lei nº 9.263, 1996). O que também é posto de lado nas ações de planejamento reprodutivo é discutir o direito à maternidade bem como da não maternidade, com o amparo

estatal necessário para essas duas demandas, pensando, assim, em justiça reprodutiva de fato (Davis, 2016).

A psicóloga bell também aponta para essas interdições ao desejo da mulher em seu relato:

Eu acho que a questão, aí, do aborto, da interrupção de uma gestação, está **totalmente ligada a todo esse discurso, assim, a mulher não tem direito ao seu corpo**. E quanto mais a sociedade puder controlar esse corpo dela, melhor, né, porque ela vai ficar passiva e submissa a todas essas... é... relações, sabe? **Eu acho que quando se discute, ou melhor, quando não se discute, porque a gente não discute essas questões, né**. A gente tem muito receio ainda, muito tabu de falar sobre, quando chega para nós, por exemplo, uma mulher vítima de violência, que tem critérios legais para interrupção... é... dessa gestação, assim, a gente fica um pouco sem saber o que fazer, né, do que ofertar, qual o tipo de escuta, qual vai ser essa estratégia. O incentivo nosso muitas vezes é isso, não engravide. Se você engravidou, é como se a gente dissesse assim, agora o problema é seu. (...) E essa questão aqui no Brasil, por exemplo, em termos políticos, quando você discute sobre aborto, ainda tá muito relacionado à religião, ainda está muito relacionado a uma moralidade que é instituída na nossa sociedade. Então, se você diz sobre, e se você diz assim, olha, essa mulher tem direito, né, ao corpo dela, a intervenção nesse corpo. **“Nossa! Então quer dizer que você não acredita em Deus?”**, **Que você... é uma pessoa perversa, que é absurdo, né? Não são debates que a gente faz nas nossas relações e principalmente dentro dos nossos serviços**. (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

Ao acompanhar os argumentos daquelas que defendem a legalização e descriminalização do aborto, duas perspectivas são colocadas: a primeira delas é sobre ser uma questão de saúde pública, de injustiça social, de liberdade, e não da esfera criminal, muito utilizada por figuras públicas, sobretudo da política, como demonstra estudos realizados por Schultz & Silva (2024) com as bancadas femininas do Brasil e Uruguai, e por Luna (2014), acerca dos enfrentamentos aos grupos religiosos no Congresso Nacional. Já a segunda, é sobre o direito da mulher decidir sobre querer engravidar ou não, sobre ter controle em relação ao próprio corpo, sendo menos utilizada por essa classe, principalmente no Brasil (Schultz & Silva, 2024; Luna, 2014). Temos aqui duas perspectivas legítimas, mas porque existe uma preferência de uma em detrimento da outra? Principalmente quando se trata de figuras da política nacional? Até mesmo o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ao ser questionado sobre o aborto, afirma ser, individualmente, contra o ato, mas que mulheres não devem ser criminalizadas por se tratar de uma questão de saúde pública (Alegretti, 2024).

O relato de Angela vai de encontro ao segundo argumento, aquele que tem sido utilizado pelos movimentos feministas em defesa do aborto, o de que

a luta pelo direito ao aborto no Brasil tem em seu cerne a radicalidade da contestação contra a interferência do Estado no corpo feminino, contra o disciplinamento moral que se impõe sobre esse mesmo corpo por parte dos segmentos religiosos e contra o moralismo da sociedade em geral e de setores da esquerda, em particular que viam na questão do aborto um viés divisionista e pouco relevante socialmente (Barsted, 2019, p. 180).

Utilizar-se desse argumento como central nos debates sobre a necessidade da legalização da aborto, não exclui o entendimento de que o aborto é uma questão de saúde pública, mas de compreender que para a maioria, inflamada e influenciada por um discurso religioso colonial, cristão, inerente a nossa formação, a vida da mulher vale menos da que a do feto. Este seria o cerne do debate, o direito à vida do embrião, que ainda não nasceu, em contraposição ao direito da mulher sobre o próprio corpo (Luna, 2014).

A indignação de Angela acerca do agravante que envolve engravidar de uma violência sexual aponta a perversidade da sociedade brasileira, pois nestas situações deveria cair por terra a responsabilização da mulher por ter filhos, dos ditados populares tão conhecidos por nós, “quem pariu Matheus que o embale”, “só engravida quem quer”. Digo deveria, pois mesmo nos casos de violência os grupos conservadores têm se posicionado contra, como explicitado por meio da PL – 1904/24, que equipara as interrupções de gestação realizadas após 22 semanas ao homicídio simples, com penas de reclusão de 06 a 20 anos, em todos os casos, inclusive quando a gravidez decorrente de estupro (Câmara dos Deputados, 2024). A votação da PL foi adiada após forte movimentação da sociedade civil, mas a disputa continua, os grupos conservadores têm buscado o retrocesso, pautando a necessidade da apresentação do Boletim de Ocorrência para acesso ao aborto legal, desejando a punição de profissionais de saúde que atendem mulheres sobreviventes de estupro e não notificam a polícia (Câmara dos deputados, 2024).

Podemos compreender esse cenário como o de violência contra as mulheres? Acredito que sim, uma violência derivada dos processos impostos pela violência colonial que se atualiza constantemente por meio do sistema de gênero colonial moderno e sua imposição de uma ordem patriarcal, racista e heteronormativa (Lugones, 2008). A violência seria então simbólica, como proclama Paula Gonzaga (2019). Essa violência, segundo a autora, afeta as mulheres, gerando sentimentos de culpa, auto-ódio, sofrimento psíquico, limitando as suas ações, minando a sua confiança, deslegitimando os seus atos. Nesse sentido, ela segue ainda questionando quais os

efeitos psíquicos de se viver em uma sociedade que culpabiliza as vítimas de violência? Que desacredita esses relatos? (Gonzaga, 2019). Como viver no Brasil de 2024?

O trecho a seguir, da psicóloga Gloria, parece-me uma ilustração sobre como essa violência incide na vida das mulheres, ocasionando sérios riscos não só para a saúde mental, mas também para a saúde física:

(...) E a idade gestacional foi diferente, sabe. Bem diferente. É, na hora que deu esse resultado, né, primeira logística, né, eu conversando com a médica, aquela, né, tensão, assim... E **aí, eu conversei com ela, sozinha. E aí, foi um momento, assim, que ela desabou, assim, chorou muito. E falou assim “eu não vou ser presa não, né?”.** Com muito medo, assim, sabe? Eu disse não, de forma alguma. E nisso ela diz **que eu menti.** Ela falando, né, que ela era garota de programa e que ela foi orientada, né, pelas colegas dela, pra falar sobre isso, né, como uma forma dela conseguir esse aborto, mas que ela é casada, que ela tem dois filhos, pra ela não tem como de forma alguma ter essa gestação, isso tá fora de hipótese pra ela. Ela falou assim, não, não tem como, manter essa gestação, ela falava que ela tinha certeza que não era do marido, é..., esse filho, ela tinha uma noção de quem era, ela mantinha, né, um caso com esse, com esse cliente, e aí a gente conversa, assim, ela disse, você não vai falar isso com ninguém? **Eu disse “não, pode ficar tranquila”, mas acaba que ela deixa, né, no final das contas, não, mas pode conversar isso com a médica, ela achava que ia ter alguma brecha ali, sabe, para a gente fazer, a gente conversa muito com ela, aí ela entende, mas ela fala: ‘eu vou fazer de todo jeito’.** É aquela situação, né, assim, olha, porque a gente conseguiu falar, assim, com essa mulher, é que, olha, **independente de qualquer coisa, pode procurar o hospital.** Porque foi muito ruim sabe. Porque o que acontece, era uma mulher, ela tinha mais idade, ela tinha 40 anos. E ela tinha pressão alta, sabe. Mas ela fala. Ela até ficou com medo, **“mas se eu procurar o hospital, né, depois que tiver uma complicação, né, eu não vou ser presa, de novo, né?”.** Esse discurso. Não, não existe isso. E aí vou reforçando, né, **que ela podia falar sobre isso, e que tinha toda questão do sigilo, né.** Aí a gente foi acolhendo ela, né, falando que, se acontecesse alguma coisa, pra ela não deixar de procurar assistência médica. E esse foi o único receio, assim, sabe, reforçando muito pra ela voltar lá, no hospital, né. **Ela acabou voltando, não achava que ela ia voltar. E ela tinha feito, sabe, ela tinha feito por meios próprios. Mas tava bem, sabe, tava bem, mas possivelmente tinha que fazer uma curetagem, sabe. E isso ela precisava ir no hospital pra fazer. E aí ela não quis fazer, a gente não sabe qual foi o destino disso.** (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso)

A interdição ao aborto legal, no caso da usuária atendida por Gloria, levou-a a realizar o ato de maneira insegura, como muitas mulheres o fazem por não conseguirem acessar os serviços de saúde, mesmo nos casos em que a interrupção é autorizada (Lopes & Oliveira, 2019). Afinal, a proibição não faz com que o aborto diminua, ela só faz com que mulheres arrisquem as suas vidas ao fazê-lo de modo inseguro (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023; Lopes & Oliveira, 2019; Goes et al., 2018; Lima, 2015). O acolhimento ofertado por Gloria, pedindo que ela voltasse ao ambulatório, foi a maneira encontrada pela trabalhadora para garantir minimamente um vínculo com o estabelecimento de saúde e para garantir a sua segurança.

Contudo, apesar de retornar ao equipamento para dar notícias, ela não segue o encaminhamento dado pela profissional de passar por uma avaliação ginecológica que, segundo Gloria, apontaria para a necessidade de realizar uma curetagem. Pode-se pensar que a usuária estava com medo de alguma represália por parte dos outros profissionais em relação a sua conduta? Em estudo realizado por Goes et al., (2018), sobre as barreiras de acesso das mulheres negras em situação de pós-abortamento, seria o medo de ser maltratada pelos profissionais de saúde, ouvindo julgamentos de cunho moralista e sendo submetidas a práticas violentas por parte deles. Esses dificultadores são maiores para as mulheres negras e provenientes de classes populares (Goes et al., 2018). Neste caso, não é dito a raça da mulher atendida, mas Gloria relata que ela é profissional do sexo, um marcador carregado de estigma social que, automaticamente, retira essa mulher do grupo da vítima ideal, construída pelos trabalhadores do setor de saúde, que realizam testes de verdade e produzem inferências acerca do ocorrido (Diniz, 2014).

Construo essa hipótese também pensando sobre a fala da usuária em relação ao seu medo de ser presa, um medo alimentado pela concretude desse risco, como demonstra pesquisa feita por Silva, Moreira e Gonzaga (2019), a partir da análises de sentenças e acórdãos nos Tribunais de Justiça de Minas Gerais e São Paulo, no período de 2013 a 2018, os quais mostraram que das 32 julgadas, 12 denúncias foram feitas por profissionais de saúde que atenderam essas mulheres, o que demonstra o alinhamento desses serviços com a lógica patriarcal e moral vigente. Esses trabalhadores traem um princípio fundamental de sua formação, que seria o sigilo, um direito da usuária resguardado pela constituição, sendo dispensado apenas em situações excepcionais, com o pedido da justiça ou com o consentimento do paciente (Silva, Moreira & Gonzaga, 2019). Na fala de Gloria com a atendida, ela faz menção a essa regra, como uma maneira de assegurar que o cuidado seria prestado e ela não correria riscos. Contudo, percebe-se que esta não é a realidade que está posta. A usuária parece estar ciente disso, pois retorna no local onde foi escutada e acolhida, mas não se arrisca em ir adiante, um temor legítimo, mas que acarreta sérios prejuízos para o seu cuidado integral em saúde.

Retomando a questão da saúde mental, as interlocutoras apontam para dois pontos que chamaram minha atenção, a primeira é sobre os agravantes e atravessamentos da violência sexual cometida por parceiro íntimo. Já a segunda diz respeito à possibilidade de as mulheres se arrependem do aborto e, por isso, desencadearem algum sofrimento psíquico:

Então eu percebo que principalmente nessas situações, é... afetivas, conjugais, enfim, é muito mais delicado e muito mais difícil até para a mulher perceber que muitas vezes o simples fato dela ceder e ter uma relação sexual por pressão, assim, aonde ela até cede e pode fazer um ato sem desejo, mas

para agradar o companheiro, aquilo ali é uma violência velada, é uma violência que tá passando ali banalizada e que é muito naturalizada, pelo, pelo discurso social. E isso muitas vezes é passado, batido, assim, até por afeto, né, com esse discurso. "ai, é melhor assim do que procurar na rua, do que trair, enfim". Então, eu acho que essas situações são ainda mais delicadas porque passam muito pelo discurso do amor e do afeto, sabe. (Ella Shohat, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso)

(...) Eu acho que é muito quando é... aqueles casos de, ah, aquelas violências mais crônicas, de ex-companheiro. A mulher se questiona muito, sabe. **Tá naquele processo ali de reconhecimento da violência. Se sente muito culpada, ainda, pela violência.** Tem muitos questionamentos ainda, sabe? É mais esses, sabe... esses casos assim, têm muitos questionamentos ainda. Quando tem culpa. **Nesse caso é muito importante que volte. Porque, nossa, aí começa arrependimento, aí fez o aborto, e nossa, aí começou com ideiação suicida, aí começa querendo, né, que a vida acabou.** Que realmente é culpada de tudo, né. Essa é uma culpa que fica muito forte, sabe? Agora, eu percebo assim, umas que não voltam, é quando, é muito aquela coisa assim, tipo, eu sei que eu sofri pela violência, tenho ali, meu direito ali, sabe, e quero seguir a vida, sabe? Quando as mulheres estão mais, assim... mais orientadas, né... **Mais quando tem, quando é muito ambivalente nessas situações de violência, é muito mais sofrido.** Há muitas que questionam, assim "será que eu sofri violência mesmo? Será que eu não provoquei?". Maioria quando é de ex-namorado, né, quando é aplicativo, quando é de... aqueles casos quando é de aplicativo, né, de relacionamento, que aí vai lá, conhece a pessoa e acaba acontecendo a violência. **Esse caso é o que mais gera questionamento, assim. Será que foi uma violência mesmo, será que eu que procurei?** Agora, quando é aquele caso assim de, mas mesmo em casos assim, **tem mulheres que são muito firmes assim, né, que nomeiam assim, ó, eu sofri uma violência, isso foi... não sei, assim, eu acho que tem mulher que isso fica muito, muito clara, assim, que nomeiam a coisa como uma violência, que é isso, que eu sou, eu não sou culpada, sou vítima dessa história, tenho os meus direitos e bola pra frente, sabe.** (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso)

De acordo com dados do último Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023), a violência sexual cometida por parceiros e ex-parceiros, em maiores de 14 anos, é de 24,4%, enquanto a de desconhecidos é de 22,8% dos casos. Esses números apontam para um cenário diferente do que geralmente é idealizado, a do agressor atacando mulheres que andam à noite sozinhas em algum lugar deserto. O maior risco para mulheres e meninas é sofrer uma agressão por parte de algum conhecido. Para hooks (2021), a violência doméstica na verdade é uma violência patriarcal, pois tem suas raízes no sexismo, na crença de que um indivíduo pode controlar os outros por meio de várias formas de coerção. Usar o termo violência patriarcal ao invés de violência doméstica, segundo hooks (2021), auxilia na compreensão de que a violência cometida no âmbito privado não é menor do que aquelas cometidas no espaço público.

Durante a pandemia da COVID-19, vimos esse contexto se agravar. Como pontuado na introdução, devido aos fluxos construídos na APS, ao longo do período de urgência em saúde

pública, é a equipe de saúde mental quem fica à frente das demandas de violência. Ao contrário do que imaginávamos à época, de que a maioria das demandas atendidas pela psicologia seriam a de pessoas deprimidas devido ao cenário de isolamento social, luto e medo de contrair o vírus, foram os casos de violência, sobretudo contra mulheres e crianças que preenchem a maior parte da minha agenda.

A política do “fica em casa” escancarou que o lar não é um lugar seguro para muitas mulheres e crianças, afinal, muitas delas estavam confinadas com seus agressores e encontraram dificuldades para realizar as denúncias (Moreira et al., 2020). Ficar em casa, para muitas mulheres, significou o aumento de vulnerabilidades, de coerções, da sobrecarga com os cuidados domésticos, dos filhos, tudo isso acumulado ao trabalho, pois a pandemia ampliou as desigualdades de classe, de raça e de gênero brasileiras (Moreira et al., 2020; Gonzaga, Gonçalves, Mayorga, 2021). Os cortes de Jair Bolsonaro nas políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva contribuíram para intensificar ainda mais essas iniquidades, com serviços de atendimento a vítimas de violências sexual e aborto legal sendo suspensos em um momento em que os casos aumentavam (Gonzaga, Gonçalves, Mayorga, 2021). Cabe salientar que o aumento se deu em contexto de isolamento social, em que o trânsito pelos espaços públicos foi reduzido, o que corrobora com os dados apresentados anteriormente.

Dessa maneira, o relato de Ella aponta para essas peculiaridades da violência patriarcal no âmbito privado, ao verbalizar sobre como muitas mulheres podem não entender o ato de realizar sexo sem vontade com o parceiro como uma violência sexual. A ideia fundada no patriarcado de que os homens, no espaço doméstico, podem exercer o controle e o poder com as mulheres com quem se relacionam (hooks, 2021) fomenta as situações hoje chamadas de estupro conjugal. Essa disparidade de poderes faz com que as mulheres não tenham, de fato, condições de negociar sobre o seu desejo de ter relações sexuais de forma segura e legítima. Quantas vezes já não escutamos que “quando a mulher não comparece em casa, o homem procura lá fora?”, confirmando a ideia de que se a mulher não transa a hora que o homem quer, ele tem direito de procurar outra. Mulheres são socializadas neste contexto permeado por disparidades, o que transforma o ato de consentir em algo complexo, pois não está associado apenas a uma vontade individual, mas sim em relações de opressão e dominação, que perpassam por questões de raça, gênero, classe, idade e etnia (Corrêa, 2020). Às vezes, dizer sim, ou ceder em ter uma relação sexual, não é sinônimo de consentimento, mas resultado dessas opressões tão presentes no âmbito social, inclusive no ambiente da casa. Quando Gloria sinaliza que esses casos são mais difíceis, pois a mulher está reconhecendo que sofreu uma violência e se sente muito culpada. A culpa pela violência é um sentimento, infelizmente, muito comum em

mulheres sobreviventes de violência. Importante frisar que esse sentimento não é fruto de uma produção particular do psiquismo, mas é derivado das construções sociais que colocam as mulheres como responsáveis por sofrê-las enquanto exime os homens de qualquer responsabilidade (Gonzaga, 2019).

Seguindo com as análises, há uma fala de Gloria, a qual acredito ser importante dedicar-me com maior atenção, que trata de quando ela afirma ser importante a mulher retornar para o atedimento psicológico, devido ao maior risco dela se arrepender de realizar o aborto. Essa afirmação corrobora com o caso narrado pela interlocutora Audre em sua entrevista, que também estabelece uma relação entre aborto e arrependimento. Ou melhor, o medo das mulheres se arrependerem de terem feito um aborto:

Existem mulheres que fazem aborto e entendem como um processo do momento da vida, que aquele não era o momento, e continuam a vida muito bem. Agora existem mulheres que não dão conta, né. E isso se torna uma grande ferida para elas. E ela falando que lembrando do relato dessa primeira que abortou e depois não conseguiu mais ter filhos, o que ela fez? Ela pegou o passaporte, saiu de casa, ligou pro pai, aqui no Brasil. Pedindo para ele, pelo amor de Deus, ajudar, porque ela estava fugindo. E aí ela vem, ela vai para o aeroporto, o pai daqui compra a passagem, ela vem da Holanda para cá, com a roupa do corpo. **Porque ela não queria abortar, ela não queria se arrepender no futuro se ela não pudesse ter outro filho.** (Audre, 50 anos, preta, wicca, bissexual, trabalhadora do centro de referência álcool e drogas, grifo nosso).

Audre nomeia o arrependimento pelo ato de abortar como uma “grande ferida” que permanece para algumas mulheres. Ferida é sinônimo de sofrimento, de dor, de pesar. É essa a leitura que fazemos desse termo. Mas outras situações em nossas vidas não podem se tornar “grandes feridas”? Por que uma ferida sobre ter feito um aborto poderia ser maior? Em sua tese de doutorado, sobre a promoção integral de saúde, com ênfase na saúde mental, a mulheres que interrompem voluntariamente a gestação, Letícia Gonçalves (2019) aponta que não se pode realizar uma análise da interrupção de gestação isoladamente, sem levar em consideração os outros atravessamentos na vida daquela mulher, inclusive a história pregressa de algum sofrimento mental (Gonçalves, 2019). Existem outros fatores que podem corroborar para o surgimento de sofrimento psíquico, no caso dos relatos de Gloria e Audre, vemos que se trata de situações de violência perpetuadas por parceiros amorosos, com quem as mulheres tinham um vínculo afetivo, o que torna o contexto mais complexo.

Outra questão que complexifica a relação das mulheres com o ato de abortar é a própria maneira como o tema é compreendido e discutido no Brasil, onde se associa, por exemplo, aborto à assassinato, graças ao modelo de moralidade que tem dominado o debate público. De acordo com Gonçalves (2019), as moralidades constroem esses sistemas de crenças que reverberam em normas sociais que se tornam a base dos julgamentos morais. Esses julgamentos podem trazer exclusão, estigmas e sofrimento psíquico caso introjetadas. Nossa cultura, embebida em colonialidade e religiosidade cristã, favorece essa introjeção e consequente sofrimento. Afinal, esse sistema de crenças difunde a ideia da maternidade como completude feminina, uma vez que uma mulher só se legitima como tal a partir do tornar-se mãe (Gonzaga & Mayorga, 2019). Daí a importância de se analisar as reverberações do aborto na vida das mulheres, levando em consideração o contexto da ilegalidade associado à imposição da maternidade e a esses julgamentos morais (Gonzaga, 2015). Essa leitura não foi feita pelas produções científicas que buscaram corroborar com a ideia de uma Síndrome Pós-Aborto, ou seja, que mulheres que realizam o aborto podem desenvolver quadros depressivos e ansiosos, como Letícia Gonçalves (2019) traz em sua pesquisa. Alguns dos estudos explicitados no trabalho de Gonçalves (2019) são posteriores à publicação da American Psychological Association – APA sobre aborto e saúde mental (2008), em que se constatou que não há como correlacionar diretamente o aborto com a produção de sofrimento mental. O CFP também já se posicionou nesse sentido, em audiência favorável à descriminalização, colocando-se à favor de uma escuta que leve em consideração a experiência das mulheres e os atravessamentos que marcam a sua vida (Sposito e Gonçalves, 2019).

Essa conjuntura é tão danosa às mulheres que mesmo aquelas que engravidam em decorrência de uma violência sexual, relatam sentimentos contraditórios sobre optar ou não pela interrupção. Quando atendia no ambulatório, muitas mulheres costumavam frisar que eram contra o aborto, mas que naquela situação não era possível continuar. Quase como se precisasse justificar ao profissional de saúde a sua decisão, como se o não desejo de gestar, mesmo que seja de um estuprador, não fosse legítimo.

Como Audre aponta, para algumas mulheres o aborto é “um processo de momento de vida”, vão fazer e vão seguir adiante. Para além de seguir adiante, sem desenvolver nenhuma “ferida psíquica”, estudos apontam para a sensação de alívio de mulheres que optaram por realizar a interrupção voluntária de gestação, a despeito do medo, dos julgamentos, e dos riscos envolvidos (Gonzaga, 2015; Zanello & Porto, 2019). Quando não se deseja ser mãe, optar pelo aborto é uma escolha coerente, que deveria ser acessível, de forma segura e gratuita a todas mulheres, compondo seu PTS, como abordei no tópico anterior.

Mas, e quando não estamos falando de mulheres e sim de meninas? Quando ainda não existe maturidade psíquica e emocional para refletir acerca do ocorrido? Quando outras atrizes e atores estão envolvidas nesse processo decisório? Para Gloria e Maria, os casos de gestação em crianças e adolescentes tornam a situação mais complexa, pois o risco dos impactos psíquicos são maiores:

E o que, que é assistolia fetal? Vou explicar isso pra ela, adolescente, e tá totalmente..., traumatizada com tudo, assim, coisa horrorosa, totalmente perplexa. Como que ela vai assimilar isso, que que é uma assistolia fetal? Até que ponto explicar isso pra ela? Enfim, tem que explicar, tem que explicar, tem. Essas questões éticas, né, tem que colocar isso pra ela e pra mãe, né, porque ela é uma adolescente. Que dá uma medicação no coraçãozinho do bebê para ele morrer antes de realizar o aborto. Olha como se torna bem mais complexo. É difícil assimilar isso, né? Você já tá passando por uma situação que é muito difícil, ela quer se livrar. Pra ela, ela não conseguiu assimilar isso. A questão dela era, eu quero fazer uma cesárea pra tirar o bebê. Então, pra ela, talvez esse ponto da entrega legal, assim, foi muito mais válido. **“Assim, eu posso entregar? Ok, só quero me livrar disso”.** Agora, é entender a dimensão disso, que é complexo, né. **E se colocar isso na mãos dela, que ela decidiu, uma menina que tá totalmente traumatizada, que não conseguiu nem falar.** Que escondeu a gravidez durante oito meses..., nossa, é difícil demais. É muito diferente daquelas mulheres que estão muito decididas, que sabem ali..., sabem como é que é. Sabe como é que é meu direito. Não, agora uma menina totalmente traumatizada. E essa menina de 11 anos de Itabira, a menina sabia nem que que era ginecologista, a menina, ela não entende assim. Pra ela, pra ela, ela fala assim, oh, nossa. O que ela entendeu dessa conversa toda, gente muito pouco. **Ela falou assim “eu prefiro fazer a cirurgia, pra tirar”, ela não consegue nem falar bebê. Ela não entende que é uma bebê, não fala bebê, ela não fala gestação, ela não nomeia dessa forma, ela não se apropriou disso. Ela fala assim “eu quero fazer a cirurgia pra tirar”. Que cirurgia? Assim, né, ah, ela vai cortar a minha barriga. Ela entende, né, que o aborto é isso. O aborto é cortar a barriga e ir tirando, né? O que que ela entendeu da entrega legal? “Ah, não, eu teria que esperar nove meses pra entregar pra uma família, mas eu não quero esperar, eu não quero esperar”. Entende? A espera pra ela é muito mais insuportável, né?** Só que essa menina não tem dimensão do que é, claramente, ela não tem dimensão do que é um aborto. Dá um medo assim desses casos. Ela não tem dimensão, eu não sei se vai ter. Esse caso, tá caminhando pra uma entrega legal, tá caminhando pra isso. **Ela mesma não tem dimensão do que é o aborto. Isso são os casos que mais..., é isso que a..., não é nada assim no sentido moral, mas é o medo de traumatizar essa menina.** Quando eu escuto, não sou eu. Essa menina não tem dimensão, ainda mais que se fosse um aborto, seria nesses casos. Quando ela passou de 22 semanas, né, seria dessa dimensão, né, que é mais complicado, né. (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Um caso muito difícil que eu tive lá de uma adolescente, né, ela tinha 12 anos, ela chegou lá grávida, mas ela não chegou dizendo de uma violência sexual. **Ela chegou pra fazer pré-natal com o namoradinho dela. E do pré-natal passaram ela pra violência sexual. E tipo assim, a menina não queria fazer aborto. Só que foi isso que aconteceu, sabe, tipo, quem entrou..., assistente social, ops, é, o conselho tutelar, o judiciário, ficaram tudo em cima da gente.** O pai dela queria que ela

fizesse. Era uma família muito, muito, muito pobre assim, sabe. A menina ficava muito tempo sozinha. E foi muito difícil, porque foi uma pressão da lei, uma pressão institucional, uma pressão dos atores ali que estavam envolvidos. **Em contrapartida, o desejo dela, não era o desejo de uma criança, né, de ser mãe. Porque ela queria ser mãe do..., e gostava do namorado e tudo.** A menina foi abrigada, tiraram a guarda do pai. E aí eu fui buscar supervisão para me ajudar no atendimento com ela. E eu fiquei com ela até..., fiz reunião com a rede e tal, e aí eles acharam que era melhor ela ir para o Cersam. Porque ela estava com os pensamentos de morte depois que fez o aborto. E acharam que era melhor ela ir para lá, então aí eu encerrei o acompanhamento com ela por isso. (...) Entende-se, assim, que ele usou ali de um poder, que ele já tinha mais recurso para entender o que pode e o que não pode, e ela não, sabe. **E eu tinha clareza disso, mas ela sentava na minha frente sofrendo e falando que, que gostava demais do namorado, usava aliança, que queria ter o bebê, já que estava pensando em fazer, aqueles, é chá revelação, sabe, então ficou essa coisa, assim, o desejo dela (...)** (Maria, 32 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Gostaria de iniciar essa discussão a partir do que postula o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, regulamentado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. O estatuto considera crianças aquelas com até 12 anos incompletos e adolescentes de 12 anos completos até os 18 anos. Em seu artigo 4º prevê que:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Lei nº 8.069, 1990, p. 1).

Cabe a toda sociedade civil, comprometer-se na garantia desses direitos a crianças e adolescentes. O documento também aponta para as prioridades do público em ações e serviços de saúde, inclusive na construção de políticas públicas, bem como na capacitação e formação continuada de agentes públicos da saúde para a detecção e enfrentamento das situações de violência contra a criança e o adolescente (Lei nº 8.069, 1990). Em complemento ao ECA, a Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009, versa sobre o estupro de vulnerável e, em seu artigo 3º, o define como ter conjunção carnal ou manter ato libidinoso com menores de 14 anos. Ou seja, toda relação sexual com adolescentes menores de 14 anos enquadra-se em estupro de vulnerável, o que as insere dentro dos permissivos legais para a interrupção de gestação, como é o caso das meninas nos relatos apresentados por Gloria e Maria.

Tratando-se especificamente de aborto legal, a norma técnica que orienta o trabalho com mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual aponta que mulheres e adolescentes devem

ser informadas sobre todos os seus direitos e também acerca dos procedimentos que serão e/ou podem ser realizados (Ministério da Saúde, 2012). O documento também afirma que os profissionais devem levar em consideração a vontade das adolescentes, em detrimento dos responsáveis, no caso de seguir com a gestação adiante. Caso seja o contrário, a adolescente opte pelo aborto e os pais sejam contra, é necessário acionar a justiça para uma decisão (Ministério da Saúde, 2012). Enquanto as menores de 12 anos também necessitam de um acompanhamento do Conselho Tutelar para realizar o procedimento (Ministério da Saúde, 2012). Já a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento (2011), aborda, mais especificamente, a questão do consentimento em relação ao aborto legal, a partir do que é posto no Código Civil. O documento estabelece que a partir dos 18 anos a mulher é capaz de consentir sozinha, exceto nos casos em que seja identificada como incapaz, entre as idades de 16 e 18 anos, a adolescente precisa estar acompanhada do representante legal que vai se manifestar junto dela, e as adolescentes e crianças menores de 16 anos devem ser representadas pelos seus responsáveis que vão se manifestar por ela (Ministério da Saúde, 2011). A norma também salienta a necessidade de respeitar a vontade da adolescente, se ela tiver condições de discernir, caso não queira realizar a interrupção de gestação (Ministério da Saúde, 2011).

Nos relatos de Gloria e Maria é possível identificar como torna-se uma questão complexa atender adolescentes em situação de abortamento. As duas meninas tinham 12 anos, não sendo possível saber se completo e incompleto, para definir se eram consideradas adolescentes ou crianças. Independente disso, elas se enquadram na categoria estabelecida pela norma técnica em que os responsáveis legais devem representá-las. Gloria fala sobre o seu receio em conseguir traduzir para a criança e sua mãe sobre o que seria uma assistolia fetal. Ela percebe que a mãe não tem uma boa compreensão do que está acontecendo e reflete sobre a problemática de deixar essa decisão para a filha. Contudo, pela regulamentação, quem toma a decisão é o representante legal, neste caso a mãe, apesar de a menina também precisar ser ouvida. Já Maria parece inferir que existia um desejo real da menina em ter um filho, que ela tinha planos, que estava em um relacionamento com o responsável pela violência e teve seu direito interditado pelo pai que, como responsável legal, optou pela interrupção legal de gestação.

Não considero essa uma discussão fácil, as dúvidas e temores das duas psicólogas entrevistadas neste trabalho vão ao encontro com os achados de outras pesquisas, que abordam o atendimento psicológico a mulheres, adolescentes e meninas, em situação de violência sexual e abortamento, nos quais também surgiram questionamentos dos profissionais sobre respeitar e levar em consideração as vontades dos menores de idade, ao mesmo tempo em que precisavam

ser tutelados e do temor de que essa postura possa ocasionar traumas futuros (Corrêa, 2020; Leal & Castelar, 2019). Porém, acredito que cabe aqui uma outra reflexão: tornar-se mãe pode ser compreendido como um desejo legítimo de uma menina de 12 anos, ou seria uma repetição de um discurso que nos é colocado desde muito cedo? A ideia de maternagem como principal constituição da mulher inicia-se desde a tenra idade, demonstrando o porquê de ser um poderoso dispositivo colonial patriarcal de controle das mulheres, o que torna a suposta escolha por ser ou não ser mãe uma falácia, pois as mulheres são cobradas constantemente por isso (Gonzaga & Mayorga, 2019). Às meninas, são ofertadas bonecas para brincar, na construção de uma ideia de que o cuidado está diretamente associado ao feminino, ficando a cargo apenas das mulheres, que nascem com este “dom” (Zanello & Porto, 2019). Se nós, mulheres adultas, precisamos refletir acerca dessa escolha, no sentido de compreender se é legítima ou não, como esperar que uma adolescente tome essa decisão? É possível dar voz aos seus desejos sem perder de vista a perspectiva de direitos?

Em sua tese de doutoramento, sobre a escuta psicológica a mulheres e meninas vítimas de violência sexual, Thiago Corrêa (2020) traz uma discussão acerca da noção de consentimento em relação à vulnerabilidade como efeito das políticas sexuais dirigidas aos diferentes corpos. Como trouxe na discussão acerca da violência por parceiro íntimo, o uso liberal do termo consentimento traz a compreensão que se trata de uma ação, de uma escolha individual do sujeito, sem levar em consideração os diversos atravessamentos que podem incidir sobre o ato de consentir (Corrêa, 2020). Já a vulnerabilidade estaria atrelada a uma falta de capacidade de ação, de escolher se alguém vulnerável é visto como alguém objetificado (Corrêa, 2020). Segundo Corrêa (2020), não necessariamente essa ideia de quem é capaz de decidir estará diretamente associada à idade, mas sim aos julgamentos morais de quem o realiza. Ou seja, nem todas as crianças e adolescentes são compreendidas como vulneráveis, como dignas de proteção.

A literatura aponta (Corrêa, 2020; Donath, 2017) que essas leituras sobre quem é capaz de consentir e quem é vulnerável segue atravessado por um recorte de raça e classe. Recordo de dois acolhimentos realizados no âmbito da maternidade e ambulatório de VVS, com duas meninas de 12 anos de idade. Uma era branca, vestia o uniforme de uma escola particular e estava acompanhada dos pais. Havia sofrido violência por parte de um professor de uma atividade física que não me recordo agora. Ela chorava muito, dizia que a relação havia sido consentida, se sentia culpada por ele ter sido preso. Ela foi acolhida pela equipe, todos estavam alinhados sobre a sua não capacidade em consentir, de ter sido um caso de estupro de vulnerável. Um médico chegou a abrir uma exceção para a família, orientando-os a procurá-lo

em seu próximo plantão para avaliá-la novamente, pois havia contraído uma IST. Já a outra menina, negra, acolhida em uma instituição de acolhimento, chega acompanhada ao serviço pela técnica da instituição. Estava grávida do primo de 19 anos, e alegava também ter sido uma relação consentida e afirmava desejar seguir adiante com a gestação. Dessa vez a equipe não se encontrava alinhada, haviam aqueles que mantinham a posição de ser um caso de estupro de vulnerável e, por isso, ela teria direito ao aborto legal, apontávamos para a falta de discernimento e maturidade emocional e psíquica para ela seguir com a gravidez, afinal, era uma criança. Mas outros diziam que não, “nem toda criança de 12 anos é inocente”, “existem crianças e crianças de 12 anos”. Parte da equipe acreditava que ela era capaz de consentir, que se encontrava em um relacionamento amoroso e que poderia ser mãe. Lembro de escutá-la, ela falava do futuro bebê como se falasse de uma boneca, afinal tinha 12 anos de idade.

Quem são essas meninas a quem imputamos a capacidade de decidir? A quem enxergamos desejo e capacidade de ser mãe? Os números acerca de violência sexual contra crianças e adolescentes são alarmantes, crianças e adolescentes continuam sendo as maiores vítimas de estupro do país, a maior porcentagem encontra-se entre os 10 e 13 anos, contabilizando 33,2% (FPSP, 2023). No que tange ao gênero, a maioria são mulheres, e no fator raça/cor, a maioria são negras (FBSP, 2023). A partir desses dados, entende-se que as meninas negras são as mais vitimadas. Os corpos de meninas negras não são imunes ao binarismo colonial, ele permanece operante quando uma adolescente branca de 12 anos é vítima e uma adolescente negra de 12 anos é “quem procurou”. A hiperssexualização, a ideia da mulher negra promíscua também age aqui (hooks, 2019; Collins, 2019), ela orienta o olhar e a conduta dos profissionais de saúde. A escuta psicológica desalinhada da esfera dos direitos, dos aspectos sociais, podem ser arriscadas por levarem as profissionais a psicologizar em demasia uma situação. Ao falarmos sobre desejo, e apenas ele, desconsideramos esse contexto, as pluralidades das vivências da adolescência e da infância (Leal & Castelar, 2019), desconsideramos a infância perdida de crianças que olham para os bebês como se fossem bonecas, bonecas que são ensinadas a embalar no colo, alimentando um desejo pela maternidade que pode não permanecer ao chegarem à vida adulta, momento em que terão, talvez, maior capacidade para decidir.

A interlocutora Lélia traz uma reflexão mais ancorada na perspectiva da proteção dos direitos das crianças e dos adolescente ao opinar sobre a questão:

(...) Pior ainda por causa de todo esse atravessamento moral e religioso. Mais do que nunca, hoje, na nossa sociedade, **a gente vê um levante reacionário, um levante neopentecostal, assim.** As pessoas, com essa formação muito retrógrada, a gente for...

poxa, é complicado, é complicado. Passa muito por isso, né, às vezes, as pessoas negligenciarem esse cuidado em nome disso, né, de..., um olhar particular, né, assim, você tem direito a esse olhar particular sobre o seu corpo, mas o corpo do outro não. Mas essas pessoas não enxergam assim, né, não enxergam assim. **Tá se pensando numa vida que tá pra nascer, mas não se pensa no pós também, e aí, e o pós, né, como é que vai ser? Uma pessoa filha de uma criança de 11 anos, de 9... como é que vai ser, né? Filho de uma mulher foi vítima de violência sexual, como vai ser? Tem nenhuma política pra isso não, pro pós não tem não, não tem não.** Ah, vamos levar adiante e lá no hospital você faz a doação do bebê, né. **Disponibiliza o bebê pra adoção, isso não é fácil não, isso não é fácil, tanto que a gente vê mulheres abandonando os bebês, depois de sair do hospital,** ou às vezes até nem chegam no hospital pra ganhar os bebês, porque sabe de tudo isso, né, tudo isso que criminaliza o processo, né, é só desassistência. (Lélia, 41 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora de centro de referência em saúde mental - álcool e drogas, grifo nosso).

Na fala de Lélia, sua preocupação central é sobre a violência em fazer com que meninas se tornem mães, como foi proposto no movimento contrário ao PL 1904/24, com o lema “Criança não é mãe”. Sua provocação sobre políticas para o pós são pertinentes, depois de crianças e mulheres serem forçadas a gestar e parir, qual será o respaldo do Estado?

Adolescentes e crianças devem ter suas vozes consideradas, mas também precisam ser protegidas. E essa proteção perpassa pela possibilidade de serem informadas, de discutirem acerca da sexualidade e vida sexual e reprodutiva, inclusive nas instituições formais de ensino, afinal, o fato de esses temas não serem discutidos não significa que não sejam vivenciados, o silêncio só fortalece práticas violentas e abusivas (Gonzaga et al., 2019). Este não saber em relação à vida sexual e vida reprodutiva ainda é maior quando se trata de meninas e mulheres, já que socialmente o corpo feminino é entendido como intocável, o que nos distancia do nosso próprio físico, nos deixando ignorantes em relação ao nosso ciclo menstrual por exemplo (Medeiros & Lima, 2024).

Sejam meninas ou mulheres, tendo em vista as diferenças de idade, cabe a nós psicólogas escutar e acolher, tomando o cuidado de realmente escutá-las e não sermos o eco de nossas próprias convicções (Gonzaga & Aras, 2016; Gonzaga, 2022). Não há como ser fácil, não existe uma saída simples, são casos de violência sexual que resultaram em gestações não desejadas. Gestações provenientes de um ato de violência, de dominação do outro. O sofrimento está posto, mas como nós, profissionais, vamos recebê-lo? Tenho dito muito disso aqui, este é o nosso lugar, este é o nosso papel, escutar a dor, acolher o sofrimento, e também auxiliar no processo de ressignificação. Para Isabel e Angela o acompanhamento psicológico se configura neste espaço de elaboração potente:

O que eu percebo é que elas acham o seguinte “se eu não falar, eu vou esquecer mais rápido”. E isso é uma crença que as pessoas têm, né, de que, não falar é uma

forma de esquecer e o que eu costumo trabalhar com os pacientes que atendo e no hospital, que é falando que a gente faz todo o processo de digestão, que equivale à elaboração psíquica do ocorrido. Essa digestão pode ser difícil, pode ser doída, mas é a forma da gente elaborar e esquecer, jamais a gente vai esquecer um fato desse da vida, mas a dor que ela vai ser transmutada, a forma de pensar que vai nos deixar mais segura, uma forma de pensar mais empoderada, mais resiliente, e vai evitar transtornos mentais a posteriori, uma depressão, uma crise de ansiedade, (Isabel, 54 anos, branca, espiritualista, heterossexual, trabalhadora da maternidade referência para aborto legal, grifo nosso).

Porque é difícil para as pessoas também entenderem, né, e aí eu acho que para cada caso a gente vê qual é o ponto que está fazendo esse nó. A pessoa se dá conta de que tem alguma coisa que não tá bem e não sabe por que que não... igual a minha irmã, eu sei o que eu tenho que fazer, mas eu não sei o que eu vou fazer, sabe. **Porque eu acho que tem que ser esse ponto aí que a gente tem que tratar, porque é como se tivesse um script, né, se você estiver numa relação abusiva, não aceita menos que isso, não é assim. Mas quando tá acontecendo é outra coisa, né, é muito pra cada um, assim.** A situação é a mesma, mas o motivo, a causa, o que que dá o nó, é sempre..., de cada um. (Angela, 43 anos, negra, pluri religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

Isabel fala do silêncio que essas mulheres parecem se impor, querem esquecer, fingir que nunca aconteceu e seguir. O não falar, como Isabel aponta, pode gerar mais sofrimentos psíquicos, potencializando conflitos que poderiam ser desarmados (Gonzaga, 2016). Esse silêncio das mulheres estaria associado à vergonha, ao medo e à culpa por um ato tão severamente julgado socialmente? Em sua dissertação, Paula Gonzaga (2015) traz o relato de uma interlocutora que afirma que aquela entrevista é uma forma de confissão, pois naquele momento poderia falar de sua história. A ideia de confissão está associada a essa lógica cristã de absolvição dos pecados, a partir da fala de si perante a um outro legitimado (Gonzaga, 2015).

Cabe à psicologia então desvencilhar-se deste lugar, não somos sacerdotisas que estamos ali para expiar os pecados das mulheres que interrompem a gestação, nossa função é criar um espaço seguro e acolhedor para escutar essas histórias, para auxiliar as mulheres nas problematizações e ressignificações de questões que outrora eram fonte de sofrimento (Gonzaga & Aras, 2016) para entenderem, como afirma Angela, qual o “nó” que as mantém em um relacionamento abusivo sem a submeterem a um script previamente construído.

Acredito que a fala da interlocutora bell consegue traduzir com exatidão qual o lugar da psicologia na escuta às mulheres que realizam interrupção legal de gestação em casos de violência sexual. Ao escutá-la na entrevista e ao ler a sua resposta, fiquei pensando se a psicologia que acredito, aquela que deve buscar acolher e nomear as feridas coloniais antes de tratá-las, que talvez não possa dar tantas respostas, mas ofereça uma escuta qualificada (Nuñez,

2019; Gonzaga, 2022), é a psicologia que bell tem exercido, a prática de bell é a psicologia “do que não”:

Então, é compreender o meu papel de escuta, e de ofertar o que é possível naquele momento. **E entender que se ela não vai dar conta naquele momento, não significa que ela não queira. Talvez ela esteja tão fragilizada, tão vulnerabilizada, que ela não vai dar conta, que ela vai precisar de alguém de apoio realmente que vai estar ali, né.** E o que eu percebo é que a maioria das vezes essas mulheres estão solitárias, né? As redes de apoio, elas não aparecem. Sabe? Naquele momento é..., e aí eu costumo dizer que **o nosso papel é ser ao menos um que não, que não julgue, né, que não exclua, que não reforce esse lugar. Eu estou ali para escutar o sujeito na sua integralidade, sabe, eu penso muito por aí.** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

Ser ao menos um que não é recusar-se a ocupar um papel que pode corroborar com a produção de sofrimento às mulheres que abortam, seja aquelas que realizam um aborto considerado ilegal, ou aquelas amparadas pelos permissivos legais. O sofrimento psíquico em situações de abortamento está diretamente atrelado a como a questão tem sido debatida no Brasil, permeada de preconceitos, discursos moralizantes, envolta na cólera e no profundo ódio que a sociedade, sobretudo os homens, parecem nutrir contra as mulheres (Gonçalves, 2019; Mayorga, 2011, Gonzaga, 2019).

Muitos profissionais das políticas públicas da saúde que atuam neste contexto de criminalização, ilegalidade e preconceitos, podem acabar reforçando as violências contra essas mulheres por meio de condutas de suspeição, punição e culpabilização (Oliveira et al., 2005; Góes et al., 2018; Silva et al., 2019; Silva, Moreira & Gonzaga, 2019; Moreira et al., 2020; Gonzaga, 2022). Todavia também existem aqueles que atuam nesses equipamentos e desejam fazer uma prática contrária a que opera a favor do acolhimento, como os relatos das psicólogas entrevistadas nesta pesquisa. Para algumas delas, fica o sentimento de que algo está faltando, faltando os direitos necessários para que as mulheres verdadeiramente possam estabelecer os rumos de seus projetos terapêuticos singulares, de suas vivências e escolhas sexuais e reprodutivas. Porém, entender o cenário em que vivemos, bem como falar sobre as dificuldades e as dores de se trabalhar nele, não pode ser paralisante e também não muda o fato de que temos um trabalho a fazer.

O último trecho que escolhi compartilhar neste capítulo traz uma aposta na psicologia que não se alinha à produção de sofrimento, e busca a emancipação e o cuidado integral. Mas todas as práticas psicológicas exercidas nos serviços de saúde com mulheres em situação de

abortamento legal trilha esse caminho? Quais práticas de cuidado psicológico estamos produzindo? Como estamos fazendo? É o que pretendo discutir no próximo capítulo.

Capítulo 3 - Sobre o cuidado psicológico em saúde no contexto de violência sexual e aborto legal – “As políticas, infelizmente, ainda não são pensadas para o melhor atendimento dos direitos das pessoas, não são, que dirá das mulheres”

“Não é o que você faz, mas como faz.”

-bell hooks Tudo sobre o Amor

O que significa o cuidado em saúde? Parto do princípio de que o ato de cuidar é socialmente construído, e durante muitos séculos essa ação em serviços de saúde pautou-se pelos princípios mecanicistas e reducionistas de uma abordagem médico-centrada (Merhy, 1999). Houve avanços, é claro, com a consolidação do SUS no Brasil, e seus princípios norteadores de igualdade, integralidade, descentralização e controle social apontam para um novo fazer em saúde. No entanto, as práticas neoliberais pautadas neste fazer centrado em especialidades não integradas permanecem, apontando que os trabalhadores da saúde se esqueceram ou não compreendem que são operadores do cuidado (Merhy, 1999).

Para Emerson Merhy (1999), os profissionais da saúde precisam estar capacitados para realizar ações nomeadas por ele de tecnologias leves em saúde, que consistem na realização de ações de acolhimento, construção de vínculos e responsabilização. O uso da tecnologia leve propicia essa relação que é estabelecida com o usuário do serviço de saúde (Penido & Romagnoli, 2018). Ao realizarmos um acolhimento, entendido como reconhecer o que o outro traz como legítima necessidade de saúde (Ministério da Saúde, 2013a), é o uso da tecnologia leve que está posto para o profissional da saúde, ele precisa se colocar neste lugar de quem está disposto a construir essas vinculações. Estamos conseguindo? Como essa ação ocorre nos casos que envolvem mulheres em situação de violência sexual e aborto legal, visto todo o cenário já apresentado até aqui, de profunda moralidade e descrédito em relação à palavra dessas mulheres?

Uma das psicólogas entrevistadas nesta pesquisa faz a seguinte afirmação sobre as políticas que têm sido feitas para as mulheres:

(...) Então, assim, eu vejo que talvez essas políticas não tenham ainda essa visão ampliada desse papel, sabe, **do que é ser mulher**, assim, a gente idealiza uma mulher perfeita, né, **que seja submissa nas relações, que seja obediente, que seja uma mulher que cumpra com as suas funções sociais, que é cuidar de uma casa e cuidar dos filhos, sem poder reclamar de nada.** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

O não seguimento deste script acerca do que, supostamente, é esperado das mulheres, um projeto construído pelo processo de colonização, no qual as mulheres brancas de classe média, delegadas a ocuparem, exclusivamente, o espaço doméstico, são o modelo norteador para todas as experiências do que significa ser mulher (Lugones, 2008; Collins, 2019, Segato, 2012). A universalização desse “ideal” impede que outras experiências sejam reconhecidas, impedindo que um verdadeiro acolhimento às necessidades singulares aconteça. Afinal, mulheres que buscam os equipamentos de saúde com frequência, que costumam questionar condutas e o modo de funcionamento dos serviços, são caracterizadas como “chatas”, “hiperutilizadoras”, “poliqueixosas”, tendo as suas demandas desconsideradas. Ou nos casos de violência, vemos seus relatos serem desconsiderados. Não por coincidência, a maioria dessas mulheres são de uma classe e de uma cor específicas, demonstrando como as imagens de controle construídas acerca de mulheres negras como agressivas, barraqueiras e hipersexualizadas continuam em pleno funcionamento (Figueiredo, 2015; Collins, 2019; Gonzalez, 2020).

Durante o meu estágio em docência, na condução do estágio de atenção psicossocial a mulheres em situação de violência sexual, junto de minha orientadora Paula Gonzaga, no Ambulatório de Saúde Mental da Mulher, localizado no Ambulatório Borges da Costa e na maternidade do Hospital das Clínicas, em que atuei como preceptora das graduandas em campo, uma das atividades consistiu na construção de oficinas com as trabalhadoras da unidade hospitalar. Ao conversarmos com a coordenadora da maternidade, uma mulher negra, sobre propostas de temas para as oficinas, ela nos sugeriu discutir o cuidado entre mulheres, pois identificava que existiam semelhanças, mas também muitas diferenças entre aquelas que cuidavam, que prestavam a assistência e aquelas que eram atendidas. Recebemos essa ideia com muita empolgação, pois havíamos pensado nesta possibilidade, mas não sabíamos se havia abertura da equipe para tal discussão, de que essas diferenças poderiam impactar em como o ato de cuidar era realizado. A ideia de trabalhar com essa temática nos permitiria discutir com as trabalhadoras o que temos defendido, de que reconhecer essas diferenças entre mulheres, ao invés de negá-las, é uma ação muito mais potente (Lorde, 2019). A Pesquisa Nacional de Saúde (2020) aponta que, em relação ao uso dos serviços de saúde, as pessoas que se declaram pretas e pardas são as que mais realizaram consultas, enquanto temos um grande contingente de profissionais, principalmente de nível superior, que são brancas.

Neste capítulo, pretendo discutir sobre este aspecto, as práticas que as psicólogas entrevistadas têm realizado nos serviços em que atuam sobre o que significa acolher mulheres que possuem vivências, que muitas vezes são diferentes das que elas possuem. Começo pelo

que elas compreendem acerca do ato de acolher mulheres em situação de violência sexual e aborto legal, perpasso pelas práticas de suspeições, ainda muito presentes nesses casos, mesmo indo contra as diretivas legais (Ministério da Saúde, 2011; 2012). E por fim, abro espaço para dialogar com aquelas práticas que considero potencializadoras na oferta do cuidado em saúde, do cuidado psicológico, aquelas que consideram os eixos de opressão que atravessam a vida de cada usuária, atuando como produtoras de sofrimento físico e mental (Miranda, Oliveira & Mayorga, 2024).

3.1 Sobre as práticas de acolhimento e cuidado produzidas pelas psicólogas – “*Eu não posso ouvir uma mulher dizer que sofreu uma violência e não fazer nada com isso, sabe?*”

Para além da definição de acolhimento encontrada na Política Nacional de Humanização do SUS (2013), uma diretriz para todos os serviços de saúde, as normas técnicas para atendimento à mulher em situação de violência sexual (2012) e de atenção humanizada ao abortamento (2011), também trazem definições e direcionamentos para essa conduta profissional. Os documentos falam de um acolhimento livre de julgamentos e valores morais, de estabelecer confiança e manter o respeito, entender o quão complexa é a situação, reconhecendo e aceitando as diferenças, realizando uma escuta atenta, frisando que esta postura é indispensável para o cuidado dessas mulheres, sendo dever de todos os integrantes da equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2012; 2011).

A pergunta disparadora das entrevistas narrativas foi sobre o que as psicólogas entendiam por um acolhimento bem-sucedido com mulheres que sofreram violência sexual, no intuito de conhecer as produções que têm sido realizadas nesses serviços. Essas práticas coincidem com as definições vistas até aqui? Qual a capacidade criativa que elas poderiam apresentar cotidianamente neste cuidado?

Início esta discussão com os trechos das respostas de bell e Ella, pois suas falas apontam para um ponto em comum, a importância deste trabalho ocorrer em equipe:

Eu acho que de experiências bem sucedidas, infelizmente a gente tem poucos exemplos, sabe? É... eu me lembro de um caso .. é ... que nós tínhamos no CERSAM AD de uma usuária, né, que chegou pra nós relatando a questão de ter vivenciado uma violência, ... é..., foi um dos primeiros casos que a gente seguiu com o fluxo, sabe, **fizemos a notificação, né, que é nosso papel ali, dentro do serviço, fizemos os encaminhamentos, na época nós fizemos pro HOB (Hospital Odilon Behrens) e ela conseguiu os atendimentos, sabe, assim, foi, deu prosseguimento a questão dos cuidados e também, é, de todos, é, de todas as condutas ali possíveis, sabe, assim, mas que infelizmente é algo raro da gente conseguir, até porque a gente esbarra numa dificuldade de alguns fluxos, por**

vezes burocráticos, né? E que essa mulher, estando num momento de maior fragilidade, isso acaba... é... fazendo com que ela desista, fazendo com que a gente não consiga efetivar realmente os encaminhamentos, né? (...) Então acho que a partir desse caso a gente começou a ficar mais atenta a essas questões, assim, então, geralmente, a gente sabe que o público feminino é um público que..., é uma minoria nos nossos serviços, né? **E que quando chegam, chegam com vulnerabilidades e fragilidades importantes de uma história de vida ali, e se a gente não toma cuidado, a gente reproduz esses discursos que elas ouviram durante toda a sua vida, né, de fazer um retorno para casa, da mulher não ter direito ao uso de alguma substância, é, dessa mulher receber um tratamento que seja realmente levando em considerações as necessidades dela. Então, com esse caso a gente conseguiu abrir algumas portas, inclusive para ampliar o nosso olhar em relação a como devemos tratar essas questões, que acontecem, mas que muitas vezes, é, talvez, a gente banalize também.** Então, foi uma forma de mostrar para essas mulheres que aquele espaço, é, sendo um espaço considerado de tratamento da saúde, que isso faz parte do nosso fazer, né? **Eu não posso ouvir uma mulher dizer que sofreu uma violência e não fazer nada com isso, sabe?** Então eu acho que esse caso, ele é exitoso nesse sentido, porque a partir dali, todos os outros relatos que a gente ouvia, a gente dava as tratativas, né, assim, mesmo que não tivesse acontecido naquele momento, mesmo, é, que já tivesse acontecido, é importante fazer a notificação, sabe? Porque senão a gente, inclusive, não consegue movimentar essa política de atendimento a essas mulheres. Então, fazer o nosso papel foi bom por esse motivo, né, assim. **Nós conseguimos ter uma outra dimensão de escuta dessas mulheres que chegam para nós, sabe?** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

De um homem trans que foi... vítima de uma violência sexual... é... teve uma, foi, acabou tendo uma gravidez e optou pela interrupção da gestação decorrente dessa violência sexual e chegou até nós no ambulatório de violência sexual e nós fizemos todo o acolhimento, todos os fluxos, enfim. E ele foi encaminhado para o bloco obstétrico, enfim, e teve toda uma articulação, todo um cuidado da equipe, assim. Acho que foi... Eu não tenho certeza na época, assim, se a equipe já tinha acolhido um outro caso semelhante, assim, mas eu percebi que a equipe toda, pelo menos daquele plantão, naquele dia, ficou bem sensibilizada e estava bem atenta, bem cuidadosa, assim com a particularidade, com a delicadeza daquele caso... é... de um paciente que estava bem fragilizado pela questão da violência sexual em si, e para além do mais de... de ser um público muito diferente, que a gente não estava acostumado a ver ali no dia a dia do hospital... é... e que precisava de todo um cuidado diferente por ser um homem trans tinha toda a questão, é, da identidade de gênero que a gente precisava estar atento com o nome social, com cuidado, assim, diferenciado em relação ao espaço físico ali, em relação à intimidade dele, é, a toda abordagem, enfim. E eu acho que foi bastante desafiador a gente estar atento a isso, mas eu acho que ver a equipe empenhada nisso e como que funcionou ao longo de todo o procedimento, eu acho que foi muito bacana, me marcou muito e... acho que foi muito bem sucedido, sabe? Acho que foi uma experiência muito interessante que me marcou muito nesse sentido. Eu nunca tinha participado de um acolhimento nesse sentido e acho que foi uma experiência muito interessante de ter presenciado, e ter participado e ter conduzido junto com a equipe. (...) Então, eu acho que o que marcou, foi que a gente tinha um homem dentro do acolhimento ali, um homem paciente dentro do

bloco obstétrico, passando por um procedimento de interrupção da gestação, e que a gente precisou repensar todos os nossos fluxos, assim. E me marcou muito, principalmente... é... como a gente precisa avançar muito nessa discussão da interrupção da gestação, da gravidez, enfim, porque de modo geral, quando **a gente fala disso, no senso comum a gente está pensando em mulheres cisgênero, né, a gente não amplia tanto o nosso olhar para as pessoas trans.** (Ella, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso).

Ao reler os relatos de bell e Ella, foi possível perceber como uma situação específica, pode auxiliar na mudança dos processos de trabalho. Ambas destacam que essas mudanças ocorreram para toda a equipe, que parecem ter repensado as suas práticas de cuidado. As duas normas técnicas, como pontuado anteriormente, destacam que o acolhimento é função de todos (Ministério da Saúde, 2012; 2011). Esse ponto é importante, pois entende que esse ato não é uma função exclusiva da psicologia. Quando se trabalha em um serviço de saúde, é muito comum sermos convocadas a assumir o lugar de “acolher” e de “escutar”, como se esta fosse uma função apenas da psicologia, um saber exclusivo da nossa categoria, o que nos coloca naquela posição subjetivista na qual não devemos nos acomodar (Dimenstein, 1998).

Quando refletem sobre as situações que se apresentaram, as equipes parecem acionar, a reflexividade, ou seja, repensar o seu lugar, quais práticas de saúde estão promovendo, quais os marcadores que perpassam pela vida daquela usuária? (Miranda, Oliveira & Mayorga, 2024). É o que ocorre quando as psicólogas falam sobre a necessidade de repensar os fluxos de atendimento e encaminhamento construídos na rede. A entrevistada bell aponta para a importância, por exemplo, de realizar a ficha de notificação/investigação individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, de caráter compulsório, pois a notificação auxilia na construção de ações de prevenção, proteção, monitoramento e vigilância (Ministério da Saúde, 2012). Muitos profissionais parecem se esquecer, ou de fato não sabem, que realizar essa notificação é tarefa de todos, e não deve ser delegada para uma categoria em específico.

Ou quando Ella destaca as adequações necessárias para acolher um homem trans no bloco obstétrico e como a equipe precisou repensar suas práticas de cuidado para prestar uma assistência adequada. O abortamento em homens trans ainda é assunto pouco discutido, sendo destacada na Norma Técnica (2012) a necessidade de se considerar as vulnerabilidades que atravessam a violência sexual nos casos de homens trans. A menção vem junto de outros grupos considerados “minoritários”, mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres do campo e floresta, pessoas idosas, com deficiência, gays e lésbicas. Percebe-se aqui que a política segue o padrão de construção de políticas públicas que consideram a experiência de pessoas brancas

e de classe média/alta universais (Akotirene, 2019; Gonzaga, 2022), enquanto as outras são entendidas não como experiências legítimas, mas como exceções à regra. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (2013) aborda a necessidade de garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT nos serviços do SUS, por meio de definição de estratégias, mas não aborda, em específico, a questão do aborto. O aborto é uma possibilidade para os corpos de homens trans, eles também estão sujeitos a sofrerem violências sexuais e precisarem desses serviços, sendo imprescindível a construção desse debate nos serviços de saúde (Junior e Drehmer, 2023). Bem como podem optar por uma gestação planejada, em que o desconhecimento e o preconceito da equipe não é menor, como demonstra o relato de Apollo Arantes (2023) sobre a sua jornada para conseguir uma assistência qualificada durante a sua gestação. O autor denuncia que mesmo tendo condições financeiras para o acompanhamento, foi difícil encontrar profissionais que possuíssem uma conduta ética e acolhedora. Acredito que essa questão deva ser discutida com maior minúcia, o que não conseguirei realizar neste trabalho, mas gostaria de deixar essa breve reflexão sobre como a saúde ainda invisibiliza os corpos que não fazem parte do campo visível/clara da divisão colonial (Lugones, 2008).

Seguindo com as definições de bons acolhimentos, outro ponto levantado durante as entrevistas, que também coincide com o que encontramos na definição feita pelas políticas, é a de orientar as mulheres no momento do acolhimento:

Eu acho que tem um amparo nesse momento, quando isso chega no centro de saúde, geralmente acho que chega noutros lugares, talvez mais... mas quando isso chega no centro de saúde, essa primeira escuta, eu acho que ela é muito fundamental. Esse primeiro acolhimento, né.... acho que é importante também, **um acolhimento bem sucedido, fazer uma orientação em termos jurídicos da coisa, assim, né, lembrar dos serviços mesmo, assim, né?** Tem a delegacia da mulher, tem o... é... isso né... a Casa da Mulher Mineira, tem o Bemvinda, que tem um tipo de orientação, né, que você pode receber lá, conversar com assistente social, psicólogo, é uma equipe jurídica assim, de forma, falar que isso existe, né, eu acho que esse primeiro momento não é... pra... é isso, na verdade, nenhum momento, né? Acho que é uma decisão sempre dela, de quanto ela quer judicializar assim, a coisa. **Mas que eu acho muito importante que a gente fale, né, que esses serviços existem, né.** Que tem uma lei que respalda ela, assim, mesmo que a gente saiba que esses atendimentos muitas vezes não são bons, que a gente saiba que muitas vezes a lei (riso) não haja, assim, né, **mas eu acho que num atendimento bem sucedido a gente tem que falar que isso existe, né, que tem uma rede, que tem um cuidado, assim, que vai para além da saúde e orientar dentro do serviço de saúde também.** (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

Orientar as usuárias no que tange aos serviços disponíveis na rede constitui-se em uma diretiva para um acolhimento efetivo, postulado pelas normas técnicas (Ministério da Saúde, 2011; 2012). Principalmente dado ao contexto de invisibilidade dos serviços de atenção à mulher, sobretudo os de aborto legal, que possuem pouca publicização e são desconhecidos dos próprios trabalhadores da saúde (Silva, 2020; Lopes & Oliveira, 2019; Lima, Larocca & Nascimento, 2019). Ao não serem informadas sobre os seus direitos, muitas mulheres acabam por chegar nesses serviços com a gestação já muito adiantada – isso quando chegam – pois, por não saberem desses dispositivos acabam por realizar a interrupção em contexto inseguro (Silva, 2020; Lopes & Oliveira, 2019).

Ainda no que tange ao acesso para a realização do aborto legal, as interlocutoras que trabalham, ou já trabalharam nesses serviços de referência, entendem que um acolhimento bem-sucedido é aquele em que as mulheres conseguem realizar a interrupção e são capazes de elaborar sobre essa escolha:

(...) Tipo assim, **a gente teve casos em que era realmente necessário, por exemplo, fazer um aborto legal, né? E que a gente ter conseguido fazer o aborto legal foi bom pra pessoa, né, assim, é...**, claro, né, é um momento difícil, mas a partir daquilo a gente viu **que alguma coisa apazigou pra seguir em frente**. (Maria, 32 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

(...)Deixa eu pensar, porque tantos casos. É..., tá eu vou falar um caso de aborto legal. Ó, foi um caso de... ela chegou, uma mulher, mulher adulta, **ela chegou bem decidida já em relação à questão do aborto, assim, esse ponto da decisão dela sobre o aborto, não era uma questão, ela não estava em dúvida sobre isso**, mas ela estava com muito receio, assim, do julgamento. Ela chegou, assim, no atendimento, foi o atendimento que a gente fez primeiro todo mundo junto, a médica, a assistente social, os residentes que estavam lá e eu. E ela já chega, assim... é... ela chega meio acuada, né, e a médica começa a conduzir assim, né, tentando entender o que aconteceu e ela fala da violência. E aí, já fala que ela descobriu que lá no Odilon faziam, né, o aborto legal. **Ela tava com muito medo, né, do julgamento, ela fala muito de julgamento. E aí, como conta, assim, ela dava espaço pra ela falar e eles conseguiam, assim, né, escutar bastante ela**. E..., e nesse dia, assim, aí, ela começou a falar e ficou meio angustiada. Aí a médica falou assim “olha, se você quiser conversar com a Gloria, com a psicóloga sozinha, você pode conversar. Depois, a gente continua, isso das orientações, né, direitinho”... Aí ela preferiu. Então, parou o atendimento, eu fui com ela pra sala e eu não ficava perguntando, né, o que aconteceu. Ela mesma não falou livremente né, tudo o que aconteceu, né, contexto aí da violência, né, como é que ela descobriu a gravidez e que ela não tava querendo, primeiro, falar com ninguém da família, que era muito difícil pra ela, que ela não queria também fazer o boletim de ocorrência. **Ela achava que pra procurar o auxílio médico, né, ela precisava fazer o boletim da ocorrência, né**, pra auxílio médico, mas não é necessário, né, pro atendimento. Uma não depende da outra. E aí, é isso, no atendimento, ela foi falando sempre sobre esses sentimentos dela, né. O medo do julgamento, o medo... É, ela fala que ela estava com muito medo do... da idade gestacional no ultrassom, da diferente, da data, da violência. Porque ela também, ela tem um, marido, né, tinha um marido. (...) Então ela tava com vários medos, assim,

sabe. Mas ela voltou, e ela fala muito disso, assim, do... Como é que ela falou do...? Como é que foi, o que ela imaginou, assim, que seria mais rápido, mas que rolou um problema e demorou muito, que é muito difícil, né, esse momento **de espera, que ela não imaginava, assim, né, que seria dessa forma, mas que foi, que ela tava se sentindo bem, foi que ela se sentiu, né, foi uma escolha certa, sabe.** Mas que ela, quando a gente conversou com ela, foi, uma coisa que a gente representa no ambulatório ali, né. Uma coisa é a vivência ali no corpo, né. Muitas vezes demoram horas, né, as vezes o bloco tá cheio, aquela confusão danada, né. **É... demora, às vezes, muito tempo, então, ela imaginava que ia ser mais rápido, que ia ter, às vezes, mais privacidade, e foi muita gente. Então, ela falou que imaginava uma outra coisa, mas que tá tudo bem, assim. Foi a decisão dela. Ela estava tranquila, estava em paz, sabe.** Ela não se sentiu julgada, ela tava com muito medo de... desse julgamento, depois ela localiza que ela própria estava se julgando, né, também. E aí, depois, até atendi ela algumas vezes depois. Ela topou, assim, mais algumas vezes. **Mas aí, a coisa foi se esvaziando, sabe. E aí, ela foi..., foi seguindo, sabe. Então, um caso assim que eu achei bem..., bem sucedido, sabe.** (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

(...) Olha, nesse caso ele foi muito produtivo, **ela conseguiu fazer elaboração, foi um abortamento que assim, até o pós abortamento, foi uma mulher que estava serena, demonstrava, né, estar serena e segura da sua escolha, apesar de ser contrário à sua fé.** Mas como ela não sabia quem que era o pai e ela partiu pela lei, pelo direito que ela tinha de ter esse abortamento e pelo contexto social que ela estava passando, no momento que ela não teria condições de criar mais um filho. Né, e estava com receio de como que seria essa afetividade. Porque ela não queria que no futuro dessa criança, essa criança começasse a ficar rebelde, ela jogar alguma raiva em relação a essa gravidez, que poderia ficar inconsciente, mesmo ela trabalhando, ela não queria projetar isso no filho. Porque ela acha que o filho tem que ser amado. Né... ele não pode sofrer as consequências de atitude dos pais que eles sofreram ou foram tomados de forma deliberada. **Né... então, eu vejo que foi um caso bem construído, bem elaborado, que ela teve tempo de elaborar esse processo.** Porque ela veio, então, assim, ela teve..., **pelo menos umas quatro consultas no ambulatório para pensar direito, né, sobre o que ela queria, ou até mais, porque como ela veio em acompanhamento desde o ato de violência, ela teve quase dois meses para pensar.** (Isabel, 54 anos, branca, espiritualista, heterossexual, trabalhadora da maternidade referência para aborto legal, grifo nosso).

Parece-me que as interlocutoras preocupam-se em conseguir ofertar um espaço para que a mulher elabore acerca da decisão de abortar. Maria fala em apaziguamento após o aborto, Gloria fala sobre a mulher “estar em paz” com a sua escolha, e Isabel caracteriza a usuária como “serena”. Se até o momento as psicólogas trouxeram elementos para um bom acolhimento, que dizem de uma perspectiva mais focada no âmbito dos direitos das mulheres e também dos processos de trabalho dentro de uma instituição, agora o cerne é o da escuta da subjetividade dessas mulheres, o que também é uma função da psicologia nos serviços de aborto legal. De acordo com a norma técnica de *Atenção Humanizada ao Abortamento* (2011), deve-se considerar as especificidades das categorias profissionais na produção de um bom acolhimento,

e, no caso da psicologia, entende-se que há um enfoque diferente na abordagem das questões emocionais, sociais e relacionais. Já a norma de *“Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”* (2012) prevê que o atendimento psicológico deve ser oferecido à mulher na primeira consulta e mantido pelo tempo que for preciso.

Em estudo realizado por Gonzaga e Aras (2016), com 06 psicólogas que atuam em maternidades e centros obstétricos de Salvador (BA), as pesquisadoras apontam para a importância do atendimento psicológico como um lugar de elaboração dessas mulheres (Gonzaga & Aras, 2016), coadunando com as respostas das entrevistadas nesta pesquisa. Gloria e Isabel trazem elementos particulares da escuta realizada com as usuárias, mas que convergem em um mesmo lugar, a estigmatização, o medo de julgamento por parte do meio social e receios que envolvem uma interrupção de gestação no Brasil, mesmo que seja legal (Gonçalves, 2019; Silva, 2020; Gonzaga & Aras, 2016). O acolhimento psicológico pode se concretizar em um importante espaço para que essas mulheres possam falar sobre o ocorrido sem o medo de recriminações de cunho moral e religioso que podem vir a encontrar ao falar sobre sua escolha pelo aborto com familiares e amigos.

Para além de um acolhimento com a especificidade que envolve a escuta por parte da psicologia, Gloria e Isabel abordam a importância de um acompanhamento que ocorra de forma longitudinal a esse processo e que pode levar mais tempo. Essa percepção é compartilhada por outras entrevistadas quando questionadas sobre o que acreditam ser um acolhimento bem sucedido:

Eu atendi uma moça, que era uma hipótese diagnóstica de um transtorno bipolar, mas ela estava numa fase muito depressiva e ela tinha um ex-marido, né, muito abusivo, assim, muito, era bem mais velho do que ela. **Ele seguia ela nos lugares que ela ia, colocava tipo um GPS no carro pra saber onde ela tava indo, ia nos atendimentos com ela, ligava no horário do atendimento, no meio da sessão pra saber onde ela tava. E com o acompanhamento, assim, ela conseguiu..., sei lá quantas vezes ela tinha tentado separar dele e não conseguia..., mantém essa separação.** E eu acho que com os acompanhamentos, tanto com o empoderamento dela mesma, porque ela tinha mais uma dependência emocional, tinha uma dependência financeira, mas tinha uma dependência emocional muito grande. **E com os acompanhamentos ela conseguiu, terminou o curso de técnico de enfermagem dela, conseguiu emprego, separou dele, arrumou um namorado, conseguiu seguir a vida dela, mas eu acho que, o que conseguiu fazer, o divisor de águas foi o acompanhamento psicológico, sabe assim.** Que ela conseguiu manter essa separação. Ela já tinha tentado muitas vezes se separar dele e ela sempre voltava. Porque ele fazia várias chantagem com os filhos, com namoradas, com várias coisas. (Angela, 43 anos, negra, pluri-religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

São vários, né? Principalmente na clínica AD, a gente tá constantemente passando por essas situações. **E eu acredito que ele é bem-sucedido, quando a mulher consegue perceber que ela estava numa situação de violência, que muitas vezes elas nem se dão conta disso, né?** E a gente consegue fazer todos os encaminhamentos necessários. Aqui na região do Barreiro, a gente encaminha para o Hospital Júlia Kubitschek, que faz toda a propedêutica de prevenção, exames, profilaxias que são necessárias. E na clínica AD, principalmente, que é minha área de atuação, esse é um desafio constante, porque a mulher, principalmente, **quando ela está na cena do uso, e ela está na fissura do uso, ela joga com corpo. O corpo que entra como uma moeda de troca pra ela conseguir a substância. Então é muito complicado elas se darem conta disso, porque o primeiro ponto de um tratamento de mulher, principalmente, é ela perceber que o corpo não é moeda de troca. E parar, às vezes não parar o uso, mas parar com essa troca. E isso pra gente é o que a gente trabalha, que chama redução de danos. Quando a gente consegue fazer isso, pra gente já é, assim, um grande sucesso.** (Audre, 50 anos, preta, wicca, bissexual, trabalhadora do centro de referência álcool e drogas, grifo nosso).

Angela aponta como o acompanhamento psicológico configurou-se em uma importante ferramenta para a emancipação da usuária, para que ela, de fato, conseguisse romper com o ciclo de violência e construir uma nova trajetória para as suas vidas. Enquanto Audre descreve as experiências exitosas com mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, que passam a compreender que não precisam utilizar do corpo para realizar o uso. Essa é a potência do atendimento psicológico, aquele que propicia uma escuta, um acolhimento que promova o cuidado e a saúde (Gonzaga, 2022). Obviamente, não podemos dizer que isso se concretizou apenas a partir do acompanhamento, pois existem outros elementos que podem estar em jogo na história de cada uma, como suporte de familiares e amigos, emprego, renda, moradia, alimentação, lazer... mas, a psicologia pode e deve manter-se neste lugar que visa a transformação, principalmente, quando estamos falando de mulheres em situação de violência, esse é um compromisso de nossa profissão, não pactuar com este cenário (Gonçalves & Sposito, 2019). Cabe a nós, psicólogas, sermos parceiras dessas mulheres na construção de novos padrões de relacionamentos amorosos que não repitam as situações de violência, entendendo que podem receber mais do outro, aprendendo a se amar e a se respeitar (hooks, 2019).

Orientar, encaminhar, informar, escutar, inserir em acompanhamento psicológico, auxiliar no processo de rompimento com situações de violência. De modo geral, essas foram as definições de acolhimento bem-sucedido para as psicólogas entrevistadas. De certa maneira, vejo os relatos de Lélia e Silvia como uma síntese do que suas colegas abordaram:

(...) **Mas eu acho bem sucedido quando a gente consegue acolher sem julgar e consegue que essa pessoa seja inserida nas políticas públicas adequadas, para ter todos os cuidados com a saúde do corpo e a saúde mental também.** Então, acho que

seria isso. (Lélia, 41 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

Eu acredito... primeiro, o cuidado com essa mulher, que chega violentada. Eu acho que a gente poder pensar também o que é que se encaixa em uma violência sexual. **Não creio que seja, vamos dizer assim, só às vias de fato. Eu acho que é uma coisa que vai para além disso.** Mas, no primeiro momento, eu penso no acolhimento dessa mulher mesmo, o cuidado, inclusive com esse corpo que chega violado, que chega violentado. E nas medidas legais também pra isso, né. **As orientações cabíveis, de proteção física dessa mulher. Se for o caso, inclusive, de protegê-la territorialmente mesmo desse agressor.** E de um acompanhamento continuado, porque creio que não é sem efeitos físicos e psíquicos também. Eu acho que isso desemboca em muitas questões, como essa mulher vai lidar com essa invasão, essa coisa do real, do corpo. Acho que as medidas iniciais que eu penso são por aí, nesse sentido. **Do acolhimento desse corpo, das medidas legais e de proteção dessa mulher.** (Sílvia, 28 anos, branca, católica, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Ambas apontam que um bom acolhimento diz respeito à capacidade da profissional/equipe em oferecer um cuidado integral para essas mulheres, levando em consideração os impactos na saúde física e mental, promovendo a inserção em políticas públicas dos segmentos necessários para que todo o suporte seja ofertado. As psicólogas parecem compreender que, como trabalhadoras da saúde, precisam manter atitudes que busquem o bem-estar da usuária atendida (Dumont-Pena & Castro, 2019). Esse bem-estar, por sua vez, não será alcançado apenas por meio da escuta do subjetivo, dos traumas que a violência sexual pode ocasionar, dos relatos de julgamentos de cunho moral dada a opção pelo abortamento, mas também de atos que visem a proteção, a transformação social. Afinal, as desigualdades de raça, gênero e classe, tão marcantes no Brasil, são determinantes na produção de adoecimentos físicos e mentais (Miranda, Oliveira e Mayorga, 2024).

Contudo, nem só de boas concepções acerca do cuidado e acolhimento vive o sistema público de saúde brasileiro, principalmente quando falamos em mulheres que optam pelo aborto, mesmo o previsto em lei. Foram muitos os trabalhos já referenciados neste texto acerca de atitudes moralizantes, preconceituosas e estigmatizantes por parte dos trabalhadores. É chegado o momento de falarmos mais sobre esses comportamentos e práticas de (des)cuidado e (des)assistência que estão longe de buscar o bem-estar dessas mulheres, mas sim a sua culpabilização, que não levam em consideração as suas escolhas e projetos de vida (Dumont-Pena & Casto, 2019).

3.2 Sobre os discursos de suspeição – “a gente ainda reproduz de uma maneira muito forte esse controle dos corpos de algumas pessoas e principalmente dos corpos de mulheres”

A formação dos trabalhadores da saúde para um cuidado “humanizado” tem centralidade nas políticas e programas do SUS, pois o seu objetivo é qualificar as relações e comunicação entre as atrizes que compõem este sistema, gestoras, trabalhadoras e usuárias (Ministério da Saúde, 2013a). Ao longo de minha vivência e estudos acerca do SUS, sempre ouvi de colegas e professores o caráter bizarro da necessidade de criar diretrizes para uma assistência humanizada, quando estamos dizendo de humanos prestando assistência para outros humanos, em serviços de saúde. Como pontuei no início deste capítulo, nem toda produção assistencial enxerga o ato de cuidar como essencial para o trabalho em saúde. No entanto, existe outro ponto pelo qual acredito que essa questão seja ainda mais complexa, os estudos sobre a colonialidade me mostraram que a suposta humanidade não é algo inerente a todos os *homo sapiens*, nem todos são considerados humanos. E se eu não enxergo no outro a humanidade que penso estar só em mim, a desassistência e o não cuidado se naturalizam.

O colonialismo fez com que as mulheres se tornassem subjugadas, vistas como seres inferiores (Lugones, 2008; Jiménez-Lucena, 2006). Contudo, pensar apenas a categoria mulher não é o suficiente, o processo de colonização não é só sexista, é racista também, pois a sua concepção de mulher abarca apenas as mulheres brancas de classe média, delegando às mulheres racializadas a marca da animalização, da bestialização (Lugones, 2008; Collins, 2019). A trama entre gênero e raça é indissociável no sistema colonial (Lugones, 2008). Como abordado na introdução, esses elementos se mostram muito presentes no cotidiano dos serviços de saúde, onde existe a usuária “ideal” uma mulher branca, imbuída dos atributos de feminilidade, em oposição às mulheres negras que carregam a marca da animalização. Em seu trabalho sobre as políticas sanitárias no Marrocos, produzidas pelo governo Espanhol e seu projeto colonizador, Isabel Jiménez-Lucena (2006) aponta para a oposição construída entre mulheres marroquinas e espanholas, que se serviram demasiadamente do poder biomédico para se constituir. A mulher marroquina ora era objetificada, ora desprovida de racionalidade (Jiménez-Lucena, 2006). O que lembra em muito o cenário brasileiro, como apontam estudos relacionados às iniquidades de atendimento a mulheres negras (Góes et al., 2018; Leal et al., 2017).

Nesta pesquisa, a maioria das psicólogas entrevistadas relataram cenas em serviços de saúde, nas quais esses atos desprovidos de cuidado foram direcionados às mulheres que buscam esses espaços de cuidado:

É um entrave grande, assim, eu tenho experiência também na parte da assistência social, não só na saúde, **e eu vejo que esses casos muitas vezes são tratados com uma certa banalidade, né?** Como se quando essas mulheres tomam uma decisão de dizer das violências que elas sofrem, é... como se elas não tivessem voz, porque entende-se que nessas relações elas estão em total desvantagem, né, e que **de alguma maneira o corpo delas está disponível para ser usado da forma que o outro deseja, né, e não da forma que ela, é, deseja ali se colocar.** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

(...)É... só que já aconteceu de ter uma certa banalização. Esse outro dia eu escutei de uma agente comunitária, assim, falando, **“mulher de bandido”**. **“Ah, aquele caso, né, mulher de bandido, amor bandido”**. “Não, mulher de bandido não, amor bandido”. Então, eu vejo que tem isso também, sabe, **uma certa banalização. Como se fosse algo muito simples. Né assim, como se fosse..., essa mulher tá ali simplesmente porque ela quer e..., e assim..., é isso, sabe. Não merece muita atenção.** (Sílvia, 28 anos, branca, católica, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Sílvia e bell escolhem a mesma palavra para caracterizar a postura dos profissionais diante dos casos de violência, elas dizem de uma certa banalização, como se essas situações fizessem parte do que é esperado nas relações afetivo-sexuais das mulheres atendidas. É um caso de **“mulher de bandido, amor bandido”**. Porém, cabe questionar se os trabalhadores têm esse mesmo olhar para todas as mulheres, ou essa banalização de atos violentos direcionados a determinados corpos também não está associada aos marcadores de raça e classe? A literatura aponta que os casos de violência sexual em que a vítima é uma mulher negra tendem a ser relativizados, banalizados, não levados a sério, devido à construção imagética, reforçada durante séculos, de mulher sexualmente libertina (hooks, 2019; Collins, 2019; Davis, 2016; Gonzaga, 2022). bell também aponta para a ideia de que a mulher não possui direito ao próprio corpo, e que ele pode ser usado pelos outros a despeito de sua vontade.

Outro ponto abordado nas entrevistas foram os falatórios que transcendem o momento das discussões. Uma expressão utilizada por duas entrevistadas, Adrienne e Angela, ao abordar esse comportamento inadequado da equipe, chamou-me atenção, e me parece que o que o caracteriza com precisão seria o “juízo de corredor”:

(...) gente não fala muito, tem essa coisa, né, de, ah, e tal, mas eu, pessoalmente, eu ainda sou muito nova de profissão, muito nova de SUS também Então, tem muita história pra ouvir, assim, ainda, sabe. **Mas a gente ouviu essas coisas meio**

de corredores, assim, *"ah, fulana, né, abril fiz pré natal, aí, mas ela não está mais grávida, que que será que aconteceu?"* Aí tem um que fala *"não, ela perdeu."* Aí essa diferença entre perder e abortar, assim, também, né. Que é uma diferença que tem uma moralidade, assim, muito implicada, né. É..., enfim. (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

As pessoas não conseguem fazer isso na unidade básica. **As pessoas estão lá prontas pra te falar o que você tem que fazer, não pra te acolher.** Acolher sua história, né, elas veem tipo como um protocolo de como funcionar, *"Ela tá lá porque ela gosta de apanhar, né. Ah, mas ela se submete a isso tudo porque o cara tem dinheiro"*. Existe muito ainda disso, e esse julgamento de corredor. Você vai discutir o caso aqui e ali, você escuta essas coisas, sabe. *"Aí por que que não sai de casa logo"*. *"Ah, mas ela já podia ter saído"*. *"Ah, mas ela já podia ter deixado esse cara"*, sabe. **Há gente com um achismo tão grande sobre a vida do outro, sabe. Quem que é essa pessoa? Qual que é a história dela? De onde ela veio? (...)** (Angela, 43 anos, negra, pluri-religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

O que seriam essas "falas de corredor"? Julgamentos, comentários preconceituosos feitos acerca da vida dessas mulheres, de seus corpos e de suas escolhas reprodutivas e sexuais que se tornam públicas. O que autoriza esses profissionais a falarem assim de pessoas que deveriam prestar assistência? Quando digo autorizar, não falo de uma questão institucional, agentes públicos sabem que esta conduta é incorreta, que podem responder judicialmente por uma assistência desqualificada, ou descumprimento do dever ético do sigilo médico/paciente, como no caso dos médicos (Oliveira, Moreira & Gonzaga, 2019), porém, o fazem da mesma maneira na segurança de que não serão penalizados, pois na realidade não o são. São poucos os processos em que esses profissionais serão realmente punidos. Existe uma autorização subjetiva, se é que posso chamar assim, para que esse comportamento seja banalizado. Um reflexo da maneira como lidamos, enquanto sociedade, com a autonomia da mulher, com o uso de seu corpo. Uma herança do processo de colonização prescreve o que se constituiu como a "forma correta" de se experienciar a sexualidade e o padrão a ser seguido é o de pessoas brancas, burguesas, heterossexuais e monogâmicas (Collins, 2019). Para as mulheres, esse padrão torna-se mais danoso, pois a colonialidade trabalha em cima do binarismo, de herança cristã, da mãe e da puta, de Maria e de Eva (Jiménez-Lucena, 2006; Gonzaga, 2020). Sua palavra é sempre colocada em suspeição, a ideia é que, se algo ruim está acontecendo, é por culpa de alguma ação praticada por elas. Talvez ela permaneça apanhando "por que o cara tem dinheiro ou gosta", como enunciado nos trechos transcritos aqui. As violências são desacreditadas e banalizadas, as mulheres não são vistas como pessoas de confiança (Gonzaga, 2020). Se a mulher sai da linha esperada, é justificado que ela sofra uma violência, e seu "mau

comportamento” pode ser criticado em espaços de saúde como o são em comentários de internet.

Novamente torna-se importante frisar que esse escrutínio torna-se mais intenso em relação às mulheres negras, dado a construção das imagens de controle que as associam à imagem da pecadora, daquela que está sempre disponível para o ato sexual (Collins, 2019; hooks, 2019; Gonzaga, 2020). Essas cenas acontecem em serviços públicos de saúde, onde as maiores utilizadoras, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2020), são mulheres, 78%; e no que se refere à raça, 69% consideram-se pretas e 67,7% pardas. Logo, temos uma amostra de qual o público que vem sofrendo com esses julgamentos morais.

A realidade não é muito diferente quando diz respeito a um serviço especializado para o aborto legal, como aponta o relato da psicóloga Gloria:

Uma questão eu estava super angustiada essa semana, justamente por causa de um caso super complicado, super complicado. **Nossa, muito, mas enfim, é... que gerou..., é a sensação que eu tenho é que é... site de fofoca, a coisa rodou o hospital, foi uma coisa tão, extremamente incômoda, assim, gente comentando, de preconceito, gente falando, tenho uma antipatia disso.** E, querendo ou não, aquela coisa no ambulatório, a gente fica meio mal acostumada, sabe, porque, querendo ou não, a assistente social é bacana, né, e tudo, tá todo mundo encaminhado lá dentro, sabe, a médica muito bacana, o pediatra. **Então, é como se a gente tivesse tão alinhado ali nas perspectivas, sabe, sem esses preconceitos, e quando a gente olha, meio, pra, nó, a gente tá aqui dentro de um hospital, que tem ainda muito absurdo acontecendo, a gente fica meio perplexa, sabe.** Eu até falei com um colega meu assim, nossa, acho que estou meio que mal acostumada, assim, sabe, de escutar os absurdos da maternidade (...). (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

O relato de Gloria coaduna com tantos outros trabalhos que apontam para a assistência precária dos serviços de aborto legal, principalmente no que tange ao preparo da equipe que atua nesses espaços (Jacobs & Boing, 2022a; Diniz et. al., 2014; Moreira et. al., 2020; Branco et. al., 2020). Há uma constante tentativa de anular os permissivos legais (Gonzaga, 2020), e isso ocorre, como já dito nesta pesquisa, devido à maneira como o aborto tem sido debatido no país, principalmente com o avanço de políticas conservadoras. Para Branco et. al. (2020), profissionais que trabalham em serviços de aborto legal tendem a “sabotar internamente” esses espaços através do uso da objeção de consciência para não realizar o procedimento da interrupção de gestação. Dessa maneira, haveria uma deturpação do conceito, entendido pelo direito de o indivíduo não realizar uma ação que vai contra os seus princípios (Buzanello, 2001), para a sua utilização em função de uma conduta punitivista e estigmatizante a essas mulheres (Branco et. al., 2020). Ademais, a norma técnica que organiza o funcionamento desses serviços

estabelece que, ao utilizar o seu direito à objeção de consciência, o profissional médico deve encontrar outro que faça o procedimento, e caso não tenha ninguém, ele deve realizar (Ministério da Saúde, 2012). No entanto, a realidade aponta para um cenário em que o interesse do profissional se sobrepõe ao da usuária (Branco et. al., 2020; Diniz et. al., 2014).

Até o momento, a maioria dos relatos são das psicólogas entrevistadas demonstrando o desconforto em presenciar cenas de preconceito e ouvir discursos moralizantes. A postura é de não pactuar com esses julgamentos e práticas que violentam e afastam as mulheres de uma assistência à saúde que seja cuidadosa e efetiva. Contudo, durante uma entrevista, algo soou diferente, a interlocutora Isabel apresentou falas que fazem coro ao olhar investigativo que é costumeiramente direcionado às mulheres vítimas de violência que buscam o aborto legal:

(...)Não, porque foram situações que chegaram no bloco e depois eu não acompanhei no ambulatório. Mas..., são situações, assim... não é só pelo discurso. **Mas quando você faz uma análise do comportamento dessa mulher, a postura como ela tá, junto com o discurso, ficam algumas situações incongruentes.** Vamos supor, se uma mulher que fala que sofreu uma violência e chega no hospital após violência, do ponto de vista psíquico bem organizado, bem esclarecido, tranquila, é... você não vê, não demonstra sofrimento. Ela já chega pedindo a medicação, ela sabe que ela tem que tomar uma medicação, ela não dá detalhes dessa violência, entendeu, **ou ela coloca “ah, eu tava num bar, o cara forçou pra sair”, mas você não vê algum sofrimento na situação, entendeu? Isso me faz questionar se realmente teve a violência ou não. Mas se ela traz enquanto violência, eu acompanho, entendeu? Eu só... fica a dúvida, fica comigo.** (...) Então, é muito frágil para eu afirmar se foi ou se não foi, **mas que me deixa dúvidas, alguns atendimentos me deixam dúvidas.** E é interessante que a maioria não volta para o ambulatório. **São pacientes que eu anoto o nome e pergunto para minha colega se apareceu.** São pessoas que não voltam. Então, assim, a gente fica com essa dúvida mesmo. **E cada dia que passa, as mulheres estão mais cientes de como que é o processo para o abortamento. Então, assim, se ela sabe, o dia que ela teve uma relação consensual, se ela sabe como que funciona o organismo dela, de administração. Ela pode inventar muito bem uma história, muito bem alinhavada, muito bem contextualizada, e que tudo bate. Pela lei, ok, tá certo, ela tem direito ao aborto. Você vai negar? Não, eu não vou negar um abortamento porque eu acho que você tá mentindo. Eu não tenho prova, então isso fica comigo.** Se os dados estão batendo, aí que é o que eu falo. Isso vai depois bater na crença dela, ao longo dos anos, como que isso vai repercutir? Não sei, não sei, mas é que é um dado delicado do processo, **é que muitas mulheres já sabem do fluxo. E a forma delas conseguirem um abortamento legal e de forma segura.** Ficou claro?(...) já teve casos que a gente conversou e a equipe não estava segura de ter sido uma violência. Mas como todos os dados estavam batendo, e ela assinando um termo, de que todas as informações que ela prestou foram verídicas, a gente segue a lei. Entendeu? **Porque a gente não estava lá para falar se foi ou se não foi.** A lei diz muito disso, é a palavra da mulher. Então, se ela está dizendo disso, quem sou eu para contestar? **Então a equipe acolhe da mesma forma. Mesmo com essa suspeita de, olha, acho que não foi uma violência. Entendeu? Mas é acolhida da mesma forma, com todo, como qualquer outra mulher.** (Isabel, 54 anos, branca, espiritualista, heterossexual, trabalhadora da maternidade referência para aborto legal, grifo nosso).

De acordo com a norma técnica (2012), a mulher não possui o dever legal de provar a sua violência para ter acesso ao aborto legal, sendo necessário somente a sua palavra e consentimento. O documento também preconiza a obrigatoriedade dos seguintes termos: *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, que a mulher assina para provar que aceita realizar a interrupção e que foi informada das outras opções; *Termo de Responsabilidade*, a mulher assina para alegar que seu relato é verdadeiro; *Termo de Relato Circunstanciado*, em que a mulher precisa descrever as circunstâncias da violência que ocasionaram a gestação; *Parecer Técnico*, documento assinado pelo médico atestando a compatibilidade entre idade gestacional e data da violência, a fim de alegar que a gestação é proveniente da situação; e, por fim, o *Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez*, assinado pela equipe multiprofissional e o diretor da instituição. Todos esses documentos são anexados ao prontuário (Ministério da Saúde, 2012). Esse trâmite demonstra que, apesar de a interlocutora ter apontado para a possibilidade de algumas mulheres fazerem o uso indevido do serviço para conseguir um aborto seguro, a interrupção legal de gestação não é tão simples e fácil como ela parece acreditar. Contrariando a ideia expressa por Isabel sobre as mulheres reconhecerem o fluxo do serviço como um ‘dado delicado’, em sua dissertação de mestrado, sobre o acesso aos serviços de aborto legal, Juliana Keila Jeremias Silva (2020) identificou, após entrevistas com profissionais e usuárias dos serviços, que um dos maiores empecilhos para a interrupção legal de gestação é a invisibilidade dos serviços, uma vez que os encaminhamentos não acontecem corretamente, e as mulheres acabam por descobrir tais equipamentos após a gravidez decorrente de estupro. Além disso, todo o processo para ter acesso ainda passa pelo medo de serem desacreditadas, da culpabilização e do estigma por parte dos trabalhadores (Lima, Larroca & Nascimento, 2019; Silva, 2020; Lopes & Oliveira; Diniz et. al., 2014).

O relato de Isabel também nos traz muitos elementos para refletir acerca das suspeições que surgem em torno da palavra da mulher e de como esse fluxo tem sido realizado nos serviços de referência. A psicóloga frisa que, por mais que tenha dúvidas, muitas vezes compartilhadas com o restante da equipe, o procedimento é realizado nos casos em que todas as informações estão corretas, ou seja, a data da violência coincide com a idade gestacional. Porém, questiono se, ao simplesmente já levantarem essas suspeitas, o acolhimento e o cuidado já não é comprometido. Lembro-me de escutar técnicas de enfermagem dizendo que utilizariam, intencionalmente, agulhas de mais grosso calibre nas mulheres que estavam esperando para realizar o abortamento legal, por acreditarem que não se tratava de uma violência de fato. Outros estudos também apontam para essa desassistência em saúde devido ao julgamento moral da equipe de saúde, sendo que, em alguns casos, esses trabalhadores são até mesmo responsáveis

por realizar as denúncias contra elas, alegando se tratar de um aborto não previsto em lei (Lima, Larroca & Nascimento, 2019; Silva, 2020; Lopes & Oliveira, 2019; Diniz et al., 2014; Silva, Moreira & Gonzaga, 2019). Esse cenário nos mostra que essa tem sido a tônica dos serviços de aborto legal no país, profissionais sempre atentos a possíveis mentiras por parte das mulheres, o que remonta, novamente, a construção social de descrédito em relação à vítima.

A fala da psicóloga Isabel sobre não identificar nenhum sofrimento no relato da mulher, e que essas não costumam voltar para o acompanhamento, coaduna com o relato que ouvi durante a roda de conversa “*Quem cuida de quem cuida?*”, realizada pelas estagiárias que eu acompanhava no Hospital das Clínicas no estágio curricular. Na roda, foi abordada a questão do cuidado com mulheres que optam pelo aborto legal, e uma das técnicas de enfermagem que estava participando disse que era possível identificar quando se tratava de uma violência ou não, pois quando era verdade, tornava-se perceptível “*a dor que vem da alma*”. Como seria esse sofrimento verdadeiro? Essa dor que vem da alma? No capítulo 2, pontuei brevemente sobre os testes de verdade feitos pela equipe para, supostamente, identificarem a “verdade sobre o estupro” (Diniz et al., 2014; Silva, 2020). De acordo com Diniz et al. (2014), nos casos de aborto legal a mulher passa por uma espécie de inquérito por parte dos trabalhadores do serviço, que buscam extrair a verdade sobre o estupro, no qual só a palavra da mulher não basta, pois ela é “construída no encontro dos testes de verdade sobre o acontecimento da violência e a leitura sobre a subjetividade da vítima” (Diniz et al., 2014, p. 293). Essa suposta vítima precisa ter as marcas do trauma (Diniz, et al., 2014) ou da “dor que vem da alma”, já que muitas vezes não chegam com marcas visíveis no corpo (Diniz, et al., 2014). Esses trabalhadores buscam a representação da “vítima perfeita”, aquela que conta uma história que corresponde ao imaginário desses profissionais, ou como afirma um dos trabalhadores entrevistados na pesquisa de Diniz et al., (2014), que “caiba dentro dos preconceitos” (p.295).

Cabe salientar ainda que a construção de uma “vítima perfeita” é atravessada também pela colonialidade, por sua divisão binária, pelo racismo estrutural que marca a sociedade brasileira (Gonzaga, 2022). Quem os profissionais consideram como vítimas? Mulheres brancas, que têm sido caracterizadas como frágeis e passivas, ou mulheres negras e indígenas que são definidas como sexualmente insaciáveis? (Gonzaga, 2022; hooks, 2019). É necessário não perder o aspecto do racismo de vista ao debater sobre essa questão, pois não é apenas sobre quem parece carregar o trauma e a dor, mas quais corpos o carregam.

Apesar de apenas uma psicóloga ter apresentado, durante a entrevista, um discurso alinhado à suspeição, destaco que se trata desse grupo de interlocutoras, não demonstrando exatamente que nossa categoria é mais progressista, ou possui mais conhecimento acerca dessa

temática, quando comparada às outras categorias profissionais. Afinal, no capítulo 1, elas apontam para a formação precária em relação ao trabalho em políticas públicas, sobretudo as políticas de direitos sexuais e direitos reprodutivos. Além disso, é importante destacar que o simples fato de essas mulheres terem aceitado participar de uma pesquisa que fala sobre o aborto já pode apontar para um interesse e um olhar crítico acerca da temática. Ou para o fato de identificarem que esta pesquisadora está localizada no espectro favorável à legalização e descriminalização, e, por isso, optaram por não emitir falas de suspeição. Contudo, penso ser relevante trazer para este trabalho os exemplos de uma prática psicológica mais engajada e transformadora, por meio de seus relatos. É sobre essas práticas exitosas que falarei no próximo subtópico.

3.3 Sobre a potência que a psicologia pode e deve ser – “*se eu conheço uma mulher que eu sei que está, em um momento, em que ela precisa desse apoio, é ali que eu tenho que estar, né, junto com ela, fazer junto mesmo, sabe?*”

Ao iniciar a idealização desta pesquisa, confesso que meu olhar encontrava-se viciado nos pontos negativos da profissão, na psicologização incessante que permeia a nossa prática. Os meus encontros ao longo do tempo de trabalho tornaram-me pessimista. Contudo, ao longo das discussões com minha orientadora e também no momento de qualificação, foi pontuada a necessidade de entender o que está sendo feito por aí. Quais as práticas das colegas no que tange ao atendimento dessas mulheres? Quais são as inventividades em meio ao que já está solidificado? Qual a compreensão acerca dos fenômenos da violência sexual e do aborto? Será que estamos mais próximas de uma prática exclusivamente marcada pela centralidade do psiquismo, deslocada da realidade (Dimenstein, 1998; Silva, 2020), ou conseguimos ir além disso? Conseguimos construir uma compreensão mais complexificada acerca da discussão do abortamento legal decorrente de violência sexual, do acesso das mulheres aos serviços de saúde? O que as psicólogas têm refletido acerca dessa questão? E como isso tem reverberado na prática? É sobre esses pontos que discutirei neste subtópico.

Sobre o atendimento psicológico às mulheres que optam pela interrupção de gestação, as interlocutoras Angela e Lélia apontam para o que acreditam ser importante:

Eu acho que, tipo assim, tem essas coisas, né, a mulher faz o que quer, tá onde ela quiser, não tem isso tudo. **Eu acho que é muito do caso a caso, tipo assim, tem gente que mesmo sendo vítima de violência tem uma crença religiosa, tem uma dificuldade de levar isso pra vida, de ter feito um aborto, né. Então eu acho que a psicologia entra nesse lugar de ser um suporte para a escolha da mulher. Você**

quer levar essa gestação para frente, vamos ter um suporte, porque é uma gestação que vem de uma violência, que não existe afeto, que não existe escolha de ser uma mãe, mas que às vezes ela quer levar adiante. Então você tem que fazer um suporte para que essa mãe consiga dar conta dessa gestação. **Ou se a mulher não quer, não quer ter essa criança com suporte pra isso também, porque queira ou não queira, ter um suporte pra violência sexual e pra lidar o resto da vida com o fato de você, sei lá, ter feito um aborto, certo.** Que pra mim não é uma questão assim, acho que todo mundo tem uma escolha, mas nem pra todo mundo é assim. (Angela , 43 anos, negra, pluri-religiosa, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, grifo nosso).

(...) O que que tem te levado a se sentir assim? Aí que a pessoa diz que realmente... e aí a gente vai medicar e liberar pra casa e a pessoa vai voltar, muitas vezes, pro contexto da violência. **Se você não faz algo a mais com isso, não escuta isso e dá o direcionamento correto, né. Às vezes você tá perpetuando a revitimização dessa pessoa.** Então, patologização no sentido assim, olha, a pessoa precisa de uma escuta e de medicação, né. Tem uma fala dentro dos serviços da atenção primária, principalmente, que precisa de atendimento especializado. E não é, né? **Precisa de uma escuta, uma escuta cuidadosa, uma escuta atenta.** E, às vezes, a medicação não vai sanar, às vezes, não, né, não é a medicação que vai sanar. **Ela pode ali naquele momento dar uma apaziguada, mas não vai sanar. E às vezes é a escuta adequada, a responsabilização do abusador, o cuidado com esse corpo, às vezes tem que encaminhar para ambulatórios de violência sexual. É o que vai dar ali, minimamente, um resgate da humanidade, da dignidade de quem passa por essas situações.** (Lélia , 41 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

A psicóloga Angela reflete sobre o papel da psicologia como aquele que deve oferecer suporte e auxílio independente da escolha da mulher. Apesar de em um primeiro momento nos parecer bastante óbvio, cabe salientar que a psicologia pode e tem exercido um papel normativo e prescritivo de comportamentos que adequam os sujeitos ao status vigente (Silva, 2022; Gomes, 2023). Afinal, a relação de psicólogas e usuárias também se configura em uma relação de poder e, nessas relações, quem ocupa a posição mais vantajosa pode tentar impor o que acredita ao outro (Azeredo, 2003). Paula Gonzaga (2022), ao analisar cenas acompanhadas em projetos de pesquisa, extensão, estágios e grupos de estudos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, aponta para como a nossa profissão pode manter condutas que tendem a pacificar, docilizar angústias, condutas que promovem culpabilização e sofrimento, não escutando de fato o que aquela mulher traz (Gonzaga, 2022), o que denota uma prática muito diferente daquela compreendida por Angela, de acolher e caminhar junto da mulher com o projeto que ela decidiu para si.

E escutar, de fato, perpassa por não permitirmos que as supostas verdades que nos moldam tomem a frente daquele momento (Gonzaga, 2022). Não é o que acreditamos ser melhor que caberá como conduta para aquela mulher, exercendo um poder sobre quem estamos

atendendo, mas o que ela nos diz, e para isso é preciso escutar. Como Lélia afirma, em seu relato, é preciso uma escuta atenta e qualificada para não revitimizar, não patologizar. É preciso trazer para a prática a reflexão de Anzaldúa (2000) de que “muitos que têm palavras e língua, não têm ouvidos. Não podem ouvir e não saberão” (p. 235). Quem não ouve, não sabe. E para a psicologia, esse é um ensinamento valioso, pois não podemos estar na posição de quem só tem palavras, palavras que às vezes não significam nada.

Ouvir o outro e também ouvir a si mesmo, e refletir sobre qual conduta estamos exercendo, pois podemos estar reproduzindo lógicas de opressão e revitimização (Miranda, Oliveira & Mayorga, 2024), indo na direção contrária do que estabelece as normativas do CFP descritas na resolução nº 8, de julho de 2020, de não coadunar com a patologização e revitimização. No entanto, ao longo da história, os ciclos reprodutivos femininos foram compreendidos pela psiquiatria como os responsáveis por sintomas psíquicos, tamponando as verdadeiras causas que incidem na produção desse sofrimento, como as desigualdades de gênero, a pobreza, e, no caso brasileiro, o racismo (Medrado & Lima, 2020). Mulheres em vulnerabilidade econômica estão mais propensas a desenvolver os chamados Transtornos Mentais Comuns – TMC, que englobam quadros de ansiedade e de depressão (Medrado & Lima, 2020). Ao nos alinharmos a essas correntes psiquiátricas, que simplificam a produção do sofrimento mental e apostam na medicalização, realizando, também, uma docilização dos corpos (Gonzaga, 2022), negamos a possibilidade de perceber e acolher as complexas relações de poder que produzem sofrimento e que marcam a vida daquela mulher.

E no momento de falar? De intervir? O que será posto? No que tange ao atendimento em um serviço de aborto legal, Gloria reflete sobre ser necessário falar daquilo que é tabu:

(...) A gente tá num lugar ali, onde que o aborto já é difícil de ser falado já tem todo um tabu, qual que é o problema de enfatizar, o fazer aborto, de falar mais disso? Não sei, não sei se a gente..., não sei. Não sei se a gente..., não peguei essa fala dessa enfermeira como uma questão, assim, de crítica, não, sabe. Eu acho que..., eu acho que, sim, a gente coloca as possibilidades, mas a gente como serviço ali que realiza o aborto legal, claro que a gente vai falar sobre o aborto legal, com maiores detalhes, não é só passar ali, só falar ali na possibilidade, assim, como se fosse, a vou falar aqui só pra que essa pessoa não escolha isso. (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

No trecho acima, Gloria reflete acerca de uma crítica que a equipe do ambulatório recebeu de uma enfermeira, que havia afirmado ter percebido uma certa “preferência” por parte das profissionais do serviço em falar mais sobre o aborto do que as outras possibilidades disponibilizadas, entrega para a adoção e seguimento da gestação com o início do pré-natal

(Ministério da Saúde, 2012). A intervenção pautada por Gloria é sobre falar acerca do que não falamos, do que se encontra interdito e silenciado, e essa é uma escolha política. Já foi discutido neste trabalho como a literatura tem identificado a invisibilidade dos serviços de aborto legal no Brasil, o que interfere diretamente no acesso das mulheres a esses equipamentos (Jacobs & Boing, 2022a; Silva, 2020; Lima, Larroca & Nascimento, 2019; Lopes & Oliveira, 2019; Diniz e. al., 2014). Quando optamos por colocar a interrupção de gestação prevista em lei como última opção, ou em condição de igualdade com as outras possibilidades, mais conhecidas pelas mulheres, buscamos exatamente o quê? Também se trata de uma escolha política, alinhada ao conservadorismo, de manter o aborto seguro exatamente onde eles querem que a interrupções estejam, distante das mulheres, principalmente daquelas que não podem pagar pelo procedimento.

Em algumas situações, será necessário não só falar sobre aquilo que não é dito, mas também deixar visível aquilo que pode estar invisibilizado:

(...)Porque é muito difícil você, quando a mulher tá muito fragilizada, assim, a gente questionar, algumas coisas assim, né. Claro que, a gente fala assim, mas isso foi uma violência ou não, né. **Se ela sentiu que foi uma violência, é isso né?** Apesar que nesse caso, assim, né, ela, o foco mais era o aborto..., entendeu? É nesse caso específico, ela queria fazer esse aborto, assim, o foco não era tanto a violência, sabe. **Ela não interpretou tanto como uma violência, isso. A gente que nomeou isso como uma violência. É isso, entendeu? Para justificar. Mas, para ela, não, claramente, não foi uma violência, assim, da maneira subjetiva, talvez. Ela não interpretou como uma violência.** (...) Foi uma violência. Mas, entendeu? **A gente nomeou isso como violência, entendeu? A gente colocou isso pra ela.** Escutando ela, e também, né, todo um contexto, essa menina vive numa situação de violência. Mesmo ela trabalhando, né, ali como garota de programa, **ela fala que sempre tem, né, uma situação, né, de forçar a barra, né.** Mas pra ela, nesse caso, claramente sim, o foco era o aborto, entendeu. Não tinha um trauma da violência, ali. Era muito mais um, não quero esse filho. E nesse outro caso também, deu pra, realmente a idade gestacional tava muito diferente, né. É..., era isso, assim, eu não posso ter esse filho, porque se não vou destruir meu casamento, né, e não dá. Parece que o marido não podia ter mais filhos, enfim, não tinha nem como falar que o filho era do marido, sabe. (Gloria, 30 anos, branca, cristã, heterossexual, trabalhadora de um ambulatório de referência para aborto legal e de unidade básica de saúde, grifo nosso).

Muitas mulheres não compreendem a situação de violência sexual como uma violência, afinal, somos socializadas entendendo que é “normal” utilizar formas de coerção e atos violentos, para dominar o outro, seja nas relações entre pais e filhos, seja em relacionamentos amorosos, essa é a tônica da violência patriarcal, do pensamento sexista (hooks, 2021a; 2021b). Na situação retratada por Gloria, vivenciada pela profissional do sexo, não houve violência física, mas um descumprimento de um acordo imprescindível para a segurança da profissional do sexo, o uso da camisinha. Ao retirar o preservativo sem o consentimento da mulher, fazendo

um uso de seu corpo a despeito de sua vontade, do acordo inicial estabelecido, fazendo com que ela perdesse o controle sobre o seu espaço-corpo (Segato, 2005). Daí a importância de nomear essas situações com o que elas realmente são: uma violência. E esse ato faz parte do nosso trabalho como profissionais de saúde, pois respondemos aos princípios da não maleficência, que consiste na busca em evitar o mal, e da beneficência, compreendido como o dever de buscar a melhora dos pacientes, visando seu máximo benefício (Ferreira Júnior, 2022). E também como psicólogas em não pactuar com violências e opressões, realizando uma atuação que busque eliminá-las (Gonçalves e Sposito, 2019; Nuñez, 2019; Resolução nº 8/2020, 2020). Ao dar nome à situação vivenciada pela usuária como uma violência, foi possível que ela tivesse acesso à interrupção legal de gestação, o que, naquela situação, significa buscar o melhor benefício da usuária, não corroborando com a opressão e revitimização, cenário que tem sido perpetuado ao pensar na constante culpabilização desse grupo, além de invisibilizar as suas diferenças (Dumont-Pena & Castro, 2019).

Para além de viabilizar uma escuta que leve em consideração as violências de gênero e descortine essas situações com as usuárias, também torna-se importante demarcar esta conjuntura para a equipe com a qual se trabalha:

(...) É..., e é um trabalho com a equipe, né, assim, eu lembro que a gente tinha falado, assim, com essa ACS, né, assim, que..., ***“que a gente trata amor bandido também, né. (risos). A gente trata os amores, se for bandido, vão tratar dele também”***. Mas eu acho que é uma equipe, claro que tem esses pormenores, mas é uma equipe que eu vejo uma aposta, assim, uma sensibilização nesses casos. (Silvia, 28 anos, branca, católica, heterossexual, trabalhadora de unidade básica de saúde, grifo nosso).

A intervenção realizada por Silvia com a Agente Comunitária de Saúde – ACS, visando desconstruir a ideia de “amor bandido”, a de que existem relações amorosas constituídas por meio da violência, e, por isso, não devem ser problematizadas e/ou tratadas, fez-me refletir acerca de uma das funções que deve ser exercida por nós nos serviços de saúde: o matriciamento. O apoio matricial é compreendido como um arranjo organizacional, por meio do qual a equipe de referência recebe auxílio de uma equipe de especialistas na condução dos casos (Ministério da Saúde, 2004). Dentro das UBS’s – local de trabalho de Silvia – a psicologia atua nessas equipes de especialidades que dão suporte a equipe ESF, NASF-AB e ESM, sendo uma de suas funções o apoio matricial, em suas duas vertentes, a técnico-pedagógica e clínico-assistencial (Ministério da Saúde, 2009; Belo Horizonte, 2023). A pontuação feita por ela, enquadra-se na dimensão técnico-pedagógica que pode ocorrer em espaços formais como as reuniões, discussões de caso, atendimentos conjuntos e visitas domiciliares (Belo Horizonte, 2023; Ministério da Saúde, 2009). Mas também pode e deve ocorrer em espaços menos

“convencionais”, como nos encontros com os colegas de equipe em corredores e momentos de cafezinho. Durante meu percurso na residência, ao passar pelos serviços de saúde mental, deveríamos adotar uma “postura matriciadora”, exercendo essa função mesmo fora dos espaços institucionalizados para tal, como as reuniões de matriciamento. A psicologia pode ser convocada para disponibilizar o seu saber sobre as situações de violência, mas o que teremos a dizer? Que amores bandidos são naturais? Uma questão que diz respeito apenas aos processos psíquicos da mulher? Ou podemos discutir sobre a questão com a complexidade que ela envolve?

E essa complexidade da discussão, do apoio que iremos prestar, de quais proposta de cuidado vamos ofertar, também perpassa por expandir a nossa ação para além dos serviços de saúde:

É, as meninas da saúde da mulher, eu lembro que elas andavam sempre com aqueles papelzinhos, assim, de tipo, é: "Busca ajuda, não sei o que, disque denúncia, números, tal". E é isso, assim, acho que é uma ferramenta legal. **Porque lembra que a gente, enquanto profissional, a gente... tem esses outros atores, né, também a gente não precisa, né, enquanto psicólogo, a gente escutar isso e ficar só a gente e aquela pessoa assim, né. Dá uma difratada, assim, na angústia, e, e problema mesmo assim, né. Mas, isso é um desafio também, né. É muito difícil, assim, desafiador, talvez você transformar esse numerozinho da Casa da Mulher Mineira em um... um trabalho, um cuidado, um índice, sabe. Acho que isso é um desafio grande.** (Adrienne, 27 anos, branca, sem religião, lésbica, trabalhadora da unidade básica de saúde, grifo nosso).

A fala de Adrienne demonstra sua compreensão de que o cuidado da psicologia não deve permanecer restrito ao espaço privado da escuta clínica, de ouvir mulheres falando sobre suas vivências, marcadas por situações opressoras e de violência e decidir-se por tratar exclusivamente os supostos sintomas psíquicos (Dimenstein, 1998; Lima, 2005). Sua reflexão é sobre transformar um número em cuidado, reconhecendo que existem outras atrizes que podem atuar conjuntamente, de que esse fazer deve ser coletivo e não individualizado. Quem presta apoio matricial deve conhecer o território, assim, o que é ofertado como possibilidades para se ampliar o cuidado àquela usuária? (Lobosque, 2024). Ela descreve a ação como “desafiadora”, não nego, principalmente ao pensar que não nos formamos psicólogas para trabalhar dessa maneira. Contudo, não é impossível e este foi o compromisso que firmamos ao aceitarmos o cargo de psicólogas em uma política pública. Cabe, portanto, a nós construirmos novas práticas, de preferência que tenham relação com os fundamentos da saúde coletiva e que reflitam sobre as particularidades daqueles espaços de atuação (Lima, 2005).

Apesar de se tratar de psicólogas atuando em serviços diversos, penso que o ponto de convergência dos relatos apresentados neste subtópico é o de verbalizar, amplificar as vozes e

também movimento, ação, aquilo que se mantém interdito. Seja em relação ao papel da psicologia em acolher esses casos como aponta Angela, perpassando pela postura de Gloria em demarcar a importância de se falar sobre o aborto em um serviço de aborto legal e descortinando uma violência à usuária atendida. Com Lélia e sua afirmação, sobre o perigo da revitimização e processos de patologização. Também com Silvia e sua discussão com a equipe em relação à desnaturalização de relacionamentos abusivos. Finalizando com Adrienne, e sua reflexão de ampliar a rede de cuidados. Transformar o silêncio em relação às violações sofridas por mulheres em linguagem e em ação (Lorde, 2019). A ação como a prática profissional que possibilite encarar as violências como o que elas são de fato, entendendo que é o nosso dever falar sobre elas, pois não ganhamos nada com o silêncio e temos a responsabilidade de exercer um trabalho com propósito (Lorde, 2019; hooks, 2021). Para as usuárias atendidas, o silêncio significa distanciá-las de direitos que podem modificar, por completo, o rumo de suas trajetórias, como é o caso do acesso aos serviços de aborto legal, ou na possibilidade de ressignificar as violências vividas.

Porém, existe um silêncio que permanece ocupando boa parte dos relatos apresentados neste trabalho, e que precisa, urgentemente, ruir, ser quebrado (Lorde, 2019), para que a transformação seja, de fato, uma transformação: o aspecto racial. Apesar de as entrevistadas apresentarem um discurso alinhado aos direitos das mulheres, a indignação com as violências de gênero, a compreensão da dimensão social acerca dos fenômenos da violência sexual e abortamento, apenas duas delas, bell e Ella, conseguem elaborar argumentos a partir de um olhar interseccional. É sobre a potencialidade de incorporar esta ferramenta ao trabalho da psicologia, que irei debruçar-me no próximo subtópico.

3.4 Sobre a interseccionalidade e o cuidado de psicólogas às mulheres – *“os serviços e as equipes e os espaços, eles são pensados principalmente para as pessoas cis gênero, para as pessoas heterossexuais, para as pessoas brancos”*

O silêncio acerca do racismo e suas consequências na constituição subjetiva das brasileiras continua sendo uma constante na formação de psicólogas como abordei no primeiro capítulo. Claudia Mayorga (2013) discorre sobre esse vácuo de nossa categoria profissional, em pesquisa realizada pelo CFP. Mayorga (2013) aponta que a questão racial só foi levantada, de forma pontual e breve, por psicólogas negras. Nesta pesquisa, apenas 03 psicólogas trazem o racismo para a discussão, 02 brancas e 01 negra. Uma delas, Lélia, mulher branca, também de

maneira bastante breve, descritiva e rasa, como identificado por Mayorga (2013), sem, de fato, se aprofundar nas discussões, como é visto no relato a seguir:

Ah, isso é..., eu acho que é o mais cruel do processo, principalmente quando a gente pensa nas mulheres público do AD, né. São, em sua maioria, negras periféricas, com todos os direitos violados, direito à renda, habitação, educação, saúde de qualidade. O acolhimento institucional mesmo dessas mulheres, que a gente precisava que fosse uma coisa mais humanizada, né, para elas chegarem numa casa melhorzinha, as repúblicas das mulheres, elas precisam se submeter, muitas vezes, a 90 dias de permanência direto, num abrigo, aquele abrigo São Paulo Belo Horizonte, que é a sucursal do inferno. (Lélia, 41 anos, branca, sem religião, heterossexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental álcool e drogas).

Já as trabalhadoras dos serviços substitutivos em saúde mental, bell e Ella, conseguem incorporar os marcadores raciais, de maneira orgânica e substancial, entendendo como é imprescindível a sua análise para se compreender as disparidades na produção de saúde:

Pra mim, assim, uma visão que eu tenho refletido muito sobre ela é que hoje eu percebo que **o estado é o maior violador do direito das pessoas, sabe? É, pela forma como se constituem os atendimentos, pela forma como se constituem esses fluxos, pelas formas como se constituem os encaminhamentos que são dados às situações.** Pensando nessa questão das mulheres, especificamente, assim, eu vejo a diferença de tratativa. **Uma mulher branca, que tem o mínimo de uma condição social, ela é tratada de uma forma dentro do próprio serviço público e a mulher negra de uma população, né, que seja da favela, que tem uma baixa escolaridade, que não tem tanto acesso às informações, tratada completamente diferente, né.** Então, para mim, assim, hoje eu percebo o estado como o maior violador de direitos das pessoas, né, porque a oferta que ele faz, por exemplo, pegando do SUS, **essa questão da equidade, ela não é efetivada, né? A questão da equidade muitas vezes as pessoas veem como privilégio, veem como algo de, é, uma desresponsabilização das pessoas.** E não é por aí, é um conceito difícilíssimo da gente aprender, compreender, para transformá-lo nessa nossa prática, sabe? Então, assim, quando eu te falo que a gente tem muitas dificuldades no CERSAM AD, por exemplo, pra tratar dessa questão das mulheres é porque nós estamos dizendo disso. **A gente não conseguiu ainda efetivar o conceito de equidade, né? De tratar essas mulheres de forma diferente do que um homem, por exemplo no tratamento, né?** A gente ainda não dá conta de efetivar esse conceito, por exemplo, que é um conceito tão caro dos SUS, né? Acho que é um primordial para mim. (...) **Então, se eu estabeleço com essas mulheres uma relação em que a partir da minha narrativa eu detenho o saber e o poder sobre o que elas devem fazer, eu não estou efetivando nenhum preceito, primeiramente, da psicologia, que o meu papel, não é isso, né, enquanto uma psicóloga, eu tenho sim um saber, um saber para auxiliar esse sujeito diante de situações da vida para reorganizar algumas estratégias, seja a abordagem que eu utilizar.** É eu não vou estar ali efetivando nenhum, é, conceito primordial se eu já estabeleço essa relação vertical eu acho que para qualquer conceito que eu diga, é, ligados às políticas públicas, qualquer postura ética que eu tenho quanto

profissional, se eu não estabelecer uma relação de horizontalidade, onde eu entendo que eu saber que eu tenho... ele tem sim uma certa influência sobre esse sujeito, mas que se eu utilizar isso de forma indevida, eu não vou estar sendo um profissional ético, eu não vou estar sendo uma pessoa ética diante dessas situações, sabe? **Então eu acho que o maior desafio hoje é mudar essa nossa narrativa, é parar de reforçar esse discurso dominante, entender por que que ela é dominante e quais outros discursos narrativos eu tenho, né?** Eu não posso achar que só existe uma solução, só uma resposta. **Eu tenho várias soluções e várias respostas, mas culturalmente eu aceito apenas uma resposta, né, que é essa em relação às mulheres. A mulher é submissa, a mulher é passiva, a mulher é objeto. Então qualquer coisa que se desvie disso, eu tenho que voltar essa mulher para essa curva de novo, né.** Então, para mim, o maior desafio hoje, o maior impasse, está diante da nossa narrativa. **Não tem, assim, a partir do momento em que eu mudo a minha narrativa, eu mudo as minhas condutas, eu mudo as minhas atitudes, eu mudo aquele contexto, né. Eu faço isso dessa exceção. Eu sou alguém que está fora desse circuito.** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

Eu acho que é porque de modo geral, os serviços e as equipes e os espaços, eles são pensados principalmente para as pessoas cis gênero, para as pessoas heterossexuais, para as pessoas brancas, enfim, e as equipes de modo geral estão preparadas para isso, ou seja, no modo de abordagem, na linguagem, na forma de se comunicar, enfim, na forma de abordagem, então quando a gente se depara com um público diferente, pode até existir um esforço, mas a gente percebe que não é uma coisa tão natural, que precisa ter um, um opa, um momento de parar e repensar, né, que não é uma coisa que está tão natural ainda, né? (...) Eu acho que isso é um reflexo, de como a gente ainda tá numa posição da sociedade, como um todo, né. Eu acho que isso reflete o que nós temos enquanto sociedade, né. **Os serviços de saúde, eu acho que eles só refletem o que nós temos como um padrão social, né.** Esse é um exemplo que mostra isso, apesar de um esforço de fazer diferente. **Eu acho que é até interessante mencionar que este paciente também era um homem preto, assim, né.** Eu acho que este é um atravessador também, que merece ser ressaltado, **para além de ser um homem trans, era uma pessoa negra, enfim, é. E eu penso que até diante do público que a gente trabalha ali no hospital, é um público que prevalece muito pelo local onde o serviço está localizado, enfim, é, a gente tem uma prevalência de pessoas em situação de vulnerabilidade, ali, então, é um público que chega muito naquele serviço.** Mas, de modo geral, eu vejo que isso não é uma questão pensada pelos gestores, pela diretoria das instituições hospitalares. Na verdade, eu entendo que as instituições hospitalares entendem todos os pacientes como um corpo, assim, né. Não como, não existe essa leitura de sujeitos com atravessamentos sociais, políticos, econômicos, enfim. **Eu percebo que as instituições hospitalares veem, é, as pessoas ali como um corpo orgânico, né.** E que essa leitura é mais feita [risos] pelos às vezes pelos profissionais de saúde, enfim, pelas pessoas que têm, às vezes os pessoal da psicologia, que tem mais essa leitura de um ponto de vista psicossocial, enfim, mas que a instituição hospitalar em si está se deparando com o corpo orgânico, não com corpo psicossocial. (...) **Então, hoje, até eu trabalhando na saúde mental, no serviço de urgência em saúde mental, enfim, eu entendo que a subjetividade, o sofrimento psíquico, é, enfim, o inconsciente, o que é que a gente queira chamar, do um ponto de vista, da vida pessoal, né, de cada sujeito que chega pra nós, é profundamente, intrinsecamente afetado e**

construído a partir dessas condições, é, de vida, de condições, é, socioeconômicas, de raça, de classe, de gênero, de questões que passam por isso desde de gerações familiares, que não vem desse sujeito, mas que vem de gerações anteriores, né, enfim, de desigualdades sociais absurdas, de situações de extrema pobreza, de extrema violência, de extrema vulnerabilidade, de extrema violação de direitos, né. Então, hoje na minha prática profissional, eu vejo isso tão claro, tão objetivamente, como eu nunca vi antes, né. É, cada sujeito tem a sua história, tem a sua particularidade, tem a sua subjetividade, mas é muito evidente que **dentro da história de cada um, como tem todos esses atravessamentos, né,** assim, muito marcado também pelo meu local de trabalho, o local onde os pacientes, os usuários, é, residem num local de muita vulnerabilidade, de muita pobreza, então tem esse atravessamento também dos pacientes que chegam para a gente. **Isso é muito comum, então é muito marcante isso, né, como que isso atravessa muito, seja na construção da história e como que isso marca também até na construção do projeto terapêutico, na, na condução do tratamento e como que isso compromete também o prognóstico, né, dessas pessoas.** (Ella, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso).

Os relatos de bell e Ella demonstram como as interlocutoras são capazes de compreender as intersecções que marcam a vida dessas mulheres, e como elas impactam no acesso aos serviços de saúde. bell aponta para a dificuldade de conseguir atingir o princípio da equidade quando essas diferenças não são levadas em consideração. A equidade, um dos principais princípios do SUS, que versa sobre respeitar as necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão e/ou grupo social, relacionando-se diretamente com a igualdade e a justiça social. Para promover a equidade é importante reconhecer os determinantes sociais como renda, moradia, trabalho, dentre outros, e seus impactos na saúde (Ministério da Saúde, 2023b). E também torna-se importante reconhecer o marcador racial nesses determinantes de saúde. Ao longo deste trabalho, tenho apontado como existem disparidades nos atendimentos de mulheres brancas e mulheres negras, como bell sinaliza, nos serviços de saúde (Góes et al., 2018; Leal et al., 2017; Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023; Gonzaga, 2022).

Quando Ella afirma que os serviços de saúde não foram pensados para atender pessoas que não sejam brancas, cis e heterossexuais, tendo sido organizados, isso sim, a partir da ideia de universalidade imposta pela colonialidade, negando que exista uma história de exclusão e apagamento de pessoas negras e indígenas, que continua incidindo diretamente na produção de saúde e doença por exemplo (Lugones, 2008; Nuñez, 2019). A lógica colonial impede de enxergar essas diferenças nas construções que marcam os corpos e subjetividades de pessoas negras, indígenas e brancas. No Brasil, o mito da democracia racial torna essa questão ainda mais complexa, a ideia de que somos brasileiros e todos somos iguais (Gonzalez, 2020) silencia essas violentas diferenças.

A mudança de narrativa perpassa por incorporar essas discussões e leituras da sociedade brasileira, de compreender que o seu racismo incrustado causou e causa danos psicossociais. Mudar a narrativa é encarar o silenciamento imposto às outras histórias e manter uma prática que esteja alinhada com o reconhecimento e a reparação que esse apagamento tem causado, afinal, a colonialidade não incide apenas em um território geográfico, mas também em nossos corpos, em nossa subjetividade (Nuñez, 2019). E para construir essa prática, acredito que o uso da interseccionalidade pode nos ser de extrema utilidade, pois, como afirma Paula Gonzaga (2022), ela ilumina e unifica aquilo que pode parecer, à primeira vista, sem conexão, já que essas estruturas de poder são afluentes do mesmo rio, da colonialidade. Essa mudança de perspectiva permite que o cuidado em saúde não seja marcado por condutas universalizantes, aquelas que enxergam o sujeito como “um corpo orgânico”, e em como os aspectos de vulnerabilidade que marcam a vida dos sujeitos interferem na construção do PTS, como Ella pontua em seu relato. A interseccionalidade provoca os profissionais a reconhecerem que aquela usuária possui uma história, que sua vida possui atravessamentos de raça, gênero, sexualidade, classe, idade e território, “marcadores que definem as reivindicações, as expectativas, o projeto terapêutico e o vínculo com o serviço” (Miranda, Oliveira & Mayorga, 2024, p. 45).

Um olhar e uma prática interseccional na saúde permite que os profissionais se despem da normativa colonial, de seu olhar dicotômico, e aprendam a construir projetos singulares, que sustentem a ambiguidade, as contradições, a pluralidade que habita cada um (Anzaldúa, 2005). Isso porque o cuidado em saúde não pode ser exercido com rigidez, ele não pode ser cristalizado, caso contrário, vamos tentar voltar a mulher para a curva pré-estabelecida, para a caixinha já construída, bem como afirma a interlocutora bell. Como aquela, por exemplo, em que mulheres negras e indígenas não são vistas como mulheres, por não carregarem os símbolos da suposta feminilidade inventada pela colonialidade (Gonzaga, 2022; hooks, 2019). Amparar-se na interseccionalidade é a rota de fuga que se apresenta para que as trabalhadoras da saúde possam desaprender (Miranda, Oliveira & Mayorga, 2024). E ao desaprender, ao nos aproximar da ambiguidade que a consciência da *la mestiza* nos oferece (2005), é que podemos transformar a narrativa.

Ao tecerem reflexões acerca do cuidado com mulheres, as interlocutoras bell e Ella parecem estar nesse caminho de desaprender:

... é primeiramente que as mulheres pretas, de modo geral, elas têm menos acesso ao serviço de saúde, né, acho que isso é um dado já consolidado, enfim, e existe todo esse estigma também de uma questão de, de uma mulher

preta ser considerada mais, mais vulgar, mais banalizada, né, enfim. Eu acho que o corpo preto, ele, historicamente, tanto o corpo preto feminino quanto o corpo preto masculino, é lido como o corpo mais sexualizado, um corpo erotizado, enfim, **então, sendo o corpo de uma mulher, existe toda uma banalização, né, e dependendo até do contexto, interroga-se se essa mulher fez alguma coisa para merecer aquilo que aconteceu com ela, se, de fato, ela foi vítima, ou se ela fez alguma coisa que justificasse aquele acontecimento no corpo dela, né.** Então eu acho que o corpo preto, é um corpo hipersexualizado, né, numa leitura, assim, da sociedade. E quando a gente fala dessa questão de gênero, eu acho que já é até batido assim, como que a mulher, ela é descredibilizada, ela, seu discurso é invisibilizado, é negligenciado, né, como que, é, ela precisasse, ela precisasse provar, com o próprio corpo, assim, né, com feridas abertas, assim, né, o que aconteceu com ela. E às vezes nem isso é o suficiente. (Ella, 28 anos, branca, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental, grifo nosso).

...então, uma série de fatores que eu avalio, que quando a gente está nesse lugar do profissional ali de saúde e que você se propõe a ofertar uma escuta, **você tem que compreender que o contexto dentro daquele serviço, ele é atravessado a todo momento pelas questões do cotidiano, né. Não adianta a gente falar, por exemplo, que trabalha num serviço substitutivo, com uma lógica antimanicomial, se eu não levo em consideração a origem dessa mulher, a cor da pele dessa mulher, as relações estabelecidas.** Então, se eu não percebo que isso é fator importante na construção de um projeto terapêutico que seja realmente singular, eu estou só reproduzindo os mesmos discursos do lado de fora, né? **Então, eu não estou, na verdade, fazendo algo de uma escuta acolhedora, né? É, eu acho que quando a gente se dá conta disso, assim, desse lugar, de nós também enquanto mulheres atendendo outras mulheres, é, nós precisamos muito, é, se atentar para as questões que atravessam: o que é isso? O que é esse papel? O que é ser mulher? O que é que é cobrado? O que é idealizado? O que é possível? Então, isso, acho que faz toda a diferença, sabe, na nossa prática.** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

Pensar as diferenças que caracterizam o acesso de mulheres negras e mulheres brancas aos serviços de saúde, como levantado pela psicóloga Ella, perpassa pela história das mulheres negras no Brasil. Sueli Carneiro (2019) salienta que as diferenças qualitativas de opressão, vividas por mulheres negras, ainda trazem impactos para a construção da identidade feminina dessas mulheres. O processo de colonização converteu homens e mulheres em machos e fêmeas (Lugones, 2010). Estou falando, por exemplo, de mulheres escravizadas que tinham seus filhos arrancados para serem vendidas como amas de leite (Queiroga, 1988). Essas marcas são nítidas quando o médico afirma que crianças esquimós menstruam mais cedo, após visualizar sangue nas fraldas da ainda bebê Gloria Anzaldúa, como relatado pela autora em *La Pietra* (2001). Ou quando profissionais de saúde de uma maternidade do Rio de Janeiro mencionam que a adequação pélvica de mulheres negras justificaria o não uso de analgesia durante o parto (Leal et al., 2017). Daí a extrema necessidade de, nas palavras de Sueli Carneiro (2019), “enegrecer

o movimento feminista brasileiro”, a fim de demarcar e institucionalizar nas discussões o peso que a questão racial possui. Para Gonzalez (2020), essa não incorporação das questões raciais nas discussões do movimento feminista constituiu-se em um racismo por omissão, fruto de uma visão de mundo eurocêntrica e colonizada. A luta feminista no Brasil não pode se esquecer do histórico da escravidão, dos processos de colonização que marcam, ainda hoje, os corpos de mulheres negras e indígenas de uma maneira diferente dos corpos de mulheres brancas. Arrisco a dizer que, para além de “enegrecermos” o feminismo, devemos incorporar esse chamado de Sueli Carneiro às nossas leituras generalizadas da realidade, sobretudo aquelas que realizamos nos serviços de saúde. Essas violências cometidas contra as mulheres por profissionais de saúde não são “acasos”, coincidências, são o “modus operandis” de como uma sociedade racista, patriarcal e colonizada funciona.

Negar as diferenças entre mulheres negras e mulheres brancas é ceder à lógica de divisão que tem sido construída, de continuarmos nos privando de nós mesmas (Lorde, 2019). Como bell afirma, é essencial que, no momento do acolhimento às mulheres, sejamos capazes de reconhecer que sua cor, sua origem, suas relações, vão influenciar na maneira como o tratamento, o acompanhamento em saúde vai acontecer. Ao negarmos esses marcadores, estamos abdicando de exercer, efetivamente, um cuidado integral. Ao negarmos esses atravessamentos, estamos cometendo o que Kimberlé Crenshaw (2002) chama de superinclusão e subinclusão. O primeiro, ocorre quando uma questão específica é colocada para um subgrupo de mulheres que passa a ser entendido como uma condição para todas as mulheres, não considerando o entrelaçamento com outros eixos de opressão como o racismo por exemplo (Crenshaw, 2002; Gonzaga, 2022). Já o segundo, a subinclusão, é praticada quando só as mulheres de um determinado grupo racial são afetadas pela discriminação, e esse elemento não é considerado como racismo, ou, no caso, de um subgrupo de mulheres ser afetada por uma discriminação de gênero e não ser considerado como uma questão de gênero, por não atingir todas as mulheres (Crenshaw, 2002; Gonzaga, 2022). Conhecer tais conceitos auxilia na construção de nossas condutas, afinal, os corpos e subjetividades que tratamos carregam uma história, uma descendência que não se apaga no momento em que adentram os espaços de saúde. Estamos cometendo superinclusão e/ou subinclusão quando não consideramos os atravessamentos raciais, de classe, idade, território, nas violências sexuais cometidas contra as mulheres? No acesso ao aborto legal? Localizar esses marcadores torna-se imprescindível para uma prática em saúde que realmente possibilite um cuidado integral.

Refletir acerca das violências que perpassam o cuidado em saúde é pensar sobre a própria estrutura social brasileira, pois a desassistência nos serviços de saúde pública, sobretudo

às mulheres, está intrinsecamente relacionado à ordem colonial, racista, patriarcal e heteronormativa em que vivemos. Como afirma bell, a luta é de todas nós:

(...) É, e eu penso que hoje nós estamos vivenciando momentos em que essas questões, né, do nosso papel na cultura, nessa sociedade, **é, essas questões de gênero, enfim, de raça, elas estão totalmente ligadas**, é, a tudo que eu vou fazer na minha vida, assim. **Então, se essa mulher chega e diz que sofreu uma violência, seja física, seja sexual, seja psicológica, seja pela própria questão do racismo. Eu não posso ouvir isso do lugar de dizer “isso é natural, isso acontece”;** "Ah, aconteceu porque você é mulher, aconteceu porque é isso ou aquilo", não. **Eu tenho que questionar, né, hoje nós temos, aí, acho que uma clareza sobre toda essa construção que é histórica e que a gente está tentando romper, né, de várias formas**, mas que é difícil, porque o discurso predominante ainda nos coloca numa posição inferior, né. Então, eu fico pensando muito em como que a gente traduz, **talvez, para essas mulheres, essas lutas hoje que vêm se fortalecendo em diversos espaços, para que elas possam sentir pertencentes também, não é uma luta minha, é uma luta, eu acho, de todas nós. E se eu conheço uma mulher que eu sei que está, em um momento, em que ela precisa desse apoio, é ali que eu tenho que estar, né, junto com ela, fazer junto mesmo, sabe?** (bell, 37 anos, negra, sem religião, bissexual, trabalhadora do centro de referência em saúde mental e do centro de referência em saúde mental álcool e drogas, grifo nosso).

A entrevistada bell expande a discussão para além do campo da saúde, ao pontuar sobre como é necessário olhar, de modo geral, para o entrelaçamento entre gênero e raça, a trama indissociável da qual Maria Lugones (2008) fala sobre em sua teoria acerca do sistema moderno colonial de gênero. Ela segue em seu relato questionando se temos consciência acerca dessa história, e eu arrisco a responder que temos escolhido ignorá-la, ao invés de olhar para ela de fato. Cida Bento (2022) explicita o pacto realizado entre a branquitude brasileira de excluir pessoas negras das instituições, sejam elas públicas ou privadas, e outros espaços da sociedade civil, através da transmissão de funcionamento, valores e também do perfil dos profissionais que trabalham nesses espaços, em sua maioria homens e brancos. Nos serviços de saúde, essa lógica não é diferente, trata-se de uma instituição. Faço o exercício reflexivo de lembrar quantas profissionais negras foram responsáveis pelos meus atendimentos em saúde, e lembro que existe uma marca bem definida, as profissionais de nível superior são majoritariamente brancas, enquanto, nas de nível médio, encontro a maioria negra. Essas diferenças são justificadas com aquela velha lorota meritocrática de que eles estão lá por que merecem (Bento, 2022). O pacto narcísico da branquitude, que visa a autopreservação do suposto “universal”, impede que pessoas negras e indígenas acessem esses espaços, que permanecem protegidos para o usufruto dos herdeiros brancos dos escravocratas (Bento, 2022). Se por um lado os descendentes de escravizados herdaram a exclusão, os dos escravocratas herdaram os privilégios, demonstrando,

mais uma vez, como o lado obscuro da colonialidade é muito mais cruel (Bento, 2022; Lugones, 2008).

No que tange em específico às mulheres, bell questiona sobre como seria possível fazer a tradução dessas discussões para as usuárias, no intuito de demonstrar que a luta é de todas. Acredito que a discussão precisa perpassar pela aceitação das diferenças que marcam nossos corpos e subjetividades, pois como afirma Audre Lorde (2019), a recusa em enxergar este fato crucial torna inviável compreender os problemas e armadilhas que enfrentamos por ser mulheres. A luta, a discussão, não pode se privar desse ponto central, caso contrário, vamos cair na mesma lógica perpetuada pelas feministas brancas da segunda onda, universalizando a experiência da mulher como única, equiparando-a com a das mulheres brancas, desconsiderando esses marcadores (Lugones, 2014; Bento, 2022). Penso que a leitura de feministas negras traz lições valiosas para construir essa luta da maneira como ela deve ser, nos localizando em nossos lugares, entendendo de onde falamos, da nossa posição, (Haraway, 1995) não só como mulheres negras e mulheres brancas, mas também como profissionais da psicologia. É como Paula Gonzaga afirma (2022):

Nesse sentido, é preciso conceber **o pensamento feminista negro como uma queda d'água que nos convoca a rever lógicas pré-estabelecidas** por descortinar não apenas um olhar complexificado sobre o sujeito e sobre as relações produzidas a partir da colonialidade, mas também por indicar um projeto de sociedade inconcebível a partir do olhar cartesiano que durante séculos condicionou nossas análises a partir das limitações de uma posição única que se pretendia total (p. 159).

Ler autoras do feminismo negro permitiu-me ampliar o meu olhar e minhas reflexões e, conseqüentemente, transformou a minha prática como psicóloga. Não precisamos nos pautar unicamente na teoria dos cinco autores brancos do norte global, podemos construir uma psicologia localizada, que entenda essas diferenças. A luta pelo fim da violência contra a mulher, da legalização e descriminalização do aborto é um problema de todas nós, mas lutar por esses direitos não pode ser sinônimo de apagar as nossas diferenças. O chamado de Audre Lorde deve ser ouvido e posto em prática, as diferenças não nos separam, elas nos deixam mais fortes (Lorde, 2019). O cuidado em saúde às mulheres em situação de abortamento legal precisa estar alinhado com a construção da igualdade de raça, gênero, etnia e classe (Dumont-pena & Castro, 2019), pois a vivência da vida sexual e vida reprodutiva não é igual para todas. O aborto não pode ser restrito para aquele grupo de mulheres privilegiadas que conseguem pagar por ele, ou que decidem viver de acordo com as regras do patriarcado (hooks, 2019; Lorde, 2019). A interrupção de gestação é um método contraceptivo reconhecido pela OMS, quando realizado de forma segura (OMS, 2022). No caso brasileiro, ainda restritivo, permitido apenas nos casos

de risco de vida para a gestante, violência sexual e anencefalia, identificamos as disparidades das mais diversas ordens para a efetivação do direito (Jacobs & Boing, 2022a; 2022b). No entanto, a que mais me chama atenção diz respeito às condutas preconceituosas dos trabalhadores da saúde que fazem leituras das mulheres que buscam os serviços, a partir de um olhar colonizador, ou seja, seguem a cartilha da vítima perfeita que preencha os requisitos de fragilidade e feminilidade construídos (Gonzaga, 2022). Por isso, a luta pelos direitos e também o atendimento psicológico, precisa se manter atento aos marcadores tão citados neste trabalho, pois apenas desse modo podemos evoluir enquanto categoria profissional, e, também, como sociedade, enxergando e acatando as diferenças que nos marcam como potência a ser valorizada e não mais operacionalizada como desigualdade.

CONSIDERAÇÕES/INQUIETAÇÕES/PROVOCAÇÕES FINAIS

O que a psicologia tem dito sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, em especial sobre o aborto? Ao analisar o processo formativo das 10 psicólogas participantes da pesquisa, fica evidente que não temos dito muita coisa, na verdade, quase nada. As discussões permanecem em torno do materno, das relações com os filhos. Mesmo que as mulheres sejam mais acometidas pelos chamados Transtornos Mentais Comuns (Gonçalves, 2019), o nosso olhar permanece direcionado ao aspecto traumático, de ordem subjetiva, não levando em consideração os marcadores históricos e sociais que produzem esse sofrimento. Falamos sobre sintomas, mas não falamos sobre as violências que fazem com que eles apareçam. Continuamos atualizando a divisão entre mente/corpo; sujeito/sociedade; privado/público.

Este trabalho também corrobora com a literatura, que tem advertido sobre o distanciamento de nossa formação do trabalho em políticas públicas. Mesmo que a maioria das psicólogas acabem trabalhando nesses espaços em algum momento de sua carreira, a nossa identidade profissional ainda se mantém colada ao trabalho de clínicas, em consultório privado. Ao se deparar com o cenário dos serviços públicos, muito distinto dessa atuação no âmbito autônomo e particular, as psicólogas acabam por transportar aquilo que foi aprendido, e que responde a este outro contexto, para as políticas públicas que trabalham, neste trabalho, as que compõem o sistema único de saúde.

Mas o silêncio e a distância não são identificados apenas na graduação, eles também são encontrados nas próprias políticas de saúde. Coadunando com a literatura, observou-se, nesta pesquisa, que não existem processos de formação acerca de direitos sexuais e direitos reprodutivos, de aborto e de violência sexual na rede de atenção em saúde de Belo Horizonte. Em nenhum ponto dela, nem mesmo para aqueles que atuam nos serviços de referência para violência sexual e aborto legal. Há celebrações e formações sobre amamentação, gestação e tudo aquilo que envolva o ciclo gravídico-puerperal, reduzindo a saúde da mulher, ao parir, e também à ideia de quem é a mulher atendida nessas políticas, como bem pontua uma das entrevistadas, não há espaço para outras vivências da vida sexual de mulheres, somos, constantemente reduzidas à nossa função reprodutiva.

Sem um currículo formativo que de fato forneça ferramentas para o trabalho, e sem possibilidade de processos de educação *in loco*, as psicólogas acabam construindo uma prática baseada nas vivências e formações pelas quais passaram. Algumas delas buscam qualificações por meio dos estudos e orientações das abordagens teóricas que aprenderam na graduação, como a psicanálise e a fenomenologia, ou o saber fazer propiciado àquelas que tiveram a

oportunidade de participarem de programas de residência multiprofissional em saúde. Já outras, levaram como bagagem experiências que não foram aprendidas no processo de educação formal, demonstrando como a interlocução entre universidade, movimentos sociais e políticas públicas pode ser prolífera. As interlocutoras, Adrienne, bell e Audre falaram da importância da participação nos movimentos de mulheres para o trabalho como psicólogas. A máxima feminista “o pessoal é político” não poderia ser mais atual. Atender mulheres em situação de violência sexual, de abortamento, está diretamente associado à opressão patriarcal racista que nos molda, não se tratando apenas de uma questão subjetiva.

Ainda sobre a formação, as interlocutoras destacam o espaço da própria prática como local de aprendizagem, por entenderem que, por estarem nesses serviços, foram capazes de refletir sobre o trabalho realizado, identificando como a “questão social” é importante para a atuação da psicologia. Esse aspecto parece-me importante por explicitar dois pontos: o primeiro deles é em relação ao estranhamento de perceber que, apenas ao atuarem como psicólogas de políticas públicas, é que o entendimento de que a construção sócio-histórico é necessária para se compreender as produções psíquicas do sujeito. O segundo, e que surge a partir do primeiro, é sobre como os conceitos da psicologia social comunitária se relacionam com os princípios do SUS, aos princípios orientadores para a prática nos serviços de saúde pública, como são descritos na Política Nacional de Humanização do SUS. Não se trata apenas de dizer da importância de se aproximar do social, até porque ele nunca esteve distante, a psicologia que optou por negá-lo em suas análises sobre modos de subjetivação, mas refletir sobre quais perspectivas adotaremos sobre essa leitura psicossocial. Em qual epistemologia vamos nos apoiar? Em uma que busca a transformação e emancipação dos sujeitos e coletivos, ou naquela que enxerga apenas as vulnerabilidades que marcam a vida de determinados sujeitos, ancorando-se em uma perspectiva assistencialista.

Para além do processo formativo, dediquei-me a compreender como é para essas psicólogas trabalhar com uma temática constantemente silenciada. Foi possível identificar que existem sofrimento em dois pólos, de quem atende e de quem oferta o cuidado.

No pólo acerca do sofrimento das profissionais, as entrevistadas Maria e Silvia falam sobre a identificação com as sobreviventes de violência. Ambas apontam para o fato de serem mulheres, e de como também estão sujeitas a sofrerem situações de violência. Contudo, não abordam as diferenças que as marcam em relação às de quem elas acolhem. Maria e Silvia são duas mulheres brancas, enquanto os dados apontam que a maioria das vítimas de violência sexual são mulheres negras.

Não é só a identificação que causa sofrimento, mas também a percepção de que o contexto de ilegalidade e criminalização impede que um cuidado em saúde efetivo seja realizado junto dessas mulheres. A entrevistada Adrienne traz em seu relato a indignação de não podermos construir Projetos Terapêuticos Singulares que realmente levem em consideração o desejo da mulher. Não só seu desejo, mas o cuidado de que elas precisam. O aborto também é um cuidado em saúde e deveria ser uma possibilidade. Não só da saúde física, impedindo que mulheres realizem abortos inseguros e venham a falecer devido às complicações do procedimento, como a literatura tem advertido, mas também no que diz respeito à saúde mental. Precisamos nos questionar sobre os impactos psíquicos de obrigar mulheres a serem mães, a serem mães de crianças resultantes de uma violência, É preciso resgatar a orientação do Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW, de que uma gravidez forçada constitui-se em violência, em ato de tortura (OAS, 2022). Pois não só são obrigadas a serem mães, mas como serão constantemente cobradas a serem “boas mães”. Sem a possibilidade de incluir o aborto em um PTS, cabe às psicólogas prestarem acolhimento a essas mulheres que estão sendo coagidas pelo Estado a se associarem à instituição maternidade da forma mais cruel possível. Refletir acerca dessa questão, aponta, novamente, sobre a indissociabilidade entre os aspectos políticos, sociais, da esfera privada, da produção de sofrimento que incide na vida de cada uma.

O sofrimento também aparece nas situações limite colocadas pela criminalização. A psicóloga Gloria fala sobre as suas dificuldades no acompanhamento de uma interrupção legal da gestação no terceiro trimestre. Esse é o momento da gravidez em que o feto vai ganhando contornos sociais de uma pessoa (Lima, 2015; 2022). Gloria fala acerca de seus receios em descrever o procedimento para a criança de 12 anos que se encontra grávida de uma violência sexual. A gestação avançou, pois a menina não conseguia entender o que estava acontecendo com o seu corpo. Esse caso é semelhante a tantos outros que vemos nos noticiários. Crianças e adolescentes são as maiores vítimas de violência sexual no país (FBPS, 2023). A junção entre o impedimento de se discutir saúde sexual e saúde reprodutiva nas escolas e a criminalização do aborto só favorece para que situações como essa se repitam cotidianamente.

A maioria das psicólogas apresentaram discursos em que demonstram a compreensão da criminalização como uma interdição do direito da mulher em controlar o próprio corpo, nomeando a situação como “absurda” e “sem sentido”. Elas entendem que esse cenário ocasiona sofrimento para as mulheres que optam pelo aborto, mesmo que seja a interrupção legal da gestação. Contudo, algumas delas levantam certas preocupações que esbarram em um certo

“senso comum”, ou de uma psicologia demasiadamente subjetivista, que não contempla uma leitura crítica e politizada acerca de fenômenos como o abortamento.

A primeira delas diz respeito ao arrependimento. Como se, ao optar pelo aborto, o risco por se arrepender depois fosse muito grande, o que acarretaria em um intenso sofrimento psíquico por parte dessas mulheres. Esse receio vai contra o que a literatura tem apontado, pois, ao contrário, as mulheres falam da sensação de alívio ao conseguirem realizar um aborto. Fala-se sobre o arrependimento de abortar, mas nenhuma delas faz um paralelo sobre a possibilidade de se arrepender em ser mãe, como também pode ocorrer (Donath, 2017). Torna-se imprescindível ter cautela com essas possíveis generalizações sobre abortar e se arrepender, pois elas podem servir como justificativas para quem deseja manter o aborto criminalizado. A segunda é sobre a capacidade de crianças decidirem pela gestação quanto se trata de estupro de vulnerável. Aqui, o receio das psicólogas em relação ao arrependimento é ainda maior. Falam sobre “medo de traumatizar”. Mas, novamente, não é falado nada sobre o medo delas se arrependerem de ter um filho que não desejaram e que lhes foi imputado a partir da violação dos seus corpos. Se o governo não vê menores de 14 anos como capazes de decidir sobre consentir em ter ou não uma relação sexual, como podemos presumir que serão capazes de discernir acerca de ter um filho? Um compromisso que será para toda a vida e que remeterá potencialmente às condições em que essa criança foi gerada? Acredito que considerações antecipadas sobre arrependimento nos impedem de escutar de fato o sujeito e de compreender a questão de uma forma integral e não apenas subjetiva. A criminalização e ilegalidade do aborto só nos traz sofrimento e empecilhos para a vida das mulheres e meninas que são privadas da possibilidade de decidir.

Outro ponto de convergência entre os relatos das psicólogas é sobre a importância da escuta psicológica, no processo de resignificação e elaboração da violência sofrida, bem como no que tange as reverberações pela escolha do aborto legal e no acompanhamento do pós abortamento, também indo ao encontro com outras produções acerca do tema. Esse ponto relaciona-se com o posicionamento das entrevistadas acerca do que consideram um acolhimento bem-sucedido. Essa foi a pergunta disparadora da entrevista, e chamou-me atenção o fato de que todas as psicólogas associaram um acolhimento bem-sucedido à possibilidade de atender as demandas das mulheres, realizando um acolhimento que propicie mudanças em suas vidas, seja no aspecto psíquico, físico, social, levando ao bem-estar.

No entanto, isso não significa que todas as condutas das psicólogas estejam isentas de posturas preconceituosas e de suspeição. Uma das entrevistadas apresentou um discurso marcado pela dúvida em relação à palavra da mulher, inferindo que o conhecimento acerca do

serviço de aborto legal faz com que mulheres construam narrativas falsas para conseguir abortar. Discursos como esse vão de encontro aos estudos realizados sobre a concepção dos trabalhadores em relação às mulheres vítimas de violência sexual que buscam a interrupção legal de gestação. Bem como aponta para a construção de uma “vítima ideal” que povoa o imaginário desses profissionais. Cabe ressaltar que essa construção imagética está diretamente associada aos marcadores de raça e classe.

Em relação às práticas exitosas, percebeu-se que a maioria das psicólogas interpeladas preocupam-se em promover uma escuta atenta e cuidadosa, mais uma vez, apontando para a importância que a psicologia possui para o acompanhamento dessas mulheres. Outro ponto destacado por elas diz respeito à verbalizar, informar às usuárias sobre as situações invisibilizadas e a em descortinar as violências, como é visto no relato de Gloria sobre apontar para atendida que a situação vivenciada por ela configura-se em violência sexual.

Contudo, acredito que uma das questões de maior gravidade evidenciada neste trabalho é sobre a invisibilidade do marcador de raça nos discursos das trabalhadoras entrevistadas. Apenas 03 de 10 trazem esse elemento para a discussão, associando-o com a violência de gênero. Em um país forjado na discriminação racial como o Brasil, não pensar no racismo como uma questão que atravessa a construção subjetiva dos sujeitos, bem como serão lidos nos serviços públicos de saúde, é um problema. O risco é o da generalização, principalmente ao falarmos das violências cometidas contra as diferentes mulheres brasileiras. Mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres brancas são acometidas por situações de violência de formas distintas. Umas, leia-se aqui mulheres negras e indígenas, estão mais sujeitas a terem seus corpos violados, essa é uma realidade posta em estatísticas, sobre as quais as profissionais da saúde precisam estar cientes, bem como do processo histórico que faz com que essa realidade perdure.

Ao não falar de racismo, das vulnerabilidades sociais, econômicas e étárias que marcam a vida das usuárias, as psicólogas parecem apresentar uma leitura da subjetividade que não inclui as questões dos direitos, apenas do trauma, de reverberações psíquicas. Não se nomeia direitos sexuais e direitos reprodutivos, o que me parece apontar para a cisão entre mente/corpo; fora/dentro; subjetivo/social. A subjetividade aparenta ser uma entidade sem localização histórica, respondendo apenas às experiências particulares dos indivíduos. Falar de aborto é falar de uma interdição social, de controle das mulheres. É falar sobre como esse controle vai incidir sobre cada uma de maneira distinta. E essa distinção está relacionada às intersecções que marcam a vida de todas. A armadilha da subjetividade a-histórica auxilia na manutenção da mulher universal construída pelas feministas brancas (Lugones, 2014).

Como alinhar, conectar, todas essas pontas de saberes? Fica aqui a aposta em uma psicologia que se aproprie da interseccionalidade como ferramenta de análise e intervenção, sobretudo nos trabalhos realizados em políticas públicas. Essa afirmação se dá no reconhecimento de que a interseccionalidade auxilia a psicologia a compreender a complexidade dos sujeitos que buscam os serviços, contribuindo, em muito, para a integralidade do cuidado. Apropriar-se desse conceito pode ser um importante potencializador para o trabalho nas políticas públicas, sobretudo as políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva.

Acredito que este trabalho também aponta para alguns conteúdos que precisam ser abordados em maior profundidade, em estudos específicos. Uma delas é sobre o acompanhamento e acolhimento psicológico de sobreviventes de violência sexual e abortamento na atenção primária à saúde. A entrevistada Maria afirma nunca ter atendido ninguém ao longo do seu percurso como psicóloga de uma UBS. Já Silvia fala sobre o seu estranhamento em não receber essas mulheres para atendimento no território em que trabalha, visto ser um local de alta vulnerabilidade e pelos alarmantes números de violência sexual que acometem o país. Cabe destacar que a APS é responsável pela centralidade do cuidado, é ela que organiza a rede de saúde. O fato de comportar serviços de porta aberta e estarem dentro do território, poderiam e deveriam se caracterizar como um dos primeiros pontos de cuidado para essas mulheres. As entrevistadas Angela, Lélia e Adrienne, as duas primeiras com experiência na APS e a terceira atuando em centro de saúde, durante a pesquisa, apontam para as dificuldades que os profissionais desse nível de atenção possuem com a temática, não sabendo como abordar a questão, ou tecendo comentários preconceituosos e estigmatizantes sobre a vida sexual dessas mulheres, afinal, na APS, é possível, ou ao menos se deveria conhecer, os modos de vida dos usuários. Mas no que diz respeito ao acompanhamento dessas mulheres, o conhecer acaba reverberando em práticas de desacolhimento e não potencialidades para o cuidado, o que é um grande problema, pois afasta esses serviços do seu lugar de centralidade e das diretrizes que deveriam ser postas em prática como o cuidado centrado na pessoa e a longitudinalidade (Portaria nº 849, 2017).

Penso que o cenário da APS em Belo Horizonte acrescenta a esta questão outras camadas que precisam ser investigadas, pois aqui a psicologia possui certa centralidade, como especialidade, fazendo parte de duas equipes de apoio na APS, ESM e NASF-AB. Como relato na introdução desta pesquisa, dado a opção pela técnica de bola de neve, a rede de entrevistadas indicadas não contemplou nenhuma profissional que atue no NASF-AB. Torna-se importante entender se as demandas para acompanhamento de vítimas de violência sexual e em situação de abortamento também não chegam para essa equipe, como ocorre com a ESM, ou se elas

percebem condutas preconceituosas dos outros profissionais como suas colegas. E até mesmo analisar se existem diferenças em relação às mulheres encaminhadas para uma equipe e para outra.

A questão sobre o aborto em intersecção com pessoas trans também carece de maior atenção. A entrevistada Ella traz em seu relato como a situação de atendimento a um homem trans, que optou pela interrupção legal de gestação, fez com que ela e a equipe repensassem os processos de trabalho e a assistência prestada no serviço. Como os profissionais lidam com este aspecto, levando em consideração todo o preconceito contra as pessoas trans associada ao estigma do aborto? Essas foram algumas perguntas suscitadas as quais não pude responder nesta pesquisa, mas considero de suma relevância para sinalizar nessas considerações finais como temas que devem ser objeto de atenção da Psicologia.

Essa é a psicologia que buscamos construir, e o nosso Conselho tem avançado nessas discussões com a construção de um documento técnico para a atuação da psicologia nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva. Vejo essa iniciativa como um importante avanço, visto que demonstra o reconhecimento da categoria acerca das especificidades e da centralidade dos direitos sexuais e direitos reprodutivos na vida das mulheres, e a consequente implicação da psicologia na promoção deste direito e nos cuidados que podemos oferecer.

A pequena contribuição deste trabalho é somar na construção de uma psicologia, como ciência e profissão, que visa o fim das opressões e a garantia dos direitos humanos, incluído aqui os direitos sexuais e direitos reprodutivos, e que deve atuar no acolhimento das feridas da colonização, na cicatrização das divisões (Nuñez, 2019; Anzaldúa, 2005). Aproximarmo-nos da consciência da *la mestiza* que busca desmontar, extirpar a dualidade e sustentar a ambiguidade e ambivalência que gostamos de enxergar nos sujeitos, mas sempre no lugar de falha ou de fragilidade. Enxergar a dualidade como um aspecto que nos molda, e que possui uma potência de construção do novo. Uma nova psicologia, que aposte mais na proteção dos direitos, que supere a cisão e aposte na integração. Integração do sujeito e consequente integração do cuidado. Um cuidado de diferentes mulheres para outras diferentes mulheres.

REFERÊNCIAS

- Adrião, G. K. (2015). Feminismo, psicologia e justiça social: um encontro possível? Uma entrevista com Michelle Fine. *In: Psicologia & Sociedade*, 27(3), 479-486. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p479>
- Agência Câmara de Notícias. (2024). *Novos projetos de lei sobre aborto visam tornar legislação mais rígida*. <https://www.camara.leg.br/noticias/1085816-NOVOS-PROJETOS-DE-LEI-SOBRE-ABORTO-VISAM-TORNAR-LEGISLACAO-MAIS-RIGIDA>.
- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Pólen. 152 p. (Feminismos Plurais - coordenação de Djamila Ribeiro).
- Alegretti, L. (2024, 15 de junho). Lula sobre aborto: sou contra, mas é insanidade punir mulher com mais rigor que o estuprador. *BBC News Brasil*. <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c888dj7y7elo>.
- American Psychological Association (APA) (2008). Report of the APA task force on. *Mental Health and Abortion*, Washington, DC: Author. Disponível em: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Anzaldúa, G. (2000). Falando em Línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. Vol. 8(1), p. 229-236.
- Anzaldúa, G. (2001). *La Pietra*. p.1-13. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/Laprieta_Anzaldúa_debatefeminista_2001_mexico_\(1\).pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/Laprieta_Anzaldúa_debatefeminista_2001_mexico_(1).pdf).
- Anzaldúa, G. (2005). La conciencia de la mestiza: rumbo a una nova consciência. *Revista Estudos Feministas* [online], Vol. 13(3), p. 704-719. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300015>

- Arantes, A. (2023). Da gestação à parentalidade: relato de uma gestação transmasculina, controle da reprodução humana e o reforço do estigma para população trans. *REBEH* Vol. 06, N. 19, Jan. - Abr. DOI: 10.31560/2595-3206.2023.19.15814
- Azerêdo, S. M. da M. (2016). Era uma vez... uma análise. *Cadernos Pagu*. N. 20 2016: pp.205-216. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8644604>
- Barsted, L. de A. L. (1992). Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista. *Revista Estudos Feministas*. Ano 0, V. 0. p. 104-130. DOI: <https://doi.org/10.1590/%x>
- Barsted, L. L. (1997). O movimento feminista e a descriminalização do aborto. *Estudos Feministas*. Ano 5, 397-402.
- Barsted, L. L. (2016). Feminismo e o Enfrentamento da Violência contra as mulheres no Brasil. In: Sardenberg, C.M.B., e Tavares, M.S. *Violência de Gênero contra Mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento* [ONLINE]. Salvador - BA: EDUFBA. 335p. Bahianas Collectoion, Vol. 19.
- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. (2015). Guia de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência. SUS: Produção Visual - Gerência de Comunicação Social Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. (2023). *Guia - Rede de Atenção Psicossocial e a Política de Saúde Mental*. 52p.
- Belo Horizonte. Secretária Municipal de Saúde. (2024). Informe Saúde: Curso de Formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI) - 2024. 1p.
- Bento, C. (2022). *O pacto da branquitude*. 1 ed. São Paulo. Companhia das Letras. 148p.
- Branco, J. G. de O., Brilhante, A. V. M., Vieira, L. J. E. de S. & Manso, A. G. (2020). *Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de*

gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal Intersecções de gênero, raça, classe e território. *Cad. Saúde Pública*; 36 Sup 1:e00038219. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>

Buzanello, J. C. (2001). *Objecção de consciência: uma questão constitucional*. Brasília a. 38 n. 152 out./dez.

Carneiro, S. (2003). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. *In: Holanda, H. B. de (Org). Pensamento feminista: conceitos fundamentais*. Bazar do Tempo: Rio de Janeiro – RJ, p. 325-334.

Castro, R. D. de & Mayorga, C. A. (2017). A Construção de um Campo de Pesquisa Antirracista ou Sonre Quando Sujeito e Objeto(SE) Pesquisam. *Revista da ABPN* • v. 10, n. 24 • nov. –fev. 2018, p.339-365

Castro, R. D. de & Mayorga, C. A. (2019). Decolonialidade e pesquisas narrativas: contribuições para a Psicologia Comunitária. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 14(3), São João del-Rei, julho-setembro de. e3178

Cerqueira, D. & Bueno, S. (coord.). (2023). *Atlas da violência 2023*. Brasília: Ipea; FBSP, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/12/atlas-da-violencia-2023.pdf>

Collins, P. H. (2019). *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. (tradução: Jamile Pinheiro Dias. - 1ª edição). Boitempo: São Paulo – SP, 480 p.

Conselho Federal de Psicologia (1986). *Eu, mulher, psicóloga e negra*. Psicologia, Ciência e Profissão.

Conselho Federal de Psicologia (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais

de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas.
— 2. ed. — Brasília : CFP, 2019. 87 p. ; 21 cm.

Conselho Federal de Psicologia (2022). *Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho volume I : formação e inserção no mundo do trabalho [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia.* — 1. ed.— Brasília : CFP , 2022. 268p.

Corrêa, T. (2020). *Escuta psicológica a meninas e mulheres em situação de violência sexual: narrativas entre inteligibilidades, ética e jogos de poder.* Tese (doutorado em Psicologia). CFCH. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 181f.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*. Vol. 10(1), p. 171-188.

Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). *Violência: um problema global de saúde pública.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1163-1178.

Damasco, M. S., Maio, M. C . & Monteiro, S. (2012). *Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993).* *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(1): 344, janeiro-abril.

Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe.* (Tradução Heci Regina Candiani. – 1ª edição) São Paulo - SP. Boitempo, 248 p.

Decreto de lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. (2009, 7 de agosto). Título VI dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm

Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940, 7 de dezembro). Institui o Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

- Dias, V. C. (2016). Da clínica da assistência à clínica da perícia: sobre os serviços de aborto legal no Brasil. In: Zanello, V. e Porto, M. (Orgs). *Aborto e (não) desejo de maternidade (s): questões para a Psicologia*. Brasília – DF. Conselho Federal de Psicologia, p. 81-100.
- Dimenstein, M. D. B.. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3(1), 53–81. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- Diniz, D., Dios, V. C., Mastrella, M. e Madeiro, A. P. (2014). *A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil*. Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (2): 291-8.
- Diniz, D., Medeiros, M. & Madeiro, A. (2023). National Abortion Survey – Brazil, 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 28(6), p. 1601-1606.
- Donath, O. (2017). *Mães arrependidas: uma outra visão da maternidade*. (Marina Vargas, Trad.) Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 252p.
- Dumont-Pena, E. & Castro, P. F. S. (2019). Cuidado e Aborto: relações sociais, éticas e políticas no campo da saúde. In: Gonzaga, P. R. B., Gonçalves, L. & Mayorga, C. (orgs.). *Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto*. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, p. 72-83.
- Federici, S. (2017). *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. (Coletivo Sycorax, Trad.). São Paulo. Elefante. 464p.
- Ferreira-Júnior, E. A. (2022). Os princípios da bioética Logos & Culturas. *Revista Acadêmica de Iniciação Científica*. Fortaleza, v. 2, n. 2.
- Ferreira, F. L.. (2020). “*A gente tem que falar sobre racismo agora?*”: sobre Psicologia, Racismo e Antirracismo. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte- MG. 166f.

- Ferreira, L. & Silva, V. R. da. (2021). Aborto legal na pandemia: só 55% dos hospitais seguem atendendo. *Revista AzMina*.
- Figueiredo, A. (2015). Carta de uma ex-mulata à Judith Butler. *Revista Peri*. Salvador, Vol 3(1), p. 152-169.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *Anuário de Segurança Pública Brasileiro 2023*. São Paulo – FBSP.
- Fróes, E. T. (2014). *Avaliação do impacto físico, social e emocional da violência sexual em um grupo de mulheres atendidas em um serviço de referência*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG. 230 f.
- G1 (2023). *Manual de anticoncepção lista 10 métodos contraceptivos mais eficazes*. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/mais-saude/noticia/2023/08/29/amamentar-esta-entre-os-10-metodos-contraceptivos-mais-eficazes-diz-medica-confira-a-lista.ghtml>.
- Gay, R. (2021). *Má feminista*. (Raquel de Souza, Trad.). 1 ed. Rio de Janeiro. Globo Livros. 320p.
- Gesser, M.. (2013). Políticas públicas e direitos humanos: desafios à atuação do Psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(spe), 66–77.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 176 p.
- Goes, E. (2019). Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva. In: Barone, A. & Barros de B (org.). *Sangrias*. Pedregulho Editora, Vitória- ES, p. 39-50.
- Goes, E. F. (2018). *Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional*. (Tese de doutorado). Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia. Salvador - Bahia. 163f.

- Goes, E. F., Menezes, G. M. S., Almeida, M. da C. C., Araújo, T. V. B., Alves, S. V., Alves, M. T. S. S. B. & Aquino, E. M. L. (2020). Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad. Saúde Pública*. 36 Sup 1:e00189618, p. 1-13.
- Gomes, N. K. N. (2023). “*É como se tivesse aberto um buraco e me jogado ali*”: sobre atuação da psicologia em políticas públicas no contexto das cidades pequenas. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG.152f.
- Gonçalves, L. (2019). *Moralidade, justiça e interrupção voluntária da gestação*: a produção de saúde mental para as mulheres como política pública de saúde integral. (Tese de Doutorado) Universidade Federal Fluminense/Universidade Estadual do Rio de Janeiro e FIOCRUZ, Rio de Janeiro - RJ. 162f.
- Gonçalves, L. & Sposito, S. E. (2019). A posição do Conselho Federal de Psicologia sobre a ADPF-442 em audiência no Supremo Tribunal Federal. In: Gonzaga, P. R. B.; Gonçalves, L. & Mayorga, C. (orgs.). *Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto*. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, pp. 98-106.
- Gonzaga, P. R. B. (2015). “*Eu quero ter esse direito à escolha*”: formações discursivas e itinerários abortivos em salvador. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia. Salvador - BA. 150f.
- Gonzaga, P. R. B. (2019a). Sobre úteros que sangram e mulheres inteiras: uma aposta que a Psicologia pode – e deve – ser feminista, anti-racista e decolonial. In: Gonzaga, P. R. B.; Gonçalves, L. & Mayorga, C. (orgs.). *Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto*. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, pp. 190-204.
- Gonzaga, P. R. B. & Aras, L. M. B. de (2016). O silêncio e a escuta: por uma psicologia que escute as mulheres que interromperam gestações. In: Denega, A; Andrade, D. S. V. & Santos H. M. dos. (orgs). *Gênero na psicologia: saberes e práticas*. Salvador, BA.

- Gonzaga, P. R. B. & Mayorga, C. (2019a). Violências e Instituição Maternidade: uma Reflexão Feminista Decolonial. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol 39, p. 59-73.
- Gonzaga, P. R. B. & Labarrere, M. G. (2023) “Ser território próprio”: a práxis da psicologia comunitária na promoção de saúde sexual e saúde reprodutiva junto a coletiva Mulheres da Quebrada. *Revista Estudos Libertários*. (UFRJ) v. 5, n. 13 junho/2023 ISSN 2675-0619.
- Gonzaga, P. R. B.; Gonçalves, L. & Mayorga. C. (2021). O conservadorismo distópico à brasileira: direitos sexuais e direitos reprodutivos e pandemia da covid-19 no Brasil. *Revista Feminismos*. Vol. 9(1) - ISSN: 2317-2932, p. 149-167.
- Gonzaga, P. R.B. (2019b). “*A gente é muito maior, a gente é corpo coletivo*”: produções de si e de mundo a partir da ancestralidade, afetividade e intelectualidade de mulheres negras lésbicas e bissexuais. (Tese de Doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.
- Gonzaga, P. R.B. (2020). Os homens que odiavam – odeiam – as mulheres: o escrutínio moral das mulheres como mecanismo de atualização do sistema de gênero moderno/colonial. *In: Denega, A. M. O.; Andrade D. S. V. & Santos, H. M. dos. (orgs). Gênero na psicologia: transversalidades*. Salvador, BA. Conselho Regional de Psicologia, pp. 31-45.
- Gonzaga, P. R.B. (2022a). Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: urgências para a Formação Profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol. 42 (n.spe), pp. 1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>
- Gonzaga, P. R.B. (2022b). Interseccionalidade: uma contribuição do feminismo negro para a construção de práticas e conhecimentos antirracistas em Psicologia. *In: Conselho Federal de Psicologia & Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Psicologia brasileira na luta antirracista*. Vol.1. Brasília – CFP, pp. 155-183.

- Gonzalez, L. (2020). Por um feminismo afro-latino americano. *In: Rios, F. & Lima, M. (org). Por um feminismo afro-latino americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Editora Zahar -1ª edição) - Rio de Janeiro – RJ, pp. 139-150.
- Grosfoguel, R. (2016). A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Sociedade e Estado*. Vol. 31(1), pp. 25–49.
- Guzzo, M. S. L. (2023). “Se não posso dançar, não é minha revolução”: autocuidado e hapticidade como práticas políticas. *Quaderns de Psicologia*. Vol. 25, N. 1, e1778 <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1778>
- Haraway, D. (1995). Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*. Vol. 5, pp. 07-41.
- hooks, b. (2018). *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. (Ana Luiza Libânio, Trad.). 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. [recurso digital]. 144 p.
- hooks, b. (2019). *E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo*. (Bhuvi Libanio, Trad..) Rosa dos Tempos: 12ª edição - Rio de Janeiro- RJ, 32 p.
- hooks, b. (2021). *Tudo sobre o amor: novas perspectivas*. (Stephanie Borges, Trad.). Editora Elefante. São Paulo-SP.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2020). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro IBGE, 113p.
- Instituto Patrícia Galvão (2023). *Dossiê Femicídio*. Disponível em : <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/femicidio/>.

- Jacobs, M. G. & Boing, A. C. (2022a). Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Vol. 31(4), pp. 1-9.
- Jacobs, M. G. & Boing, A. C. (2022b). Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 27 (9): 3689-3700.
- Jiménez-Lucena, I. (2006). Género, sanidad y colonialidad: la ‘mujer marroquí’ y la ‘mujer española’ en la política sanitaria de España en Marruecos. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Vol. 13(2), pp. 33-54.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2003). Entrevista narrativa. In: Bauer, M. W. e Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Editora Vozes, 2ª ed, Petrópolis – RJ, pp. 90-113.
- Júnior, H. F. de O. & Drehmer, A. P. (2023). Homens trans e pessoas transmasculinas frente ao aborto legal: um ponto cego na formação jurídica? *REBEH*. Vol. 06, N. 19, Jan. - Abr.
- Leal, M. A. R. F. & Castelar, M. (2019). Abortamento na Adolescência: atuação de Psicólogas em Hospitais-Maternidade Públicos de Salvador, Bahia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e178707, 1-15.
- Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990*. (1990, 13 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <https://encurtador.com.br/TgfiQ>
- Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1992. (1992, 28 de setembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. (1996, 12 de janeiro). Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <https://encurtador.com.br/izM1u>

Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. (2005, 30 de junho). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm

Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006, 7 de agosto). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. (2012, 29 de agosto). Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm

Lhullier, L. A. & Roslindo, J. J. (2013). As psicólogas brasileiras: levantando a ponta do véu. *In: Lhullier, L. A. (Org). Quem é a psicóloga brasileira? Mulher, psicologia e trabalho.* Brasília - DF. Conselho Federal de Psicologia, pp. 19-52.

Lima, I. C. B. F. (2019). *“A fortaleza da saúde mental está nas pessoas”*: um estudo sobre as residências em saúde mental da região metropolitana de Belo Horizonte (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG. 145f.

Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set./dez.

- Lima, M., Brito, M., & Firmino, A.. (2011). Formação em Psicologia para a atenção básica à saúde e a integração universidade-serviço-comunidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 856–867. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400014>
- Lima, M. C. D. de, Larocca, L. M. & Nascimento, D. J. (2019). Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, Vol. 43, N. 121, pp. 417-428, abr-jun.
- Lima, M. R. P. (2015). *Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador – Brasil*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, Salvador - Bahia. 53f.
- Lima, M. R. P.. (2022) *Tecnologias biomédicas e aborto em uma maternidade pública de Salvador: estudo etnográfico*. (Tese de doutorado) Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador - BA. 297f.
- Lino, T. R.; Castro, R. D. de & Mayorga, C. (2020). Desobediências Epistêmicas: propostas feministas e antirracistas. Em direção a um projeto de ciência e sociedade decolonial. *Cadernos de estudos culturais*, Campo Grande-MS, Vol. 2, pp. 209-226.
- Lobosque, A. M. (2024). *Cuidando em Liberdade: invenções antimanicomiais*. Belo Horizonte - MG. Fábrica de Ideias Odisseia. 179p.
- Lopes, S. D. N. & Oliveira, M. H. B. de. (2019). Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, Vol. 43, N. Especial 4, pp. 20-33, dez.
- Lorde, A. (2017). *A Burst of Light: and Other Essays*. Ixia Press edition. 148p.

- Lorde, A.. (2019). *Irmã Outsider* – ensaios e conferências. (1ª edição - tradução: Stephanie Borges). Editora Autêntica - Belo Horizonte.
- Lugones, M. (2008[U2]). Gênero e Colonialidade. In: Hollanda, H. B. (org.). *Pensamentos feministas hoje: perspectivas decoloniais*. Bazar do tempo: Rio de Janeiro, pp. 51-82.
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo decolonial. In: Holanda, H. B. de (Org.). (2019). *Pensamento feminista: conceitos fundamentais*. Bazar do Tempo: Rio de Janeiro – RJ, pp. 369-392.
- Luna, N. (2014). Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico. *Revista Brasileira de Ciência Política*, nº14. Brasília, maio - agosto. pp. 83-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220141404>
- Macêdo, G. & Rodrigues, G. (2024). Menina de 13 anos é impedida de interromper gravidez após estupro. <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2024/07/13/menina-de-13-anos-e-proibida-de-interromper-gravidez-apos-estupro.ghtml>.
- Machado, L. Z. (2010). *Feminismo em Movimento*. 2 ed. São Paulo: Francis, 230p.
- Madeiro, A. P. & Diniz, D. (2016). Serviços de Aborto Legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(2): pp.563-572.
- Martín-Baró, I. (1996), O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia*. Vol. 2(1), pp. 7-27.
- Mayorga, C. (2011). A questão do aborto em tempos de cólera. *Em debate*. Belo Horizonte, v.3, n.2, pp. 31-38.
- Mayorga, C. (2013). Sobre mulheres, psicologia, profissão e a insistente ausência das questões raciais. In: Lhullier, L. A. (org). *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres*. Brasília – DF. Conselho Federal de Psicologia, pp. 173-200.

- Mayorga, C. (2014). *Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária*. Athenea Digital: Barcelona, Vol. 14(1), pp. 221-236. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/537/53730481010.pdf>
- Mayorga, C., Gonçalves, L. & Gonzaga, P. R. B. (2019). Pesquisa e ativismo sobre aborto: Uma Rede Feminista em prol dos Direitos das Mulheres. In: Gonzaga, P. R. B., Gonçalves L. & Mayorga, C. (orgs.). *Práticas Acadêmicas e Políticas sobre o Aborto*. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, pp. 7-13.
- Medeiros, C. Y. A. H. e Lima, K. J. (2024). No pé que brotou Maria, nem Margarida nasceu: trajetórias do cuidado à mulher em situações de abortamento. *Revista Feminismos*. Vol 12, N.1 - jan – jun.
- Medrado, A. C. C. e Lima, M. (2020). Saúde Mental Feminina e Ciclo Reprodutivo: uma revisão de literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 29, n. 67, p. 70-84, agosto
- Merhy, E. (1999). Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. Apêndice 1: Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial* – Brasília: DF 16p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf
- Ministério da Saúde. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 60 p.
- Ministério da Saúde. (2009). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada* – Brasília 64 p.
- Ministério da Saúde. (2010a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. – Brasília :,152 p.
- Ministério da Saúde. (2010b). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília - DF. 60 p.

- Ministério da Saúde. (2011). *Atenção humanizada ao abortamento: nota técnica*. (2ª edição) Brasília – DF.
- Ministério da Saúde. (2012). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. (3ª edição). Brasília, DF.
- Ministério da Saúde. (2013a). *Política Nacional de Humanização do SUS*. 16p. Brasília-DF
- Ministério da Saúde. (2013b). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília : 1. ed., 1. reimp. 32 p.
- Ministério da Saúde. (2013c). Saúde sexual e saúde reprodutiva. *Cadernos de atenção básica*. Brasília – DF.
- Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília- DF. 73p.
- Ministério da Saúde. (2023a). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde*. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp
- Ministério da Saúde. (2023b). *Equidade – garantia constitucional*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pbr/composicao/saps/equidade/o-que-e-equidade>.
- Miranda, A. B., Oliveira, J. C. de, & Mayorga, C. A. B. (2024). Provocações do feminismo negro e decolonial para a formação de trabalhadoras/es da Atenção Psicossocial. *In: Faria, A. R. de et al. (Org.). Nada será como antes: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas redes de atenção psicossocial*. - Belo Horizonte: ESP-MG. 575 p.
- Montero, M. (1994). *Vidas paralelas: psicologia comunitaria en latinoamerica y em Estados Unidos*. Universidad Veracruzana. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Especialidad en Psicología Comunitaria, pp. 1-15.

- Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. de S., Cavalcanti, L. F., Silva, R. M da. & Feitoza. A. R. (2020). Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Vol. 29(1), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>
- Moreira, L. E., Alves, J. S., Oliveira, R. G. de, & Natividade, C. (2020). Mulheres em Tempos de Pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. *Psicologia & Sociedade*, 32, 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240246>
- Moreira, L. E. & Marinho, M. I. C. (2019). Para (não) falar de aborto: interdições a corpos que (não) gestam. *In: Gonzaga, P. R. B., Gonçalves, L. & Mayorga, C. (Orgs.). Práticas Acadêmicas e Políticas sobre o Aborto*. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, pp. 171-189.
- Negrão. T. (2016). Saúde e Violência de Gênero: necessário monitoramento. *In: Sardenberg, C. M. B. & Tavares, M. S. (2016). Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento [online]*. Salvador: EDUFBA, 335 p. Bahianas collection, vol. 19. ISBN 978-85-232-2016-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220167.0006>.
- Nilo, K. (2008). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* Belo Horizonte (MG). Secretaria de Saúde. Belo Horizonte; Secretaria Municipal de Saúde; 255 p.
- Noé, G. (2002). *Irréversible*. 94 minutos. FR.
- Nota Técnica COVID-19 N° 07/2020*. (2021, 23 de julho). Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2. Secretaria Municipal de Belo Horizonte.
- Nunes, E. D. (2006). Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In: Campos G.W. de S., Minayo. S.M.C, Akerman M., J, D.M. & Carvalho de M.Y. Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; Hucitec; Editora Fiocruz, 2006. 871 pp. 19-41

- Nuñez, G. (2019). Descolonização do pensamento psicológico. *Revista Plural/CRP-SC*, p. 6-11. Disponível em: https://crpsc.org.br/public/images/boletins/crp-sc_plural-agosto%20Geni.pdf
- OAS (2022). CIDH: *os Estados e a sociedade devem proteger as meninas e adolescentes de toda violência.*
<https://www.oas.org/pt/cidh/jsForm/?File=/pt/cidh/prensa/notas/2022/226.asp>
- Oliveira, J. C. de. (2021). *Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG: caminhos para a qualificação do cuidado em Saúde Mental* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG 119f.
- Oliveira, J. C. de; Silva, M. M. & Castro, P. F. S. (2019). A construção de um evento feminista e politicamente posicionado: potencialidades e tensões do I Encontro Nacional de Pesquisa e Ativismo sobre Aborto. In: Gonzaga, P. R. B.; Gonçalves, L. & Mayorga, C. (orgs.). *Práticas Acadêmicas e Políticas sobre o Aborto*. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, p. 14-29.
- Oliveira, F. e Lago, M. (2022). Como está a questão do aborto na América Latina no século XXI? Entrevistada: Marcelle Cristine de Souza. *Campos Neutrais - Revista Latino-americana de Relações Internacionais*, Rio Grande, V. 4, N. 2, p. 116 - 126, maio. / ago.
- Osis, M. J. M. D. (1998) PAISM: Um Marco na Abordagem da Saúde Reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14. S25-S32.
- Paiva, I. L. de. & Yamamoto, O. H. (2010). Formação e prática comunitária do psicólogo no âmbito do "terceiro setor". *Estudos De Psicologia*, vol. 15(2), p. 153–160.
- Penido, C. M. F.; Castro, B. P. de; Coimbra, J. dos R.; Baker, V. D. de S. I. S. & Franco, R. F. (2018). Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais? *Rev. Polis Psique*, vol. 8, no.1 Porto Alegre; 8(1): 33 – 51.

Penido, C. M. F. & Romagnoli, R. C. (2018). Apontamentos sobre a Clínica da Autonomia na Promoção da Saúde. *Psicologia & Sociedade*, 30, e173615.

Pinto D. M.; Jorge, M.S.B.; Pinto, A. G. A.; Vasconcelos, M. G. F.; Cavalcante, C. M; Flores, A. Z. T., et al. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, jul-set; 20(3): 493-302.

Portal único de Acesso ao Ensino Superior. [s.d]. Governo Federal. Disponível em: <https://accessunico.mec.gov.br/prouni>

Portaria Conjunta SMSA/SMARH, nº 0001/2016. (2016). Dispõe sobre as diretrizes da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. Belo Horizonte, MG: Prefeitura Municipal.

Portaria Interministerial nº 3019, de 26 de novembro de 2007. (2007, 26 de novembro). Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Ministério da Saúde, Brasília: DF.

Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. (2004, 13 de fevereiro). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília: DF.

Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. (2017, 27 de março). Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Brasília, DF.

- Portaria SMSA/SUS-BH, n° 0023/2016.* (2016). Dispõe sobre a implementação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. Belo Horizonte, MG: Prefeitura Municipal.
- Queiroga, M. M. (1988). A família negra e a questão da reprodução. *In: Encontro de estudos populacionais*, pp. 323-340.
- Queiroz, I. S. de, & Toneli, M. J. F. (2023). Contribuições decoloniais para a produção de conhecimento por pesquisadoras em contextos periféricos. *Revista Periódicus*, 1(19), pp. 134–150.
- Resolução CFM n° 2.378, de 21 de março de 2024.* (2024, 21 de março). Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro. Conselho Federal de Medicina – CFM.
- Resolução CNE/CES n° 1, de 11 de outubro de 2023.* (2023, 11 de outubro). Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Ministério da Educação, Brasília: DF.
- Resolução n° 010/2005, 21 de julho de 2005.* (2005, 21 de julho). Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília - DF. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Resolução n° 8/2020, 7 de julho de 2020.* (2020, 7 de julho). Conselho Federal de Psicologia. Estabelece normas de exercício profissional da psicologia em relação às violências de gênero. Brasília – DF.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2004). Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. *Temas em Psicologia da SBP*, vol. 12, no 1, 2– 17.
- Rocha, I. A. da., Sá, A. N. P. de., Braga, L. A. V., Ferreira Filha, M. de O., & Dias, M. D.. (2013). Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e

estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 34(3), 155–162. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300020>

Roth, C. (2024). *Justiça Abortada: a vida reprodutiva das mulheres e a lei no Brasil, início do século XX*. Editora: HUCITEC. 358p.

Santos, A. de O. & OLIVEIRA, L. R. de. (2021). O bloqueio epistemológico no Brasil e a psicologia. *Revista Espaço Acadêmico*, n 227 - mar/abr. bimestral.

Sardenbeg, C.B.M. (2018). O pessoal é político: conscientização feminista e empoderamento de mulheres. *Inc. Soc.*, Brasília, DF, v.11 n.2, p.15-29, jan./jun. 2018

Sardenberg, C M. B., Tavares, M. S. & Gomes, M. Q. (2016). Monitorando a Lei Maria da Penha. Reflexões sobre a experiência do OBSERVE. *In: Sardenberg, C.M.B., & Tavares, M.S. Violência de Gênero contra Mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento [ONLINE]*. Salvador - BA: EDUFBA. 335p. *Bahianas Collection*, vol. 19.

Schulz R. & S, L. G. T. da. (2024). *Bancada feminina e o aborto: Os pronunciamentos das mulheres na câmara dos deputados do Brasil e Uruguai*. DADOS - Rio de Janeiro, vol.67 N.2.

Scott, J. (1999). *Experiência*. Falas de Gênero. Organização de Alcione Leite da Silva, Mara Coelho de Souza Lago e Tânia Regina Oliveira Ramos. Editora Mulheres, Santa Catarina, 1999. pp. 21-55.

Segato, R. L. (2005). Território, soberania e crimes de segundo Estado: a escritura nos corpos das mulheres de Ciudad Juarez. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(2): 256, maio-agosto.

Segato, R. L. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre gênero entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. 2 ed. Bueno Aires: Prometeo Libros. 258p.

- Segato, R. L. (2012). Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. *e-cadernos CES*, vol. 18, pp. 106-131.
- Serrano, F. (2021). Políticas Antigênero: um olhar panorâmico. *In: Políticas antigênero na América Latina [livro eletrônico]: resumos dos estudos de casos nacionais / editado por Sonia Corrêa; tradução Nana Soares. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids - ABIA, 204p.*
- SES Jornalismo (2024). Minas conta com 108 hospitais de referência para otimizar atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. *FHEMIG*.
- Silva, A. C. J., Moreira, L. E. & Gonzaga, P. R. B. (2019). Entre o Risco da Morte e o Medo da Denúncia: Mulheres indiciadas por abortamento a partir de denúncias de profissionais de saúde. *Dossiê*. Vol. 05(03), pp. 165-189. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>.
- Silva, I. P. A. da. (2022). *Vamos rodar a baiana?* psicologia feminista e políticas públicas para as mulheres. (Tese de doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA. 243 f.
- Silva, J. G.; Branco, J. G. de O.; Vieira, L. J. E. de S.; Brilhante, A. V. M. & Silva, da R. M. (2019). *Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência?*
- Silva, J. K. J. (2020). *Acesso aos serviços de aborto legal em casos de estupro: intersecções de gênero, raça, classe e território.* (Dissertação de mestrado). CFCH - Universidade Federal de Pernambuco . Recife - PE. 120f.
- Soares, G. S. (2003). Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2), pp. S399-S406.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726 p.

- Trindade, Z. A., Coutinho, S. M. S. & Cortez, M. B. (2016). Ainda é proibido não ser mãe? A não maternidade tratada nas publicações científicas da Psicologia. *In: Zanello, V. & Porto, M. (Orgs). Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia.* Brasília – DF, Conselho Federal de Psicologia, pp. 143-166.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. May; 83(5): 397–404. Published online 2011 Mar 12. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. Campinas, vol. 22(44), pp. 203-220.
- Yamamoto, D.C. (2021). Mobilizações feministas na internet e a formação de redes de solidariedade online. *Ponto Urbe Revista do núcleo de antropologia urbana da USP* 29. doi: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.10997>
- Zanardo, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29: e155043.
- Zanello, V. e Porto, M. (2019). Interrupção de gravidez e alívio: sobre o que não se fala das experiências emocionais das mulheres face à maternidade. *In: Gonzaga, P. R. B., Gonçalves, L. & Mayorga, C. (orgs.). Práticas Acadêmicas e Políticas sobre o Aborto.* Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, pp. 107-121.