



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ANÁLISE DO DISCURSO DE GÊNERO NO CONTEXTO HOSPITALAR:
PERSPECTIVAS DOS PACIENTES**

Juliana Machado Ruiz

UBERABA-MG
2018

Juliana Machado Ruiz

Análise do Discurso de Gênero no Contexto Hospitalar: Perspectivas dos Pacientes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia e Família

Orientador: Prof. Dr. Rafael De Tilio

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

R884a Ruiz, Juliana Machado
Análise do discurso de gênero no contexto hospitalar: perspectivas dos
pacientes / Juliana Machado Ruiz. -- 2018.
82 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) -- Universidade Federal do Triân-
gulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientador: Prof. Dr. Rafael De Tilio

1. Hospitais. 2. Pacientes - Cuidado e tratamento. 3. Identidade de gênero.
4. Análise do discurso. 5. Políticas públicas. I. De Tilio, Rafael. II. Universi-
dade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.21

JULIANA MACHADO RUIZ

**ANÁLISE DO DISCURSO DE GÊNERO NO CONTEXTO HOSPITALAR:
PERSPECTIVAS DOS PACIENTES**

Data da aprovação: ___/___/___

Membros Componentes da Banca Examinadora:

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Rafael De Tilio
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Profa. Dra. Karin Aparecida Casarini
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Membro Titular: Profa. Dra. Marcia Thereza Couto Falcão
Universidade de São Paulo

Local: Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Nara, por ser luz e me ajudar a seguir.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Nara e Rui, por se doarem em silêncio e aceitarem viver comigo cada um dos meus sonhos. Por estarem presente, cada um à sua maneira, dividindo comigo minhas conquistas, desafios, aprendizados, angústias e medos. Por me permitirem ir e, acima de tudo, por me oferecerem um lugar seguro para voltar. O meu eterno amor, gratidão e admiração por vocês que são meus exemplos de vida.

À minha irmã, Camila, por ser a maior protetora dos meus caminhos, por ser exemplo de determinação e força, por ser a pessoa na qual me espelho. Que sorte a minha de encontrar em você, para além dos laços sanguíneos, uma melhor amiga.

Ao Prof. Dr. Rafael De Tilio, pela oportunidade de convívio, orientação e aprendizado. Agradeço pela disponibilidade, generosidade e confiança desde o nosso primeiro encontro na graduação, por sempre acreditar nas minhas escolhas e capacidades quando por algumas vezes eu mesmo duvidei, por comemorar junto comigo cada conquista e topa todos os desafios. Minha admiração pelo profissional e pela pessoa que é, com você aprendo todos os dias. Um privilégio e orgulho enorme seguir sob sua orientação. Levarei sempre comigo os reflexos desse nosso encontro, e que ele não se encerre por aqui.

À Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso por todas as oportunidades e momentos que pude compartilhar durante a graduação e pós-graduação, pelo acolhimento e ensinamentos partilhados, pelo exemplo de profissional e pessoa.

À Profa. Dra. Karin Aparecida Casarini pelos momentos de supervisão em estágio, por me ensinar que a sensibilidade pode ocupar os lugares mais rígidos como os corredores brancos de um hospital e por me mostrar que podemos existir e dar voz às pessoas dentro desse espaço.

À Maria Teresa, por ser porto seguro em todos os momentos, por me mostrar que os únicos apertos que valem a pena são aqueles advindos dos abraços. Minha gratidão por ter te encontrado nesse caminho e poder dividir com você as conquistas e as angústias. Por me ensinar tanto sobre amizade e acolhimento.

Às minhas amigas Raphaela, Ana Flávia e Camila, por partilharem cada etapa desse caminho de forma acolhedora e sincera, por ajudarem a fazer de Uberaba minha casa nos momentos em que foi difícil estar longe da minha família. Por serem quem são e por me ajudarem a ser, pela amizade, afeto e carinho.

Ao André, por ser o melhor amigo que eu poderia ter. Por entender minhas ausências e, acima de tudo, por estar presente de todas as formas possíveis, sempre me encorajando a ser o melhor de mim.

À todos os meus familiares, em especial minhas tias Nádia, Narda e Ivone, por me receberem de braços abertos e cuidarem tão bem de mim.

Ao meu grupo de pesquisa carinhosamente apelidado Team Gênero (Maria Teresa, Lacilaura, Izabella e Carla), pelas trocas e pela certeza de que é muito mais fácil seguir ao lado de mulheres que lutam e sonham na mesma direção.

Aos Professores e às Professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFTM), pelos ricos momentos de reflexão, crescimento pessoal e acadêmico.

Aos membros da minha banca de qualificação Profa. Dra. Karin Aparecida Casarini e Profa. Dra. Marlene Neves Strey; e banca de defesa Profa. Dra. Karin Aparecida Casarini e Profa. Dra. Marcia Thereza Couto Falcão, pelas contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo e pela gentileza e disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos.

À FAPEMIG, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

SUMÁRIO

Resumo	1
Abstract	2
Apresentação da Dissertação	3
Estudo 1	6
Resumo	6
Introdução, justificativa e objetivo	8
Método	10
Resultados e Discussão	15
Considerações Finais	32
Referências	33
Estudo 2	38
Resumo	38
Introdução, justificativa e objetivo	40
Método	42
Resultados e Discussão	47
Considerações Finais	61
Referências	62
Considerações Finais da Dissertação	67
Referências da Dissertação	70
Apêndices	77
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
Apêndice B – Roteiro de Entrevista Semiestruturado	80

RESUMO

Ruiz, J. M. (2018). *Análise do Discurso de Gênero no Contexto Hospitalar: Perspectivas dos Pacientes*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Compreendendo gênero enquanto um marcador social que organiza as relações entre os sujeitos, tal princípio caracteriza-se enquanto ordenador e normatizador de práticas sociais através de categorizações distintas para o feminino e o masculino. Diversas culturas e sociedades transformam essas diferenciações em desigualdades que se expressaram em todas as dimensões da existência humana, inclusive no processo saúde-doença e nos modos como os sujeitos se filiam aos serviços de saúde. No entanto, ao falar da dimensão gênero como parte fundamental da problemática de saúde, enfatiza-se não apenas as particularidades resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres, mas também o esforço de compreender de que forma os ideais de feminilidade e masculinidade, construídos socialmente, permeiam tais práticas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a saúde dos sujeitos. Diante disso, essa pesquisa teve por objetivo (através de dois estudos distintos, porém articulados) compreender as Formações Discursivas (FD) de gênero relativas aos cuidados em saúde de mulheres (Estudo Um) internadas nas enfermarias de ginecologia/obstetrícia e de homens (Estudo Dois) internados sob os cuidados da especialidade de urologia em uma instituição hospitalar. Participaram dos estudos treze mulheres e sete homens. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e todas as entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. Posteriormente, os dados foram organizados e analisados à luz da Análise do Discurso de Michel Pêcheux. As principais FD identificadas destacaram tradicionalismos e estereótipos de gêneros construídos social e historicamente enquanto norteadores das formulações dos participantes, pautados em uma Formação Ideológica (binária) que prescreve aos membros de uma sociedade regras de conduta, dentre elas, as formas de exercer os cuidados em saúde. Considerou-se o campo da saúde enquanto espaço discursivo de (re)produção de estereótipos e desigualdades de gênero, alicerçado em Formações Ideológicas e Imaginárias que são constituintes dos modos como os sujeitos transitam nesse cenário. Propõem-se a compreensão das questões de gênero como conteúdo transversal a todas as áreas e contextos de saúde, partindo da perspectiva de que um melhor entendimento do universo feminino e masculino em relação à saúde, alicerçadas pelas questões de gênero, pode favorecer a oferta de programas e serviços condizentes com as reais demandas e necessidades dessa população. Por fim, entende-se que para a superação desse conjunto de constrangimentos sociais e institucionais faz-se essencial a discussão a respeito das políticas públicas de saúde (dentre elas a PNAISM e a PNAISH) enquanto instrumentos que podem contribuir na organização de modelos assistenciais e de práticas de cuidado que reconheçam e contemplem as questões subjetivas e sociais de cada indivíduo, promovendo melhorias no atendimento. Sendo assim, o campo da saúde precisa ser alvo de constante questionamento sobre suas ações e de que forma pretendem atingir a população de forma integral.

Palavras-chave: Gênero. Saúde. Hospital. Análise do Discurso.

ABSTRACT

Ruiz, J. M. (2018) *Discourse Analysis of Gender in the Hospital Context: perspectives of the patients*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Understanding gender as a social marker that organizes relationships between subjects, this principle is characterized as a normative of social practices through distinct categorizations for the feminine and the masculine. Various cultures and societies transform these differences into inequalities that have been expressed in all dimensions of human existence, including the health/illness process and in the way subjects engage themselves in health services. However, speaking of gender dimension as a fundamental part of the health problem, it is emphasized not only the peculiarities resulting exclusively from the biological difference between men and women, but also the effort to understand in which ways the ideas of femininity and masculinity, as a social construct, permeate these practices in order to enable more effective interventions on the subjects' health. Therefore, this research aimed to understand the Discursive Formations (DF) of gender related to the health care of women (Study One) hospitalized in gynecology/obstetrics wards and of men (Study Two) hospitalized under the specialty of urology in a hospital institution. Thirteen women and seven men participated in these studies. Data collection was done through a semi-structured interview script and all interviews were audiographed and transcribed in full. Subsequently, the data was organized and analyzed in the light of the Pêcheux's Discourse Analysis. It was found that the main DF identified traditionalisms and stereotypes of genders, socially and historically constructed, as guiding the formulations of the participants, based on an Ideological Formation (binary) that prescribes to the members of a society rules of conduct, among them, the ways of exercising health care. The field of health was considered as a discursive space of (re) production of gender stereotypes and inequalities, based on Ideological and Imaginary Formations that are constituents of the ways in which the subjects transit in this scenario. It is proposed to understand gender issues as a cross-cutting content in all health areas and contexts, starting from the perspective that a better understanding of the feminine and masculine universe in relation to health care, based on gender issues, may favor the provision of programs and services more consistent with the real demands and needs of these populations. Finally, it is understood that in order to overcome this set of social and institutional constraints, it is essential to discuss public health policies (among them, PNAISM and PNAISH) as instruments that can contribute to the organization of health care models and of health care practices that recognize and contemplate the subjective and social issues of each individual. Therefore, the health field needs to be constantly questioned about its actions and how they intend to reach the population in an integral way.

Keywords: Gender. Health. Hospital. Discourse Analysis.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Minha aproximação com a temática de Gênero e Saúde/Hospital se deu de diferentes formas durante o meu percurso na graduação, sendo resultado de uma trajetória de descobertas e identificações. Portanto, seria inviável apresentar a intencionalidade da presente pesquisa sem discorrer a respeito de suas motivações.

Tive vários encontros com possibilidades de pesquisa em minha trajetória acadêmica, transitando entre projetos de extensão e iniciações científicas que abordavam diversas temáticas. Demorou um tempo até que eu me debruçasse sobre estudos de gênero, sendo esse primeiro vínculo concretizado através da escolha do meu tema de Trabalho de Conclusão de Curso. Neste, busquei compreender os discursos (e seus efeitos de sentido) ligados ao gênero feminino e à heteronormatividade concernentes à alguns filmes contemporâneos da Disney. Para além de ser meu primeiro contato com a perspectiva de gênero em pesquisas científicas, deparei-me, pela primeira vez, com a Análise do Discurso, sendo esta escolhida enquanto dispositivo teórico para análise do referido trabalho. Sob orientação do Prof. Dr. Rafael De Tilio que, para minha satisfação, continua me acompanhando nessa caminhada do Mestrado, me atrevi a explorar essas duas áreas do conhecimento e comecei a trilhar meu caminho de pesquisadora e, se assim posso dizer, de Analista do Discurso.

Paralelamente e em decorrência do momento da graduação em que passamos pelas experiências de estágios, me deparei com o conflito de escolher por onde seguir e tentar compreender quais instituições e práticas clínicas me contemplariam nesse percurso da Psicologia. Minha escolha foi o estágio em Psicologia Hospitalar, no entanto, em um primeiro momento, não era uma decisão da qual eu estava segura ou que achava que daria conta. Por experiências pessoais

que antecedem até mesmo minha escolha pelo curso de graduação, o hospital sempre me pareceu um lugar hostil e, definitivamente, não hospitaleiro.

Na prática comecei a entender que esse espaço não precisava ser assim e que, enquanto profissionais da saúde, podemos fazer desse lugar uma potência acolhedora. Entendi que os sujeitos que chegam não são vetores de patologias, muito menos números de leito. São sujeitos que possuem histórias carregadas de significado, sendo estas individuais e coletivas. Compreendi também que precisamos nos reconhecer enquanto agentes políticos capaz de contribuir para que a população atendida se reconheça enquanto sujeitos de direitos. Muito desse posicionamento foi construído através dos diferentes encontros que tive durante minha graduação, mas, sobretudo, em conjunto com uma das minhas supervisoras de estágio que hoje também faz parte dessa trajetória do Mestrado. Sob supervisão da Profa. Dra. Karin Aparecida Casarini e sob a luz de sua sensibilidade enquanto profissional pude aprender para além das técnicas da psicologia hospitalar, ressignificar esse espaço e ter certeza de que sim, era uma escolha segura estar ali e que era possível existir e, acima de tudo, fazer existir dentro de uma instituição hospitalar.

Com essa confluência de interesses e com a certeza do meu apreço pela pesquisa, comecei a me questionar de que maneira eu conseguiria conciliar essas três temáticas (Gênero, Análise do Discurso e Psicologia Hospitalar) que fazem tanto sentido para minha constituição enquanto pessoa e profissional. Assim, o Mestrado tornou-se uma possibilidade na minha trajetória para continuar pesquisando e explorando essas áreas do conhecimento, bem como continuar trabalhando ao lado do meu orientador que, novamente, aceitou compartilhar do desafio. Decidi, portanto, propor a presente pesquisa com a intenção de compreender, através da Análise do Discurso de Michel Pêcheux, as formações discursivas de gênero relativos aos cuidados em saúde de mulheres e homens internados em uma instituição hospitalar.

Para que seja possível esse diálogo, faz-se importante ressaltar que gênero, para além de ser um marcador social que organiza as relações entre os sujeitos (Butler, 2015), pode ser entendido também enquanto fator que possibilita diferentes modos de adoecimento dos mesmos. Assim, influencia nas formas de busca por serviços de saúde e exercício de ações de cuidado, caracterizando-se enquanto um determinante social do processo saúde-doença (Couto et al., 2010; Strey & Pulcherio, 2010; Rohden, 2011). No tocante à assistência à saúde, tem-se discutido sobre o processo de divisão de gênero do cuidado, sendo este interpelado pelas construções sociais a respeito do feminino e masculino (Toneli & Müller, 2011).

No entanto, propõem-se aqui que para entender e discutir essa temática, torna-se interessante recuperar os processos sócio históricos de constituição dos sujeitos através da utilização dos discursos enquanto ferramentas de investigação (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Para tal, enfatiza-se que essa perspectiva não se limita em analisar o *corpus* em si, mas inseri-lo no contexto vivido, considerando o aspecto histórico e social de quem enuncia (Orlandi, 2013).

Dito isto, as argumentações que serão tecidas visam propiciar uma análise contextualizada desse campo, de modo a favorecer a construção de propostas e instrumentos que priorizem uma assistência integral e atenta às demandas dos usuários do sistema de saúde. Portanto, os resultados desses estudos não têm a pretensão de encerrar a discussão, mas sim viabilizar novos questionamentos e problematizações a partir do reconhecimento das questões de gênero enquanto determinantes da saúde, sendo importante sua inclusão tanto no planejamento como na formulação de políticas públicas.

Análise do Discurso de Gênero no Contexto Hospitalar: perspectivas de mulheres internadas nas enfermarias de ginecologia e obstetrícia

Discourse Analysis of Gender in the Hospital Context: perspectives of women hospitalized in gynecology and obstetrics wards

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi compreender as Formações Discursivas (FD) de gênero relativas aos cuidados em saúde de mulheres internadas nas enfermarias de ginecologia/obstetrícia em uma instituição hospitalar. Participaram do estudo treze mulheres e os dados coletados foram analisados a partir da Análise do Discurso de Michel Pêcheux. As principais FD identificadas destacaram a naturalização da forma como as mulheres devem se relacionar com o sistema de saúde através do que é tradicionalmente delegado a esse gênero (mãe e reprodutora), priorizando intervenções voltadas para a saúde reprodutiva, bem como a matriz hegemônica do modelo biomédico na organização desses serviços, distanciando-os dos modelos de integralidade propostos nas políticas públicas em saúde voltadas para esse público. Considerou-se o campo da saúde enquanto espaço discursivo de (re)produção de estereótipos e desigualdades de gênero, alicerçado em Formações Ideológicas e Imaginárias que são constituintes dos modos como os sujeitos transitam nesse cenário. Propõem-se a compreensão das questões de gênero como conteúdo transversal a todas as áreas e contextos de saúde, partindo da perspectiva de que um melhor entendimento do universo feminino em relação à saúde, alicerçadas pelas questões de gênero, pode favorecer a oferta de programas e serviços condizentes com as reais demandas e necessidades dessa população.

Palavras-chave: Gênero. Saúde. Hospital. Análise do Discurso.

Abstract

The aim of this research was to understand the Discursive Formations about gender related to health care of women hospitalized in gynecology and obstetrics wards in a hospital. Thirteen women participated in this study and their interviews were analyzed in the light of Michel Pêcheux's Discourse Analysis. The main Discursive Formations identified highlighted the naturalization of the way women should relate to the health system through what is traditionally delegated to this gender (mother and reproductive), prioritizing reproductive health interventions, as well as the hegemonic matrix of the biomedical model in the organization of these services, pushing them away from the models of integrality proposed in public health policies. The health system was considered a discursive space for (re)production of gender stereotypes and inequalities, based on Ideological and Imaginary Formations that are constituents of the ways in which these subjects relate in this scenario. It is proposed to understand gender issues as a cross-cutting content in all health areas and contexts, starting from the perspective that a better understanding of the female universe in relation to health care, based on gender issues, can improve the offer of programs and services more consistent with the real demands and needs of this population.

Keywords: Gender. Health. Hospital. Discourse Analysis.

Introdução

O campo social, enquanto “lugar” de construção e (re)produção das relações desiguais entre os gêneros, constitui os sujeitos pela interpelação de diferentes discursos, representações e práticas. Desse modo, tanto as instituições como as práticas são “generificadas”, visto que são constituídas e também constituintes dos gêneros (Louro, 2003). Sendo assim, as relações de gênero, compreendidas como construções sociais e como práticas veiculadas por sujeitos sociohistóricos, imersas em contextos políticos específicos, ocupam diferentes cenários, dentre eles os serviços de saúde.

Na intenção de considerar o gênero no campo da saúde, é necessário que ela seja vista de forma abrangente, considerando-a não apenas como ausência de doenças, mas sim um processo que possui, para além das questões biológicas, determinantes sociais. Assim como gênero, destaca-se enquanto determinantes do processo saúde-doença a raça/etnia, classe social, localidade e generacionalidade (Couto & Dantas, 2016; Motta, 2016).

Sobre o enfoque de gênero, alguns autores apontam que por mais que este tenha sido considerado nas práticas em saúde, seu enquadramento teórico e político tem sido feito de maneira limitada devido à sua associação às diferenças biológicas entre os sexos (Sen, George, & Östlin, 2002; Araújo, Schraiber, & Cohen, 2011). Assim, em decorrência de críticas contra a naturalização biológica das diferenças sexuais, alguns dos estudos de gênero buscam compreender os processos que transformam essas diferenças em instrumentos de dominação (Butler, 2015).

O conceito de gênero diverge entre diferentes autores da área. Nesta presente pesquisa optou-se pela definição de gênero a partir do referencial teórico de Judith Butler, que aposta (i) na desconstrução da diferença sexual como biologicamente natural e (ii) do gênero como socialmente construído. Nesse sentido, sexo e gênero seriam efeitos produzidos nos sujeitos (Butler, 2015).

No contexto da saúde coletiva, os estudos sobre gênero vêm se mostrando interessantes para compreender: os processos de construção das identidades femininas e masculinas; a forma como os sujeitos aderem aos serviços de saúde; as práticas de cuidado exercidas pelos e sobre os mesmos (Aquino, 2006; Villela, Monteiro, & Vargas, 2009; Couto et al., 2010; Marques, 2010; Schraiber, 2012); a atuação dos profissionais de saúde e as práticas assistenciais oferecidas pelas instituições de modo geral (Toneli, Souza, & Müller, 2010; Machin et al., 2011; Motta, 2016). Para além das questões relacionadas aos usuários, gênero deve ser considerado elemento estruturante dos programas de saúde e exercício das práticas profissionais e sociais. Assim, Machin et al. (2011) e Schraiber (2012) destacam o campo da saúde como palco privilegiado para a manifestação e (re)produção de possíveis desigualdades e estereótipos de gênero.

Daí a urgência de discutir e retomar a historicidade dos processos de constituição subjetiva nos espaços de saúde. Isso permite uma análise contextualizada desse campo e a efetivação de mudanças que favoreçam uma assistência integral e atenta às demandas dos indivíduos (Martins, Gazzinelli, Almeida, & Modena, 2012; Schraiber, 2012). É imprescindível o reconhecimento das questões de gênero enquanto determinantes da saúde, sendo importante sua inclusão tanto no planejamento como na formulação de políticas públicas.

A respeito do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade (um dos seus princípios norteadores) necessita de ações e programas que incluam os determinantes sociais nas práticas de atenção e cuidados em saúde (Bedrikow & Campos, 2011), tal como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2004). Em relação ao público feminino, entende-se que as desigualdades de gênero (características de uma sociedade patriarcal, somada à violência doméstica, sobrecarga de trabalho, pobreza e discriminação) colocam as mulheres em situação de

maior vulnerabilidade frente aos problemas de saúde, no entanto, esses aspectos não são plenamente considerados pelas políticas públicas (Souto, 2008; Souza, Peres, & Araújo, 2015).

A partir do exposto, considera-se importante fomentar investigações que articulem gênero e saúde da mulher a fim de ampliar a compreensão sobre como essas relações se constituem e distribuem consequências para, dentre outros, as usuárias. Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo compreender as formações discursivas de gênero relativas aos cuidados em saúde de mulheres internadas nas enfermarias de ginecologia/obstetrícia em uma instituição hospitalar. Para tal, faz-se importante considerar os discursos enquanto processos de subjetivação e produções de sentidos entre interlocutores (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Método

Tipo de Estudo

Estudo exploratório, de caráter qualitativo e de corte transversal.

Participantes

Participaram do presente estudo treze mulheres internadas nas enfermarias de ginecologia e obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), com idade acima de dezoito anos. Não houve restrições quanto ao diagnóstico de internação e foram excluídas as que não estavam internadas nas enfermarias especificadas ou que estavam impossibilitadas de responder à entrevista por restrições médicas. A Figura 1 traz informações de caracterização dessas mulheres (nome fictício, idade, estado civil, profissão, escolaridade, número de filhos, renda individual e familiar).

Figura 1. Caracterização das participantes (nome fictício, idade, estado civil, profissão, escolaridade, número de filhos, renda individual e familiar).

Nome Fictício	Idade	Estado Civil	Profissão	Escolaridade	Nº de Filhos	Renda (R\$) Individual/Familiar
Elena	29	Casada	Do Lar	Médio Completo	3	0/4.000
Sofia	18	Solteira	Desempregada	Médio Incompleto	1	0/5.000
Alice	33	Casada	Do Lar	Fundamental Incompleto	2	0/1.800
Jéssica	32	Amasiada	Do Lar	Médio Incompleto	2	0/1.600
Edna	48	Divorciada	Trabalhadora Rural	Superior Incompleto	2	2.500
Amanda	25	Casada	Do Lar	Médio Completo	1	0/2.800
Iris	24	Casada	Do Lar	Fundamental Incompleto	1	0/2.000
Ângela	18	Solteira	Estudante	Médio Incompleto	1	-
Ana Carolina	27	Amasiada	Trabalhadora Rural	Fundamental Incompleto	3	250/1.000
Carina	28	Amasiada	Vendedora	Médio Completo	2	1.116/2.700
Vitória	18	Amasiada	Dama de Companhia	Fundamental Incompleto	1	800/2.400
Clarice	31	Casada	Cuidadora de Idoso	Médio Completo	3	900/4.000
Marcela	34	Casada	Professora	Superior Completo	1	1.200/8.000

Caracterização do cenário de pesquisa

O HC-UFTM atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais. É reconhecido como o único hospital que oferece atendimento de alta complexidade e a totalidade da sua demanda é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto à sua estrutura, possui 302 leitos ativos, sendo 13 destinados à enfermaria de Ginecologia e 22 à de Obstetrícia.

Instrumentos

Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado formulado pelos pesquisadores. As questões foram divididas em quatro eixos, a saber: caracterização das participantes; concepções sobre saúde; informações sobre a internação; percepção sobre os cuidados provenientes dos profissionais e serviços de saúde.

Procedimentos

Inicialmente foi feita a notificação aos médicos responsáveis pelos setores sobre o início da coleta de dados. Quanto às participantes, realizou-se contato direto nas respectivas enfermarias. Mediante explanação a respeito dos objetivos da pesquisa, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a coleta de dados foi feita individualmente em datas e horários em que as participantes se dispuseram. Para a realização das entrevistas foi oferecida a possibilidade de ser feita na sala reservada para Atendimento Familiar do HC-UFTM ou beira-leito (devido à restrições médicas), tomando os devidos cuidados para resguardo do sigilo da entrevista e da identidade das participantes. As entrevistas foram transcritas na íntegra (com os nomes das participantes substituídos por fictícios) e realizou-se a análise com base na Análise do Discurso (AD) de Michel Pêcheux.

Procedimentos de análise dos dados: o referencial teórico da Análise do Discurso

A AD tem como objeto de estudo o discurso, compreendido como a linguagem em movimento por sujeitos, produzindo efeitos de sentido entre eles. Assim, o papel do analista é compreender a linguagem fazendo sentido enquanto elemento constitutivo dos sujeitos e de sua história. Para isso é necessário evidenciar as condições materiais de produção dos sentidos, isto é, o contexto em que os dizeres foram produzidos (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Em suma, é preciso compreender a exterioridade dos discursos (quem diz, quando se diz, como se diz, o que já

foi dito, etc.) (Pires & Sobral, 2013), o que não depende só das intenções dos interlocutores, haja vista que os efeitos de sentidos, de acordo com Pêcheux (2014), resultam de processos coletivos, simbólicos e históricos.

Para que seja possível a constituição dos sentidos nos discursos é necessário que estes encontrem respaldo em uma memória discursiva (Interdiscurso), “o saber discursivo que torna possível todo o dizer e que retorna sob a forma de pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra” (Orlandi, 2013, p. 31). O interdiscurso permite o funcionamento, à revelia dos sujeitos, de um conjunto de formulações que determinam o que dizemos e que localizam esse dizer em uma Formação Discursiva (FD) específica. Esse processo é o que possibilita o discurso imediato (Intradiscurso) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

As FD podem ser entendidas enquanto regionalizações do Interdiscurso que permitem compreender o processo de produção dos sentidos; FD é definida como aquilo que, numa formação ideológica dada, levando-se em consideração a conjuntura sócio histórica, determina o que *pode* e *deve* ser dito. Esse pressuposto de que há um já-dito que atua e sustenta o dizer é fundamental para compreender o funcionamento do discurso, bem como sua relação com os sujeitos e com a Ideologia (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

De acordo com a AD, a linguagem é o lugar de manifestação da Ideologia, conceituada enquanto o apagamento histórico das relações constitutivas dos sujeitos, naturalizando os processos de produção dos sentidos, bem como das ideologias, definidas como o conjunto de representações em disputa pelos agrupamentos sociais. Deste modo, os interlocutores acreditam serem o ponto de partida dos sentidos, silenciando/apagando o arcabouço pré-existente de sentidos que possibilita tais significações (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Esse processo ocorre devido a dois funcionamentos inconscientes concernentes à linguagem: o Esquecimento Número 1 (versa sobre o esquecimento ideológico e inconsciente que reproduz em nossos discursos o modo pelo qual somos afetados pela Ideologia, ou seja, nosso desconhecimento acerca das condições materiais de produção dos discursos); e o Esquecimento Número 2 (suposição que o que dizemos só pode ser dito com aquelas exatas palavras e não outras, ou seja, há ilusão de domínio da fala e do discurso por parte do sujeito produtor e ilusão de transparência entre consciência e o dizer) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Pêcheux (2014) destaca que os esquecimentos são estruturantes dos sujeitos e dos sentidos.

As condições de produção do discursos também apresentam determinados mecanismos assentados nas Formações Imaginárias: Relações de Sentido (não há discurso que não tenha relação com outros que também o sustentam); Antecipação Imaginária (os sujeitos regulam sua argumentação de acordo com o efeito que desejam produzir no outro); Relações de Força (lugar do qual fala o sujeito é constituinte do que diz) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Diante desses conceitos (dispositivo teórico da AD), o analista busca compreender a forma como a linguagem afeta as produções de sentidos entre os interlocutores (Pêcheux, 2014). O *corpus* (o material linguístico) dessa pesquisa foi composto pelo conjunto das entrevistas realizadas (arquivo de referência discursiva – Guilhaumou, Maldidier, & Robin, 2016), no entanto, não se assume esses textos enquanto pontos de partida únicos para análise, mas sim enquanto peça participante de um processo discursivo mais abrangente (Orlandi, 2013). Outro ponto importante a ser ressaltado é que para a AD o posicionamento do analista e seus gestos de interpretação são inerentes à construção de seu dispositivo analítico (Orlandi, 2013). Portanto, nessa pesquisa, a escolha das enfermarias de ginecologia e obstetrícia partiu da suposição dos analistas de que esses

cenários discursivos evidenciam efeitos de sentidos (e práticas em saúde) considerados típicos para a feminilidade, a partir de uma perspectiva de gênero (Russo, Rohden, Torres, & Faro, 2009).

Quanto ao procedimento de análise, considerou-se o seguinte percurso: (1) identificar as principais FD que compõem o *corpus*, transpondo o material linguístico (entrevistas) para objeto discursivo através das incidências do Interdiscurso e do Esquecimento 2; (2) compreensão do processo discursivo, relacionando as FD com as Formações Ideológicas (FI), Formações Imaginárias (FImag) e Esquecimento 1 na constituição dos sentidos.

Disposições Éticas

Este estudo está amparado nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CAAE: 62334116.6.0000.5154 na Plataforma Brasil) e pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM.

Resultados e Discussão

Os resultados serão apresentados em duas seções. A primeira corresponde ao objeto discursivo e apresenta as principais FD de referência para este estudo, sendo estas: *o corpo que reproduz e ilusão de igualdade e a superioridade do discurso biomédico*. Já a segunda versa sobre o Processo Discursivo.

FD1: O corpo que reproduz

Quando questionadas a respeito dos principais motivos pelos quais procuram os serviços de saúde e quais são os profissionais que costumam procurar em seu dia a dia, as participantes destacam o profissional da ginecologia como referência:

“Vou ao médico sim, mas é raro. Não faço exame de rotina direto não, mais o ginecologista mesmo, que é o comum da gente ir né” (Ana Carolina, 27 anos).

“Mais que eu procuro é o ginecologista mesmo né, mais normal, rotina, fazer papa Nicolau, exame de lâmina e essas coisas” (Sofia, 18 anos).

“Mais assim é a ginecologia, pra saber se não tem nada. Só esse que eu vou na verdade, porque a gente mulher tem que ir” (Alice, 33 anos).

“Eu vou geralmente bastante nos médicos, faço rotina de exames, procuro sempre ir no ginecologista e fazer a rotina da mulher, O que eu mais procuro é o ginecologista mesmo, fazer rotina né, eu gosto de estar fazendo o papa Nicolau, o exame de mama e essas coisas né” (Jéssica, 32 anos).

A naturalização pela busca apenas do profissional de ginecologia como a principal especialidade da saúde para as mulheres destaca uma das principais características dessa FD. Através de expressões e justificativas como *“que é o comum da gente ir”* e *“o mais normal”* perceber-se o papel que o corpo feminino tende a ocupar no sistema de saúde e de que forma delimita as intervenções que supostamente deve receber.

Considerando que a forma como os sujeitos se filiam aos serviços de saúde e que as práticas de cuidado exercidas pelos mesmos são importantes para o entendimento dos processos de construção de suas identidades (femininas e/ou masculinas) (Villela et al., 2009; Marques, 2010; Schraiber, 2012), ao direcionarem o autocuidado para a área de saúde reprodutiva pode-se compreender que a organização das próprias demandas em saúde (qual médico procurar, quando procurar) reproduz sentidos acerca do que essas interlocutoras entendem como *“ser mulher”*, sentidos que são sedimentados em uma memória discursiva (Interdiscurso) que interpela (através dos Esquecimentos) os sujeitos (Pêcheux, 2014).

Pode-se destacar a fala de Jéssica que, em um primeiro momento utiliza *“rotina de exames”* e, logo em seguida, a modifica para *“rotina da mulher”*, cujo deslizamento de sentido (metáfora)

ilustra a incidência do Esquecimento 2, haja vista que ela poderia ter mantido a primeira expressão sem limitar seus cuidados em saúde àqueles voltados a saúde reprodutiva. Assim, a representação simbólica do corpo feminino como sendo dotado da capacidade de reproduzir descendentes reitera sentidos cristalizados socialmente/culturalmente, representados na assistência à saúde da mulher e definindo modalidades de cuidado que priorizam a saúde reprodutiva. Outro recorte que ilustra o Esquecimento 2 é o de Alice que justifica a procura pelo ginecologista “*porque a gente mulher tem que ir*”, enfatizando a suposta obrigatoriedade das mulheres para que cuidem de seus corpos, garantindo suas funções reprodutivas, limitando os espaços nos quais essas mulheres transitam dentro dessa instituição.

Torna-se interessante destacar outros recortes de algumas entrevistadas (visto que nem todas estavam internadas pelo mesmo motivo) que reproduzem em seus discursos a legitimação do cuidado a partir do momento em que se encontram no ciclo gravídico puerperal:

“Antes a minha médica falava que era para eu cuidar da diabete, para eu cuidar e comer menos, ai eu não comia menos não (risos). Eu comia, não cuidava da diabete, não queria saber desses trem. Mas agora sabendo que eu tenho outra pessoa para cuidar dentro de mim, aí eu estou cuidando. Por causa da gestação que eu estou cuidando mais” (Ângela, 18 anos).

“Eu acho que agora as coisas vão mudar, daqui para frente eu acho que vou me cuidar mais. Ah, por causa mais do bebê, porque vou amamentar, daí tenho que estar bem para ele ficar bem” (Iris, 24 anos).

“Quando os meninos ficam doente eu já corro com eles pro médico né. Lá em casa é pediatra que mais procuro, mas pra mim já faz muito tempo que eu não procuro. Lá a gente tem que fazer mais por eles do que pela gente né” (Elena, 29 anos).

Um dos pontos importantes para se entender o funcionamento da linguagem e o modo como se estabelecem as relações de produção de sentidos é atentar para o fato de que os sentidos das palavras *mudam* de acordo com a posição daqueles que as empregam. Isso quer dizer que elas adquirem sentidos em referência às formações ideológicas nas quais se inscrevem, o que é denominado posição discursiva (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Nos casos anteriores é possível perceber que a partir do momento em que essas mulheres ocupam a posição discursiva de “mãe” a preocupação com o cuidado é posto em cena. O fato de relatarem que só estão ali por causa da gravidez, apontarem as diferenças que estão por vir em suas rotinas de cuidado, e colocarem as demandas de saúde dos filhos em primeiro plano, permite entender que essa posição aciona sentidos correspondente a outros que os sustentam (Interdiscurso) - nesse caso, relativos à mulher tradicionalmente responsável desde a concepção até o nascimento de seus descendentes, bem como do cuidado dos demais membros da família.

Através das expressões “*agora sabendo que eu tenho outra pessoa para cuidar dentro de mim*”, “*tenho que estar bem para ele ficar bem*” e “*lá a gente tem que fazer mais por eles do que pela gente*” fica evidente o modo como elas condicionam os seus cuidados ao momento da gravidez, como se, pelo fato de serem ou estarem se tornando mães, deveriam passar a cuidar de sua saúde, mesmo que não o fizessem antes. Destaca-se aqui os deslizamentos de sentido enquanto constituintes dos discursos, passando da posição discursiva de “mulher” para “mãe”, gerando diferentes significações do que é considerado apropriado para esses sujeitos. Ressalta-se também o uso das palavras “*tenho*” e “*tem*”, denunciando a obrigatoriedade e urgência para que estejam bem e saudáveis para receber e para cuidar de seus filhos. Esses recortes discursivos reafirmam (interdiscursivamente) a valorização social da maternidade para o feminino.

É possível observar também em outros fragmentos das entrevistas a generificação do discurso no campo da saúde, associando as práticas de cuidado ao feminino e a distanciando do masculino, estabelecendo modos distintos de autocuidado e relações com o sistema de saúde. Quando questionadas a respeito das principais diferenças observadas entre mulheres e homens no tocante aos cuidados em saúde, as participantes relataram as distinções de gênero enquanto balizadoras dos cuidados:

“Mulher cuida bem mais, já homem não cuida muito. Depende né, tem homem que cuida, mas na maioria não cuida. Não sei porque isso acontece, mas mulher acho que tem mais problemas de saúde, até por causa desse negócio ginecológico, de ter filhos e essas coisas, acarreta em mais problemas. Homem não, homem não tem menstruação, homem não tem cólica, homem não tem nada” (Marcela, 34 anos).

“Eu penso comigo que mulher a possibilidade de ela ter mais problema é maior. Acho que ela é mais frágil. Eu sempre acompanho meu filho e quando meu esposo precisa e ele está muito ruim aí eu vou com ele” (Jéssica, 32 anos).

“Ah, eu não sei te falar as diferenças, mas eu falo que é diferente. Mulher com certeza cuida mais né? Ou não (risos). Acho que mulher é mais cuidadosa. Às vezes o homem também, alguns homens também. É que homem as vezes depende mais da mulher né. Mas mulher pode cuidar sozinha, o homem não. Mas as vezes pode ser a mesma coisa né, ou é imaginação minha” (Ângela, 18 anos).

“É bem equilibrado, acho que não tem aquilo de o homem cuida mais, a mulher cuida mais. Meu marido por exemplo cuida mais, acho que ele é mais manhoso na verdade, acho que ele é mais mole. Acho que eu sou mais forte do que ele, porque qualquer coisinha ele já está no médico” (Elena, 29 anos).

A suposição de que as mulheres cuidam ou deveriam cuidar mais da própria saúde devido à sua condição fisiológica e reprodutiva é o que norteia seus discursos, como representado nos trechos “*Eu penso comigo que mulher a possibilidade de ela ter mais problema é maior. Acho que ela é mais frágil*” e “*Mulher acho que tem mais problemas de saúde, até por causa desse negócio ginecológico, de ter filhos e essas coisas, acarreta em mais problemas*”. Torna-se interessante considerara que as adjetivações *frágil*, *cuidadosa* e *preocupada*, utilizadas pelas participantes, circunscrevem um lugar marcadamente feminino, bem como as características empregadas por Elena para falar sobre o marido, que exerce mais cuidados em saúde do que ela mesma (*manhoso* e *mole*), se associam a essa lógica, denunciando o funcionamento do Esquecimento 2 (enunciação) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

A noção de que mulheres seriam mais predispostas ao adoecimento e que deveriam exercer a função de cuidadora dos demais membros da família, devido ao simples fato de serem mulheres, para além de estabelecer posições assimétricas entre os gêneros, se configura como uma forma regulatória de modos de cuidado/adoecimento distintos, assim como, a partir do processo de reiteração (Butler, 2015), assumem o caráter (e o efeito) de normalidade. No entanto, partindo do pressuposto de que não há discurso que não se relacione com outros, sendo os efeitos de sentidos resultantes dessas relações (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), esse não é um sentido produzido apenas no contexto hospitalar e no campo da saúde, o que serve de munição a um processo que visa disciplinar masculinidades e feminilidades (e ao processo ideológico) que supõe os homens superiores às mulheres.

Assim, são os tradicionalismos e estereótipos de gêneros construídos social e historicamente que cristalizam os modos de relações entre e intragêneros disponíveis no Interdiscurso (aquilo que fala antes) e que orientam as formulações dessas participantes

(Intradiscurso). Ao serem afetadas pela memória discursiva, determinados sentidos são permitidos e outros negados (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014) - a aproximação do feminino aos cuidados em saúde e afastamento do masculino. Nessa perspectiva, os sentidos disponíveis a respeito do feminino pressupõem atividades para as quais as mulheres estão mais aptas e devem, então, performatizá-las (autocuidado, maternidade, entre outros) (Butler, 2015).

FD 2: Ilusão de igualdade e a Superioridade do discurso biomédico

Segundo Pêcheux (2014), é necessário que as FD não sejam entendidas enquanto blocos homogêneos de produção de sentidos, mas sim como processos heterogêneos constituídos pela contradição, possibilitando configurações e reconfigurações contínuas em suas relações com os sujeitos e o Interdiscurso. Sendo assim, buscou-se, para além do desvelamento das ilusões ocasionadas pelo funcionamento dos esquecimentos e do Interdiscurso, discutir de que forma essas contradições se constituem enquanto estruturantes do funcionamento da linguagem nesse contexto específico.

Dentre as diferentes possibilidades de dizer que essa segunda FD permite, destacam-se as respostas à pergunta: “Quando em atendimento com profissionais da saúde você tem preferência por profissionais homens ou mulheres?”. Entre as treze mulheres entrevistadas, dez responderam ter preferência pela profissional da saúde do gênero feminino em relação à especialidade de ginecologia:

“Não, tanto faz. Eu me sinto mais à vontade com mulher né, acho que você me entende né? Mas prefiro nenhum dos dois não. Porque assim, vai tirar roupa, fazer exame de toque, com homem a gente fica um pouco constrangida” (Clarice, 31 anos).

“Ah, mulher né. Porque depende do exame que for fazer também, porque para mim também qualquer um serve. Tipo ginecologista prefiro mulher porque dá vergonha. No meu

pensamento a mulher para fazer consulta de falar e esses trem, aí a mulher é melhor de falar” (Ângela, 18 anos).

“Eu se fosse para preferir eu acharia melhor mulher. A gente se sente mais... Como a gente é mulher a gente fica com mais liberdade né, de se abrir, eu acho mais fácil” (Edna, 48 anos).

“Mulheres, porque me sinto mais à vontade quando é mulher. Principalmente se eu não conheço, eu vou para o lado da mulher. Igual, meu pré-natal todo foi com um homem, mas porque me encaminharam para ele. Mas eu fui de boa, fiz com ele o pré-natal inteiro. Mas se for para escolher sem eu conhecer eu vou me sentir melhor com mulher. Mas é porque eu sou cismada, acho que é coisa minha” (Elena, 29 anos).

Nesses recortes faz-se importante destacar que, por mais que algumas mulheres, em um primeiro momento, relatem que tanto faz o gênero do profissional que realiza o atendimento, na sequência de suas falas (deslizamentos de sentido) destacam que a preferência existe. Assim como na FD discutida anteriormente, novamente essas mulheres destacam em suas respostas profissionais referentes à especialidade de ginecologia, embora a pergunta não apresentasse nenhum elemento que direcionasse o questionamento apenas para essa área da saúde.

Esse apontamento permite evidenciar as incidências do Esquecimento 2 (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), entendendo que elas poderiam ter abordado quaisquer áreas da saúde (tanto das especialidades médicas como diferentes categorias: enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, entre outros), no entanto, não o fazem. A memória discursiva interpela as participantes, por isso elas destacam a especialidade de ginecologia, estabelecendo efeitos de sentidos que localizam as mulheres nos espaços de saúde e cuidados. Esse movimento pode ser visto enquanto uma impossibilidade de se formular sentidos diferentes daqueles constituídos e sedimentados no

Interdiscurso que partem de uma perspectiva biomédica do atendimento em saúde, enfatizando fatores biológicos como locus do cuidado, bem como os médicos como principais cuidadores.

Outro mecanismo a ser destacado nessa FD é o de Antecipação Imaginária, pelo qual se observa a regulação da argumentação das participantes. Nas falas de Clarice (*“Eu me sinto mais à vontade com mulher né, mas prefiro nenhum dos dois não”*) e Ângela (*“Ah, mulher né. Porque depende do exame que for fazer também, porque para mim também qualquer um serve”*) isso fica evidente a partir do jogo de retificação, ora dizendo que possuem preferência e ora fazendo determinadas correções, afirmando serem indiferentes aos gêneros dos profissionais de saúde. Isso ocorre também com Elena, que diz se sentir melhor quando atendida por mulheres e no decorrer de sua argumentação, relata sobre o pré-natal feito com um profissional do gênero masculino (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Tal processo pode ter se dado pelo motivo de saberem, à priori, que participavam de uma pesquisa sobre o tema gênero, bem como pelo fato da pesquisadora se apresentar enquanto profissional da saúde vinculada à instituição na qual estas estavam internadas - dessa forma, tentam regular sua argumentação de acordo com o efeito que desejam produzir em sua interlocutora.

Como complemento da pergunta anterior, questionou-se se essas mulheres já haviam expressado suas opiniões sobre o gênero do profissional que realiza as consultas e intervenções em saúde e se alguém no hospital já havia realizado essa pergunta. Todas as participantes afirmaram nunca terem discutido essas preferências, assim como nunca foram questionadas a respeito disso pelos profissionais, sendo a entrevistadora a primeira a fazer isso.

Levando em consideração as condições de produções de sentidos que fazem parte dessa pesquisa (a exterioridade que também significa) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), cabe discorrer a respeito do fato das entrevistas ocorrerem dentro de uma instituição hospitalar atravessada por

relações de poder (tanto entre diferentes profissões como entre os profissionais e pacientes), bem como o fato da entrevista ter sido feita por uma profissional de saúde vestida com um jaleco branco, similarmente aos outros profissionais daquela instituição. Por mais que seja possível perceber que em determinados momentos aquelas mulheres se identificam com a pesquisadora *mulher* (como nos exemplos: “*porque a gente mulher tem que ir*”, “*eu me sinto mais à vontade com mulher né, acho que você me entende né?*”), faz-se pertinente questionar os motivos pelos quais essa pergunta não se viabiliza nesse contexto por parte dos profissionais e o porquê daquelas mulheres não expressarem sua opinião sobre esse assunto.

Outra superfície linguística que permite tal questionamento é a fala de Clarice (em complemento a sua resposta de que nunca havia mencionado esse tipo de preferência para outros profissionais de saúde):

“Como a gente trata pelo Sistema Único de Saúde eu reparo que assim “ah, você já está de graça aqui, você já está pelo SUS e ainda quer escolher se é homem ou mulher? Quem vai te olhar e quem não vai?” Acho que tinha que ter um pouco de respeito. É claro que a gente tem que aceitar quem quer nos ajudar, mas acho que também a opinião tem que contar. É igual você chegar em uma loja de roupa e você que ser atendida por uma mulher. Porque? Porque talvez a opinião dela te ajude a comprar, te ajude a dar certo. Ai você pode escolher se você quer a vendedora ou o vendedor, não pode? Mas é porque você tá pagando, entendeu? Agora no hospital a gente não pode ter essa escolha. Então a gente tem que ter o bom senso de aceitar quem vem ajudar né. Porque você não pode ficar escolhendo muito, entendeu? Eu penso assim” (Clarice, 31 anos).

Nesse recorte nota-se que ela trata a saúde sob a perspectiva do favor e da caridade. Torna-se interessante destacar o termo “bom senso” utilizado pela participante, que remete ao não reagir

às imposições feitas dentro do sistema de saúde, por mais violentas que elas possam ser, o que faz com que a mesma não questione a qualidade de um atendimento.

Ademais, observa-se uma contradição no discurso da participante, que coloca em oposição a ideia de que elas deveriam poder escolher *ao mesmo tempo* em que precisam ter o bom senso de não questionar e aceitar o que lhes é oferecido; suas preferências e argumentações deveriam ser consideradas, mas, uma vez que adentram o serviço de saúde e assumem a posição discursiva de *paciente*, esse direito lhes é negado pela justificativa do bom senso. Esse funcionamento demarca como se constituem os espaços de produção discursiva e a exterioridade da e na formação dos sentidos. Ainda sobre esse recorte, observa-se o modo como os esquecimentos são constitutivos dos sujeitos e dos sentidos, tanto a ilusão referencial (Esquecimento 2) de domínio da fala e do discurso por parte do sujeito produtor como a ilusão de transparência entre o pensamento (consciente) e o dizer.

Outro eixo norteador dessa FD é a suposição de igualdade nos atendimentos em saúde. Quando questionadas se consideravam importante homens e mulheres receberem cuidados diferenciados pelos profissionais durante a internação, as respostas transitaram em torno da crença de que a diferenciação deve se pautar apenas em questões diagnósticas e não de gênero:

“Não, depende dos cuidados, cada um precisa de um cuidado né, mas assim, por mim não precisa ser diferente não, homem e mulher é a mesma coisa né, só muda o sexo” (Ângela, 18).

“Depende do que eles têm né, da doença que a pessoa tem né, talvez ela tem alguma coisa e eu tenho outra, aí talvez eu precise de mais atenção, de mais médicos e profissionais ao meu redor, mas não porque ele é homem, porque ele tem câncer né. Claro que os corpos são diferentes, o psicológico da mulher deve ser mais diferente do que o homem né. Mas

eu acho que tem que ser pela doença, não pelo sexo da pessoa. E também não concordo em ser tratado melhor ou pior porque é homem ou mulher, isso não existe. Existe sim né? Existe demais” (Clarice, 31).

“Não, acho que não, acho que tem que ser igual né. A gente as vezes não tem muita autoridade no lugar de saúde, como estou te falando, agora se for um homem muitas vezes qualquer coisa que ele falar eles fazem mais à vontade dele, igual a gente como é mulher, não faz nada, aí vai deixando, agora o homem não, parece que tem mais autoridade, respeitam mais” (Marcela, 34).

A igualdade restringe-se, assim, ao momento da internação, mas a intervenção em saúde deve responder as especificidades que cada corpo/doença necessita. Quando Ângela afirma “*por mim não precisa ser diferente não, homem e mulher é a mesma coisa né, só muda o sexo*” é possível notar que os efeitos de sentidos produzidos apontam para uma mudança que só afetaria o corpo biológico dos sujeitos, apagando os condicionantes sociais e culturais que circunscrevem tal diferença.

A dificuldade dessas participantes de romperem com o processo parafrástico de produção de sentidos sobre o contexto de saúde pode ser compreendida como cristalização histórica dos sentidos. Sendo assim, reitera-se através da fala dessas participantes que os serviços de saúde são atravessados por um modelo clínico e tradicional de assistência de massa que, para além de dificultar a individualização da acolhida das necessidades psicossociais (Bedrikow & Campos, 2011), modaliza a disponibilização de sentidos (as intervenções devem abarcar prioritariamente as demandas fisiológicas e anatômicas).

Em contrapartida, por mais que essas superfícies linguísticas estejam afetadas pelas determinações disponíveis na memória discursiva, destacar-se a fala de Clarice, que em um

primeiro momento afirma que o tratamento deve ser igual para homens e mulheres, mas em seguida propõe que existem outras diferenças a serem consideradas (“claro que os corpos são diferentes, o psicológico da mulher deve ser mais diferente do que o homem né”). Sua resposta enfatiza, ainda, que não concorda que um gênero deva ser tratado melhor que o outro: “Isso não existe” e, após uma longa pausa diz “Existe sim né? Existe demais.”

Ao mesmo tempo em que ela reproduz em sua fala que a igualdade deve ser o ponto de partida para tal diferenciação no atendimento, a mesma reconhece que não é isso o que acontece. Considerando a FD em questão, o caráter coletivo e histórico da linguagem, bem como o fato de que não há discurso que não relacione com outros (Relação de Sentidos) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), entende-se como efeito de sentido desse recorte que a participante não se refere apenas ao contexto de saúde como palco para desigualdades entre os gêneros. Como os gêneros são práticas veiculadas por sujeitos sociohistóricos imersos em contextos políticos (relações de poder) específicos, as desigualdades que advém dos mesmos ocupam diferentes cenários, sendo os serviços de saúde apenas mais um. Em consonância, é possível destacar a fala de Marcela, que através do termo “*autoridade*” refere como os homens transitam dentro dessa instituição, atribuindo essa condição ao masculino, ao passo que reafirma tal ideia ao dizer que os homens são mais respeitados do que as mulheres.

Processo Discursivo

Após a identificação das FD de referência, nos debruçaremos sobre o Processo Discursivo, ou seja, sobre a compreensão das incidências das Formações Imaginárias (FImag), Formações Ideológicas (FI) e do Esquecimento Número 1 constituintes dos sentidos produzidos pelos/entre sujeitos. Para tanto, torna-se necessária a articulação do que foi discutido até então com as políticas públicas de saúde (conjunto de programas, ações e decisões que visam assegurar direitos para

vários grupos da sociedade ou a um determinado segmento social) (Böing & Crepaldi, 2010), enquanto constituintes da exterioridade (Caregnato & Mutt, 2006; Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014) dos discursos das participantes, pois evoca sentidos acerca do que é considerado adequado para esse segmento dentro do sistema de saúde.

Os recortes utilizados para constituição do *corpus* dessa pesquisa permitem considerar que os discursos das participantes, no que se refere a forma como se filiam aos serviços de saúde, se organizam prioritariamente em torno da discursividade sobre maternidade; aqui faz-se importe esclarecer que por mais que a pesquisa tenha sido realizada nas enfermarias de ginecologia e obstetrícia, parte significativa da amostra (n=6) não estava internada por motivos relacionados à gravidez. Nesse sentido, destaca-se também que tal perspectiva ainda se configura como norteadora para as campanhas de saúde da mulher, que através de suas práticas e políticas públicas, priorizam a assistência voltada ao ciclo gravídico puerperal (Cadoná & Strey, 2014; Costa-Júnior, Couto, & Maia, 2016) e podem negligenciar outros setores da saúde (violência doméstica, saúde mental, sofrimento advindo da jornada dupla/tripla de trabalho, exercício da sexualidade desvinculada do objetivo da reprodução, entre outros) (Botton, Cúnico, & Strey, 2017).

Schwengber e Meyer (2015) discutem a respeito da imposição sobre os corpos femininos para que os mesmos sejam alvos constantes de aperfeiçoamentos e correções estéticas e da necessidade de desenvolverem habilidades para, além de gerar, cuidar de outras vidas. As participantes reproduzem em suas falas a naturalização da forma como as mulheres devem se relacionar com o próprio corpo e com o sistema de saúde através da suposta predisposição feminina à fragilidade, vulnerabilidade frente ao adoecimento e necessidade de maiores cuidados, justificados como prevenção aos danos à reprodução e, assim, garantindo o que é tradicionalmente delegado à mulher: mãe e reprodutora.

Quanto ao processo de naturalização baseada no gênero, Butler (2015) o entende enquanto originário de práticas discursivas que respondem a interesses sociais, políticos e econômicos, tendo por objetivo adequar sujeitos às normas de condutas específicas para cada um dos gêneros. Para essa autora, gênero se constitui enquanto um instrumento que configura as relações e permite que as determinações de feminino e masculino, através da repetição e reiteração, sejam naturalizadas no decorrer do tempo, ao que ela denomina de performatividade. Assim, o sujeito e seu gênero seriam resultados de atos performáticos que objetivam estabilizar a identificação com determinado sexo, numa ilusão de unidade estável entre biologia, gênero e orientação sexual.

Sob a perspectiva da AD, essa naturalização dos processos de produção de sentidos ocorre por vias da Ideologia (apagamento das relações entre os sujeitos e a ilusão de transparência da linguagem). Diante disso, entende-se que os sujeitos só possuem acesso a parte do que dizem e, para que a língua faça sentido, é preciso que a história intervenha. Em outras palavras, é necessário que o indivíduo seja interpelado em sujeito pela Ideologia para que o dizer seja produzido (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

É a partir desse argumento que Pêcheux (2014) destaca os esquecimentos enquanto estruturantes dos sujeitos, tendo em vista que é através deles que há apropriação de discursos produzidos no coletivo (Esquecimento 1), fato este demarcado nas falas das interlocutoras por expressões individualizantes como *“eu penso assim”* (Clarice), *“acho que isso é coisa minha”* (Elena) e *“no meu pensamento”* (Ângela). Então, ao mesmo tempo em que essas mulheres reiteram discursos produzidos social, cultural e historicamente, buscam resguardar seu lugar de autoria (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Outro ponto importante nesse processo discursivo é considerar a sociedade como organização de relações hierarquizadas (Relações de Força), o que permite dizer que o lugar a partir

do qual discursa o sujeito é constitutivo do que se diz. Para Pêcheux e Fuchs (1997), os discursos são afetados pelos efeitos de dominância, e os sentidos que se sobrepõem aos demais o fazem por causa de relações de poder de uma sociedade. Isso é relevante no cenário escolhido para a presente pesquisa (hospital). No decorrer das entrevistas foi possível considerar que determinados discursos foram priorizados, como por exemplo os tradicionalismos de gênero (que delegam ao feminino características e normas de conduta), a valorização do especialista (representado na figura dos profissionais de medicina) e as abordagens biomédicas (centradas nas demandas biológicas). Tais priorizações vêm acompanhadas de *silenciamento* de outras questões concernentes à saúde da mulher, bem como enfatiza esses serviços enquanto espaços de favores e não de direitos.

De acordo com a AD, esse *silenciamento* (ou política do silêncio) pode ser entendido enquanto um lugar de recuo necessário para que os sentidos se estabeleçam, sendo essa uma das formas possíveis de se trabalhar a franja de não ditos que também participam da constituição dos sentidos. Pêcheux (2014) distingue o *silêncio constitutivo* (processo em que uma palavra apaga a outra) do *silêncio local* (censura, ou seja, aquilo que é proibido de ser dito em certa conjuntura). Tal funcionamento se dá pelo fato das relações de poder em uma sociedade produzirem sempre a censura, ou seja, há sempre silêncio acompanhando as palavras.

Diante disso, em uma instituição hospitalar determinados dizeres são possibilitados, e outros são vetados. Em relação às posições discursivas que lá estão em jogo, as figuras de autoridade concentram-se nos profissionais de saúde, logo supõem-se o efeito de dominância de/em seus discursos (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Isso ilustra-se através de apontamentos das participantes que, por mais que ocupem posições diferentes, reproduzem o modo como são afetadas pela Ideologia, reiterando em seus discursos que devem se submeter às intervenções em saúde sem questionamentos e/ou exigências.

Ainda sobre o contexto hospitalar, é comum que os sujeitos sejam reduzidos a um diagnóstico ou ao número do leito. Dessa forma, são privados não apenas de seus nomes ou pertences, mas, sobretudo, de suas singularidades (dentre elas, as de gênero), processo este denominado de despersonalização (Silva, 2009; Straub, 2014). Assim, as questões de gênero podem ser obliteradas nessa determinada conjuntura, sofrendo os efeitos da censura (Pêcheux, 2014). Esse “gender blindness”, ou silenciamento/cegueira das questões de gênero, vem ganhando destaque nos estudos sobre práticas assistenciais em saúde (Marques, 2010), e tanto os gestores como os profissionais apresentam dificuldades para o manejo dessa temática em suas práticas (Aquino, 2006; Villela et al., 2009). Esse processo de silenciamento, de acordo com Schraiber (2012), age em consonância com e a favor dos modelos clínicos tradicionais de assistência biomédica, tecnicista e curativista das intervenções em saúde.

Destaca-se, portanto, a matriz hegemônica do modelo biomédico na organização dos serviços de saúde, distanciando os modelos de integralidade. Em decorrência disso, pôde-se perceber nas superfícies linguísticas que compuseram o *corpus* dessa pesquisa a reiteração desse modelo de funcionamento através da repetição parafrástica de um não reconhecimento das dimensões sociais e culturais que perpassam a diferenciação entre os gêneros (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Assim, os estereótipos e desigualdades advindos de uma sociedade patriarcal passam despercebidos sob a justificativa da igualdade no atendimento (biomédico) em saúde.

De acordo com Araújo (2015) e Rodrigues (2015), essa falta de reconhecimento, seja por parte dos usuários ou dos profissionais, dificulta a implementação dos princípios das políticas públicas em saúde. Por exemplo, por mais que a PNAISM seja vista enquanto um resultado dos movimentos feministas (e que muito colaboraram para a desconstrução de uma perspectiva reducionista de atendimento em saúde para as mulheres, introduzindo na agenda política questões

até então deixadas em segundo plano), a maioria das ações e estratégias propostas se mantêm relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Exemplos dessas ações são as campanhas voltadas para a prevenção do câncer de colo do útero; prevenção do câncer de mama (outubro rosa) e o programa Rede-Cegonha. Essas campanhas são de suma importância para a saúde das mulheres, no entanto, não contemplam a integralidade proposta, restringindo esse conceito apenas aos direitos sexuais e reprodutivos.

Em suma, é possível afirmar que a priorização das demandas e cuidados com foco na saúde reprodutiva é resultado de uma FI que situa as mulheres enquanto sujeitos que devem exercer a maternidade e cuidar de seus corpos, produções essas que correspondem aos sentidos cristalizados historicamente sobre o que é ser mulher. Através das Relações de Força e de Sentido presente nas superfícies linguísticas apresentadas, são estabelecidos padrões atitudinais que devem ser performatizados por essas mulheres a fim de responder às demandas sociais. (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014; Butler, 2015).

Considerações Finais

No esforço de compreender as formações discursivas de gênero relativas aos cuidados em saúde de mulheres internadas nas enfermarias de ginecologia/obstetrícia em uma instituição hospitalar, considerou-se o campo da saúde (em especial o hospital) enquanto espaço discursivo de (re)produção de estereótipos e desigualdades de gênero, alicerçado em Formações Ideológicas e Imaginárias que são constituintes dos modos como os sujeitos transitam naquele contexto.

Diante da necessidade de um reconhecimento das assimetrias de gênero, bem como de fatores sociais enquanto componentes do processo saúde-doença, faz-se importante uma reorientação das políticas públicas e das práticas em saúde, visando organizar modelos de assistência que contemplem aspectos subjetivos e sociais dos usuárias, promovendo melhorias no

atendimento. Sendo assim, o campo da saúde precisa ser alvo de constante questionamento sobre suas ações e de que forma estas pretendem atingir a população.

Por fim, enfatiza-se a necessidade de estudos que se debrucem sobre discursos de outros sujeitos que participam do sistema de saúde (usuários, profissionais e gestores). Faz-se igualmente importante apontar que uma perspectiva que abarque outras dimensões sociais do processo saúde-doença (por exemplo uma abordagem interseccional que contemple aspectos como raça/etnia e classe social) auxiliaria em uma compreensão mais abrangente do mesmo.

Ademais, as análises buscaram sinalizar o quanto os estereótipos e tradicionalismos de gênero permeiam e são constituintes das práticas em saúde. A intenção dos analistas dessa pesquisa não é propor segmentações para os diferentes setores e sujeitos baseados em seus gêneros, o que potencializa a fragmentação da assistência em saúde. Propõem-se, portanto, a compreensão das questões de gênero como conteúdo transversal a todas as áreas e contextos de saúde, partindo da perspectiva de que um melhor entendimento do universo feminino em relação à saúde, alicerçadas pelas questões de gênero, pode favorecer a oferta de programas e serviços condizentes com as reais demandas e necessidades dessa população.

Referências

Aquino, E. M. L. (2006). Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil.

Revista de Saúde Pública, 40 (número especial), 121-132.

Araújo, M. F., Schraiber, L. B., & Cohen, D. D. (2011). Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação 15(38), 805-818.

Araújo, M. J. O. (2015). Modelos de atenção à saúde mental das mulheres: linhas de cuidado na perspectiva dos direitos humanos, gênero e integralidade na saúde. In Negrão, T., Vargas, R.

- & Rodrigues, L. P. (Orgs.). *Saúde Mental e Gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado* (pp. 55-76). Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural.
- Bedrikow, R., & Campos G. W. S. (2011) Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista Associação Médica Brasileira*, 57(6), 610-613.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios*. Brasília, DF.
- Butler, J. (2015). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cadona, E., & Strey, M. N. (2014). A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. *Revista Estudos Feministas*, 22(2), 477-499.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto enfermagem*, 15(4), 679-84.
- Costa-Júnior, F. M., Couto, M. T., & Maia, A. C. B. (2016). Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 23, 97-117.
- Couto, M. T., & Dantas, S. M. V. (2016). Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. *Saúde e Sociedade*, 25(4), 857-868.
- Gomes, A. M. T. (2007). Do discurso às Formações Ideológica e Imaginária: Análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(4), 555-562.

- Guilhaumou, J., Maldidier, D. & Robin, R. (2016). Efeitos do arquivo. In: _____. *Discurso e Arquivo* (pp.115-140). Campinas: Editora Unicamp.
- Louro, G. L. (2003). *Gênero, Sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N., Schraiber, L. B., Gomes, R., Figueiredo, W. S., Valença, O. A. V., & Pinheiro, T. F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: um estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(11), 4503-4512.
- Marques, A. M. (2010). Gênero e Saúde: uma relação ainda oculta. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M. R. (Orgs.). *Gênero & saúde: diálogos ibero-brasileiros* (pp. 35-58). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., Almeida, S. S. L., & Modena, C. M. (2012). Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(2),74-87.
- Motta, J. I. J. (2016). Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Debate*, 40, 73-86.
- Orlandi, E. P. (2013) *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes.
- Pêcheux, M. (2014). *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Unicamp.
- Pêcheux, M., & Fuchs, C. (1997). A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. In: F. Gadet, & T. Hak (Orgs.). *Por uma análise automática do discurso* (pp. 163-252). Campinas: Unicamp.

- Pires, V. L., & Sobral, A. U. (2013). Implicações do estatuto ontológico do sujeito na teoria discursiva do Círculo Bakhtin, Medvedev, Voloshínov. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*, 8(1), 205-219.
- Rodrigues, T. F. (2015). Desigualdade de gênero e saúde: avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher. *Revista Cantareira*, 22, 203-216.
- Russo, J. A., Rohden, F., Torres, I., & Faro, L. (2009). O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 617-636.
- Schraiber, L. B. (2012). Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2.635-2.644.
- Schwengber, M. S., & Meyer, D. E. Gravidez. (2015). In: Colling, A. M. & Tedeschi, L. A. (Orgs.). *Dicionário Crítico de Gênero* (pp. 316-319). Dourados: UFGD.
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering health equity: a review of research and policy. In: Sen, G., George, A., & Östlin, P. (Orgs.). *Engendering International Health: the challenge of equity* (pp. 1-34). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Silva, L. C. (2009). *O Cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica*. Maringá: UEM.
- Souto, K. M. B. (2008). A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, 10(22), 161-182.
- Souza, L. L., Peres, W. S., & Araújo, D. B. (2015). Problematizações de gênero no campo da enfermagem: diálogos com feminismos e a teoria queer. *Revista NUPEM*, 7(13), 121-142.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: ArtMed.

Toneli, M. J. F., Souza, M. G. C., & Müller, R. C. F. (2010). Masculinidades e Práticas de Saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 973-994.

Villela, W., Monteiro, S., & Vargas, E. (2009). A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 997-1006.

**Análise do Discurso de Gênero no Contexto Hospitalar: perspectivas de homens internados
na especialidade de urologia¹**

**Discourse Analysis of Gender in the Hospital Context: perspectives of men hospitalized
under the specialty of urology**

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi compreender as Formações Discursivas (FD) de gênero relativas aos cuidados em saúde de homens internados sob os cuidados da especialidade de urologia em uma instituição hospitalar. Participaram do estudo sete homens e os dados coletados foram analisados a partir da Análise do Discurso de Michel Pêcheux. As principais FD identificadas destacaram tradicionalismos e estereótipos de gêneros construídos social e historicamente enquanto norteadores das formulações dos participantes, pautados em uma Formação Ideológica binária que prescreve aos membros de uma sociedade regras de conduta, dentre elas, as formas de exercer os cuidados em saúde. Enfatiza-se a urgência de investir na mobilização desses sujeitos para o exercício do autocuidado através da prevenção e promoção da saúde, bem como o investimento em espaços institucionais para discussão acerca da formação dos profissionais e dos princípios e diretrizes da PNAISH, objetivando garantir os direitos e o reconhecimento desse segmento da população enquanto lócus de cuidado.

Palavras-chave: Gênero. Saúde. Hospital. Análise do Discurso.

¹ Artigo submetido ao periódico Textos & Contextos (Porto Alegre) e aguardando decisão editorial.

Abstract

The aim of this research was to understand the Discursive Formations (DF) about gender related to health care of men hospitalized under the specialty of urology in a hospital institution. Seven men participated in this study and their interviews were analyzed in the light of Michel Pêcheux's Discourse Analysis. The main DF identified highlighted traditionalisms and stereotypes of gender, constructed socially and historically, as guiding principles of formulations of the participants, based on a binary Ideological Formation that prescribes to the members of a society rules of conduct, among them, the ways of exercising health care. Emphasis is given to the urgency of investing in the mobilization of these subjects for the exercise of self-care through the prevention and promotion of health, as well as the investment in institutional spaces for discussion about the training of professionals and the principles and guidelines of the PNAISH, aiming to guarantee the rights and the recognition of this segment of the population as a locus of care.

Keywords: Gender. Health. Hospital. Discourse Analysis.

Introdução

Compreendendo gênero enquanto um marcador social que organiza as relações entre os sujeitos, tal princípio caracteriza-se enquanto ordenador e normatizador de práticas sociais através de categorizações distintas para o feminino e o masculino (Butler, 2015). Diversas culturas e sociedades transformam essas diferenciações em desigualdades que se expressaram em todas as dimensões da existência humana, inclusive no processo saúde-doença e nos modos como os sujeitos se filiam aos serviços de saúde (Ferraz & Kraiczyk, 2010).

Referente ao campo da assistência à saúde, tem-se encontrado práticas atravessadas por um processo de divisão de gênero do cuidado, fator que contribui para o delineamento de propostas voltadas para um grupo de sujeitos e a ausência e invisibilidade de ações direcionadas a outros (Lago & Müller, 2010; Toneli & Müller, 2011). No tocante à saúde do homem, há de se reconhecer que a construção da masculinidade (interpelada por um processo histórico patriarcal e machista) influencia diretamente no modo como esse segmento da população recebe e executa práticas em saúde, sendo o cuidado percebido como algo não próprio da masculinidade, associada à invulnerabilidade frente aos adoecimentos (Machin et al., 2011; Storino, Souza, & Silva, 2013; Cavalcanti, et al., 2014). Assim, torna-se crucial a discussão sobre masculinidades para os serviços e profissionais de saúde bem como para a população, a fim de questionar a suposta invulnerabilidade dos homens e dar atenção às necessidades deste grupo, muitas vezes negligenciado pelo sistema de saúde e pelas políticas públicas (Botton, Cúnico, & Strey, 2017).

No contexto brasileiro, a saúde do homem tem sido lentamente inserida na agenda de saúde pública desde a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009. Essa política tem como objetivo “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e

mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde” (Brasil, 2009, p. 31). Nesse sentido, entende-se que as políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) devem reconhecer a existência de desigualdades e estereótipos de gênero nesse contexto a fim de respondê-las de forma efetiva para promoção da equidade de gênero (Ferraz & Kraiczyk, 2010; Martins & Malamut, 2013).

No entanto, ao falar da dimensão gênero como parte fundamental da problemática de saúde, enfatiza-se não apenas as particularidades resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres, mas também o esforço de compreender de que formas os ideias de feminilidade e masculinidade, construídos socialmente, permeiam tais práticas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a saúde dos sujeitos (Araújo, Schraiber, & Cohen, 2011; Butler, 2015). A associação restrita às diferenças anatômicas dos corpos tem sido caracterizada como essencialista, negligenciando os processos sociohistóricos pertencentes e determinantes da constituição dos sujeitos (Kuhnen, 2013; Arilha, 2010).

Dito isto, nesta presente pesquisa, parte-se das teorizações de Judith Butler para delimitação do conceito de gênero, sendo este entendido a partir da desconstrução da desigualdade como biologicamente natural e na premissa de gênero como socialmente construído. Sendo assim, sexo e gênero seriam efeitos produzidos nos sujeitos através da performatividade, destacando a constituição do gênero como atos, gestos e representações reiteradamente constituídas, porém socialmente balizadas (Butler, 2015).

A incorporação da categoria gênero para compreender os modos como os sujeitos transitam nos espaços de saúde permite explicar situações que não teriam visibilidade sem esse enfoque como, por exemplo, o desafio contemporâneo referente à promoção e prevenção da saúde ao

público masculino. Para Carrara, Russo e Faro (2009) e Leite et al. (2016), tal problemática encontra dificuldades para resolução em função da perspectiva (quase hegemônica) das ciências médicas, de modo geral, que não consideram os sujeitos como generificados, ou seja, constituídos pelas relações de gênero.

Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivo compreender as formações discursivas de gênero relativas aos cuidados em saúde de homens internados sob os cuidados da especialidade de urologia em uma instituição hospitalar, partindo de uma perspectiva de que uma melhor compreensão do universo masculino em relação à saúde pode favorecer a oferta de serviços condizentes com as demandas e necessidades desse segmento da população.

Método

Tipo de Estudo

Trate-se de um estudo exploratório, de corte transversal e amparado na abordagem qualitativa de pesquisa.

Participantes

Participaram deste estudo sete homens internados nas enfermarias de clínica médica e clínica cirúrgica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), sob os cuidados da especialidade de urologia e com idade acima de dezoito anos. A escolha dessas duas enfermarias deu-se pelo fato do hospital cenário da pesquisa não possuir uma enfermaria específica de urologia, sendo os pacientes com essas demandas alocados nas enfermarias citadas. Optou-se por não fazer restrições quanto ao diagnóstico de internação dos sujeitos participantes e foram excluídos aqueles que estavam impossibilitados de responder às entrevistas por motivos médicos. A Figura 1 traz informações de caracterização desses homens (idade, estado civil, profissão, escolaridade, número de filhos, renda individual e familiar).

Figura 1. Caracterização dos participantes (nome fictício, idade, estado civil, profissão, escolaridade, número de filhos, renda individual e familiar).

Nome Fictício	Idade	Estado Civil	Profissão	Escolaridade	Nº de Filhos	Renda (R\$) Individual/Familiar
Marcelo	56	Divorciado	Aposentado	Médio Completo	3	2.900/2.900
Pedro	56	Divorciado	Borracheiro	-	1	954/954
Vinícius	64	Casado	Aposentado	Fundamental Incompleto	2	954/954
Edgar	57	Casado	Aposentado	Médio Completo	1	1.300/1.300
Ítalo	69	Casado	Aposentado	-	3	954/954
André	55	Casado	Empacotador	Fundamental Completo	2	1.200/2.200
Bernardo	60	Casado	Aposentado	Fundamental Incompleto	1	954/954

Caracterização do cenário de pesquisa

O HC-UFTM é um hospital de alta complexidade, atendendo 27 municípios da macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais. A totalidade da sua demanda é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possui 302 leitos ativos, sendo 61 destinados à enfermaria de Clínica Cirúrgica e 37 à de Clínica Médica.

Instrumentos

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado formulado pelos pesquisadores com questões divididas em quatro eixos: caracterização dos participantes; concepções sobre saúde; informações sobre a internação; percepção sobre os cuidados provenientes dos profissionais e serviços de saúde.

Procedimentos de coleta dos dados

Em um primeiro momento notificou-se os médicos responsáveis pelos setores sobre o início da coleta de dados e, em seguida, foi feito contato com os participantes nas enfermarias. Após explanação a respeito dos objetivos da pesquisa, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se as entrevistas individualmente em datas e horários em que os participantes se dispuseram. Para a realização das entrevistas foi oferecida a possibilidade de ser feita na sala reservada para Atendimento Familiar do HC-UFTM ou beira-leito (devido às restrições médicas), tomando as devidas precauções para resguardo da identidade dos participantes e do sigilo da entrevista. Ao final da coleta de dados as entrevistas foram transcritas na íntegra (com os nomes substituídos por fictícios) e realizou-se a análise a partir da Análise do Discurso (AD) de linha francesa de Michel Pêcheux.

Procedimentos de análise dos dados: o referencial teórico da Análise do Discurso

Na Análise do Discurso (AD) de linha francesa, parte-se do pressuposto do discurso enquanto efeitos de sentido produzidos entre interlocutores através da linguagem colocada em movimento (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Para entendimento da constituição dos sentidos faz-se importante destacar as condições materiais de produção dos mesmos e a relação entre linguagem e o contexto em que os dizeres foram produzidos (quem diz, quando se diz, como se diz, o que já foi dito, etc.), ou seja, a exterioridade dos discursos (Pires & Sobral, 2013).

De acordo com Pêcheux (2014), a produção dos sentidos não depende apenas das intenções dos interlocutores, fato este que se sustenta na ideia do funcionamento da linguagem resultante de processos coletivos, simbólicos e históricos. Para a constituição desses sentidos é necessário que estes se sustentem a partir e em relação a uma memória discursiva, também denominada de Interdiscurso. Tal conceito pode ser definido como “aquilo que fala antes”, trazendo em sua

materialidade efeitos que afetam os sujeitos apesar de suas vontades. Através desse conjunto de sentidos pré-estabelecidos são disponibilizados dizeres que constituem a produção discursiva imediata (Intradiscurso).

Partindo do funcionamento do Interdiscurso, bem como considerando a linguagem enquanto lugar de manifestação da Ideologia (apagamento histórico das relações constitutivas dos sujeitos e naturalização dos processos de produção dos sentidos), os interlocutores acreditam ser o ponto de partida de seus discursos, desconhecendo todo o arcabouço pré-existente de sentidos que possibilita tais significações e as localizam em uma Formação Discursiva (FD) específica (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Desse modo, as FD possibilitam ao analista do discurso o estabelecimento de regularidades no funcionamento do discurso, ou seja, aquilo que numa formação ideológica dada, considerando a conjuntura sociohistórica, determina as possibilidades do dizer.

Toda FD tem por objetivo dissimular (através do efeito de transparência da linguagem) sua dependência com o Interdiscurso. Sendo assim, entende-se que os indivíduos são interpelados em sujeitos pelas FD que simulam na linguagem as formações ideológicas que lhes são correspondentes. Segundo Pêcheux (2014), a interpelação do indivíduo em sujeito de seu discurso se constitui através da identificação (do sujeito) com a FD que o domina – “essa identificação apoia-se no fato de que os elementos do interdiscurso que constituem, no discurso do sujeito, traços daquilo que o determina, são reinscritos no discurso do próprio sujeito” (Pêcheux, 2014, p. 163).

Tal processo viabiliza-se por meio do funcionamento inconsciente do Esquecimento Número 1, entendido enquanto ilusão de autoria, em que há o apagamento das condições de produção dos sentidos e os sujeitos acreditam ser a origem do que dizem; e do Esquecimento Número 2, da ordem da enunciação, em que os sujeitos “selecionam” enunciados na FD que o domina, logo acreditam que a única maneira de se expressarem é através das palavras que

utilizaram, ou seja, há a ilusão de domínio da fala e do discurso por parte do sujeito produtor. Nesse sentido, o sujeito se constitui através do esquecimento daquilo que o determina (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Outro ponto importante a ser destacado para o entendimento das condições de produção é o campo do imaginário enquanto regulador das práticas discursivas. De acordo com a AD há três Formações Imaginárias (FImag) que constituem os sentidos, sendo estas: Antecipação Imaginária (ajustamento do discurso em relação ao efeito que se pretende causar no outro); Relações de Sentidos (todo dizer tem relação com outros dizeres realizados, possíveis ou imaginados); e Relações de Força (lugar do qual fala o sujeito é constituinte do que diz) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014)

A partir desse dispositivo teórico, a função do analista é compreender o funcionamento da linguagem através da evidenciação dos processos e mecanismos de constituição dos sentidos e dos sujeitos, entendendo o posicionamento do analista e seus gestos de interpretação como elementos inerentes à construção de seu dispositivo analítico (Orlandi, 2013). Para tal, o corpus (material linguístico) desse estudo foi composto pelo conjunto de entrevistas realizadas (arquivo de referência discursiva) (Guilhaumou, Maldidier, & Robin, 2016). Ademais, utilizou-se o seguinte procedimento de análise proposto por Pêcheux (2014) e Gomes (2007): (1) identificação das principais FD que compõem o *corpus*, fazendo a transposição do material linguístico (entrevistas) para objeto discursivo através das incidências do Interdiscurso e do Esquecimento Número 2; (2) compreensão do processo discursivo, relacionando as FD com as Formações Ideológicas (FI), Formações Imaginárias (FImag) e Esquecimento Número 1.

Disposições Éticas

Esta pesquisa está amparada nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CAAE: 62334116.6.0000.5154 na Plataforma Brasil) e pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM.

Resultados e Discussão

Esta seção será organizada em dois momentos. O primeiro corresponde à identificação das FD de referência que constituem os discursos dos sujeitos participantes da pesquisa (a saber: FD1 Masculinidade Hegemônica, e FD2 Os não-ditos sobre a Saúde do Homem), atingindo, assim, o Objeto Discursivo; já o segundo será dedicado ao Processo Discursivo.

FD1: Masculinidade Hegemônica

Na identificação dessa FD buscou-se evidenciar a forma como os discursos dos homens participantes são interpelados por noções cristalizadas concernentes às relações de gênero, bem como entendê-las enquanto determinantes do processo saúde-doença. Ao serem questionados sobre a frequência com que procuram os serviços de saúde, essa procura se caracteriza como sendo reativa, ou seja, buscam pelos serviços quando já estão com algum sintoma instalado ou em casos de emergência:

“Quando eu tinha plano de saúde eu até fazia uma prevenção, hoje praticamente nem procuro, só quando é um caso de emergência. O que eu mais procuro é cardiologista e urologista, principalmente, desde os 35 anos sempre procurei, mas tem gente aí com 60 e 70 anos que não sabe nem o que é urologista né” (Marcelo, 56 anos).

“Aí é só quando eu estou passando mal mesmo e precisando de cuidados, aí eu corro atrás, mas enquanto eu vou aguentando eu vou segurando. Às vezes eu vou no postinho, mas só quando já está bem forte, só quando eu estou que não aguento mais” (Pedro, 56 anos).

“Eu estou com um problema de pedra nos rins, então agora praticamente procuro sempre. Mas normalmente só quando estou com problema. Estando bom a gente deixa quieto, precisando a gente procura” (Vinícius, 64 anos).

Torna-se necessário um diagnóstico para que esses sujeitos se insiram no processo de autocuidado. Tal modo de filiação aos serviços de saúde pode ser entendido como forma de responder aos ideais de masculinidade hegemônica típicas do/no Interdiscurso (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), que partem de uma recusa à vulnerabilidade dos corpos masculinos, gerando resistência à busca por auxílio médico em decorrência da dificuldade de compreensão da importância das atividades preventivas ou até mesmo por um não reconhecimento dos sintomas.

Outro ponto a ser considerado é a trajetória desses sujeitos até a chegada na instituição em questão. Em seus relatos, todos disseram terem procurado a assistência em saúde por questões emergenciais e, a partir disso, foram encaminhados para o hospital. Dos sete homens que compuseram a amostra do presente estudo, cinco passaram por ou estavam aguardando por um procedimento cirúrgico. Nesse sentido, não houve, em nenhum momento, a vivência desses participantes na atenção básica, colocando a ênfase na ação curativista e não de prevenção.

De acordo com a literatura (Bertolini & Simonetti, 2014; Moreira, Fontes, & Barboza, 2014; Lima, Medeiros, Franco, & Jorge, 2017), as dificuldades de inserção dos homens nas redes de atenção à saúde têm sido relacionadas aos aspectos da socialização masculina (engendrada por uma sociedade patriarcal e machista) que afastam esses sujeitos das atividades de autocuidado e interferem (negativamente) no modo como estes transitam dentro dessas instituições; assim, o afastamento dos homens das estratégias de prevenção está coadunado a um ideário de não adoecimento e imunidade frente às problemáticas de saúde. A partir da crença da invulnerabilidade dos corpos e da imagem de homens ativos e fortes, torna-se inviável a formulação de sentidos que

escapem a essas cristalizações de gênero presentes na memória discursiva (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Tais sentidos cristalizados respondem à um percurso histórico e cultural de formação sobre os modos de exercer a masculinidade (Butler, 2015) que produzem práticas – o que inclui as não-práticas – de autocuidado diferente para homens e mulheres, sendo eles excluídos dos discursos concernentes à promoção e prevenção de saúde.

Vinculado à essa lógica, faz-se importante ressaltar outra pergunta realizada que diz respeito às principais diferenças observadas no modo como homens e mulheres cuidam da saúde. De acordo com os relatos apresentados a seguir, enfatiza-se o modo como os estereótipos de gênero (femininos e masculinos) se fazem presente e destacam os lugares diferentes que homens e mulheres ocupam socialmente:

“As mulheres cuidam mais né, elas se preocupam mais com a saúde, homem é muito desleixado, acha que não precisa sair, não precisa cuidar, acha que é natural ali e vai resolver. A mulher cuida mais, não só da saúde né, na beleza, na aparência, em tudo, homem é mais relaxado. É justamente porque homem acha que não precisa cuidar da saúde” (Marcelo, 56 anos).

“Com certeza no dia a dia a mulher cuida mais né. E se precisar toda hora que precisar elas estão junto com a gente né” (Vinícius, 64 anos).

“Parece que a mulher preocupa mais né, o homem enquanto a coisa não apertar ele evita, ele é desligado. Às vezes também é para não ficar faltando muito do serviço, a falta de tempo também né” (André, 55 anos).

Para além de todos afirmarem que as mulheres cuidam mais de suas demandas em saúde, torna-se pertinente ressaltar as justificativas utilizadas. Marcelo diz que as mulheres não são mais preocupadas apenas com a saúde, mas também com aspectos relacionados à cuidados estéticos; já

Vinícius enfatiza que *“toda hora que precisar elas (mulheres) estão junto com a gente (homens)”*, destacando a função de cuidadora socialmente delegada às mulheres, a suposta identificação das mesmas com as práticas em saúde e as diferentes posições discursivas destinadas à ambos nesse processo; e André coloca em cena questões sobre o mundo do trabalho, permitindo pensar de que forma isso também influencia nos modos como esses sujeitos buscam pelos serviços de saúde.

Esses pontos enfatizados têm em comum discursos hegemônicos que estabelecem padrões de normalidade e de possibilidades (discursivas) de performatividades de gênero (Butler, 2015). Tais justificativas trazem determinantes que situam homens e mulheres em posições assimétricas e pré-definidas, o que pode ser entendido enquanto um efeito do funcionamento do Esquecimento Número 2, que produz na discursividade dos sujeitos a ilusão referencial, ou seja, a crença de que há uma relação direta entre o pensamento, a linguagem e o mundo, de tal forma que pensamos que o que dizemos só poderia ser dito com aquelas palavras (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), portanto, utilizam dessas justificativas e não outras.

Dessa forma, associar o feminino às atividades de cuidados estéticos e à função de cuidadora, assim como associar o masculino às atividades laborais e de prevenção econômica diz respeito acerca da naturalização das funções sociais distintas a serem desempenhadas por cada um dos gêneros. Tal naturalização é decorrente de discursos que atribuem aos sujeitos capacidades e predisposições pautadas em suas características biológicas e, através da repetição e reiteração desses gestos, assumem o caráter de normalidade (Butler, 2015).

Ainda sobre essa pergunta, Ítalo refere de forma evidente essa diferenciação dos lugares de pertencimento para homens e mulheres:

“Tem, tem muita coisa diferente, até porque tem a função da mulher e a função do homem.

Igual, mulher tem menstruação, homem não tem disso. Mulher tem trompa, homem não tem

disso. Várias coisas que mulher tem e homem não tem, porque se ele tivesse complicava. Mulher tem que levar a criança, homem não tem, nisso é bem diferente. Por isso que a mulher fica submissa ao homem, porque o homem é a cabeceira. Ela é a comandante da casa, o homem é o comandante e ela a comandante, os dois comandam, o direito que um tem dentro da casa o outro também tem. Só que tem a separação, a mulher mexe nas coisas da cozinha e os homens mexem nas coisas do curral, da roça. Então acho que as mulheres cuidam mais da saúde porque elas têm mais motivos, porque elas adoecem mais do que os homens, por causa desses motivos que eu te falei” (Ítalo, 69 anos).

Nesse recorte é possível destacar os deslizamentos de sentidos no discurso (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), entendendo que, em um primeiro momento, Ítalo enfatiza as diferenças anatômicas entre os corpos feminino e masculino (correlacionados em sua maioria ao sistema reprodutor) e, em seguida, discorre sobre as funções sociais supostamente atreladas à essas diferenças anatômicas. Ao mesmo tempo, os sentidos que a priori eram destinados aos modos como homens e mulheres cuidam da saúde, passam a significar o modo como esses sujeitos deveriam se comportar no espaço físico “casa” (*a mulher mexe nas coisas da cozinha e os homens mexem nas coisas do curral, da roça*).

Ao final dessa argumentação os efeitos de sentidos produzidos seguem o que, de acordo com a AD, é chamado de processo parafrástico. A paráfrase é entendida enquanto o retorno aos mesmos espaços de dizer, produzindo diferentes formulações sobre um mesmo tema; sendo assim, por mais que Ítalo esteja discorrendo sobre diferentes espaços em sua argumentação, percebe-se a dificuldade de rompimento com a família parafrástica que delimita o que deve ser performatizado por cada um dos gêneros (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Consonante a isso, destaca-se o questionamento a respeito do que esses homens entendem por saúde, cujos principais sentidos se vincularam à ideia de saúde como algo importante para vida, bem como à capacidade de trabalhar, estar bem fisicamente e à ausência de doenças:

“Saúde é tudo, sem saúde a gente não tem nada. Saudável é aquela pessoa que tem saúde perfeita né, que consegue fazer as coisas, trabalhar” (Marcelo, 56 anos).

“Pessoa saudável é não sentir nada, quase não gasta com remédio. A pessoa precisa de saúde, a pessoa que não é saudável é doente, toda hora gastando com médico e remédio. Eu por exemplo trabalho, consigo fazer minhas coisas. A saúde da pessoa é o principal, mas precisa ter dinheiro, tendo saúde consegue dinheiro” (Ítalo, 69 anos).

“Uma pessoa saudável é uma pessoa que tem condição de levar a vida trabalhando, divertindo, fazendo as coisas que tem vontade de fazer sem impedimento de coisas como remédio, cirurgia, essas coisas” (Bernardo, 60 anos).

Essa associação entre estar saudável e trabalhar, bem como ao gasto financeiro relacionado aos problemas de saúde, pode ser entendida enquanto uma forma de organização dos discursos que novamente reafirma o lugar do homem como provedor financeiro da casa e do papel que ocupam em suas famílias. No entanto, torna-se interessante ressaltar que a maioria da amostra é aposentada e relata não exercer outro tipo de atividade remunerada (isto é, não trabalham). Esse movimento discursivo pode ser compreendido enquanto uma denúncia de como a demarcação por determinadas Formações Ideológicas encontra-se presente nas possibilidades de dizer dos sujeitos (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Portanto, no decorrer dessa FD, pode-se argumentar que são os tradicionalismos e estereótipos de gêneros construídos social e historicamente que norteiam as formulações dos participantes (Intradiscurso). Tais formulações encontram respaldo e são afetadas pelo

Interdiscurso e pelo Esquecimento Número 2 (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014), assim, determinados sentidos são permitidos e outros negados referentes à performatividade de gênero dentro do contexto da saúde.

FD2: Os não-ditos sobre a Saúde do Homem

De acordo com Orlandi (2013) e Pêcheux (2014), ao longo dos dizeres existe toda uma margem (franjas) de não-ditos que também significam e constituem os discursos e participam do interdiscurso. Assim, existem recortes que mostram o não-dizer na constituição da discursividade e, entre essas duas instâncias (dito e não-dito), desenrola-se todo um processo de interpretação no qual o sujeito se movimenta. Daí enfatiza-se a importância de evidenciar o que não está sendo dito em determinados contextos.

Esse apontamento faz-se necessário para a presente pesquisa pois em vários momentos das entrevistas observou-se dificuldade dos participantes para discorrerem sobre aspectos de sua saúde, principalmente quando relacionados à especialidade sob a qual estavam recebendo cuidados (urologia). Quando questionados sobre os motivos da internação, quais foram os exames realizados e como se sentiram ao realizar os mesmos, alguns participantes relataram suas dificuldades nesse processo, bem como, em alguns momentos, utilizam termos vagos/genéricos para referirem sobre o diagnóstico e os procedimentos.

“Eu adoeci né, com o problema. Aí passei mal e me encaminharam para cá. Aí passei sonda, essas coisas. Olha, fiz vários exames mas não sei te falar o nome. Fiz eletro, ultrassom, fiz o outro exame aí do problema, isso tudo já fiz” (Bernardo, 60).

“Já fiz os exames tudo, ultrassom, tomografia, esses exames aí do meu problema, já estão todos prontos” (Edgar, 57 anos).

“Igual eu, se eu tivesse deixado fazer o toque [retal] da primeira vez não estaria ruim assim, já tinha tratado e não precisava ter operado, entendeu? Quando o médico quis fazer a primeira vez o exame da próstata há quinze anos atrás eu não quis fazer, por preconceito eu não fiz” (Ítalo, 69 anos).

“Para mim é normal, mas para muita gente é difícil. Os primeiros exames que eu fiz foram difíceis, mas depois eu fui me acostumando. Agora tem alguns homens que não passam nem na porta. Eu tenho um irmão de 57 anos que nunca fez exame de toque [retal], aí não faz um exame de sangue, não faz nada. Vai saber como ele está, aí na hora que acontecer alguma coisa não adianta mais” (Marcelo, 56 anos).

Nas falas de Bernardo e Edgar é importante destacar a forma como se referem ao motivo da internação e ao exame de próstata, usando as expressões “*eu adoeci né, com o problema*”, “*exame aí do problema*” e “*essas coisas aí*” para explicá-los. Como efeito de sentido desse apontamento, supõe-se que esses sujeitos esbarram e denunciam os obstáculos (discursivos) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014) existentes quando homens falam sobre saúde, em específico, à saúde das questões sexuais. Já Ítalo e Marcelo discorrem sobre as dificuldades encontradas nesse processo que, no caso de Ítalo, o levou à recusa de realização dos exames, resultando em um agravamento de sua condição clínica.

Outra forma de destacar o funcionamento dos não-ditos enquanto constituinte do discurso e dos sentidos (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014) fez-se presente ao serem questionados sobre suas práticas de autocuidado, em que se destaca a falta de autonomia e desresponsabilização dos homens em relação à própria saúde, ficando essa prática vinculada ao cuidado que as mulheres de suas vidas têm com eles:

“Minha esposa me ajuda, ela fica no meu pé, se eu não fizer as coisas ela pega na orelha, ela é firme. Ela me ajuda a controlar essas coisas, eu sozinho é difícil” (Vinícius, 64 anos).

“Tem sempre a família que as vezes ajuda. Eu não sei muita coisa não, mas tem as filhas que sabem e elas me ajudam” (Pedro, 56 anos).

“Minha esposa me auxilia muito, a gente está sempre de olho no que o outro está tomando” (André, 55 anos).

“Minha esposa está aqui me acompanhando no hospital, vinte e quatro horas por dia, ela sempre me ajuda” (Bernardo, 60 anos).

Nota-se que quem está em questão e destaque nessas narrativas são as mulheres –esposas e filhas – sendo necessária uma vigilância das mesmas para que estes sigam as recomendações médicas e cuidem dos próprios corpos. Cabe ressaltar que em duas entrevistas (Vinícius e Bernardo) realizadas esses homens estavam acompanhados de suas esposas (as entrevistas foram realizadas durante o horário de visita por preferência dos participantes e, mesmo quando perguntado se gostariam de remarcar suas entrevistas, eles disseram não se incomodar com a presença das acompanhantes). Nos casos em que isso aconteceu o espaço ou autoridade discursiva relativa à saúde foi delegada à mulher, não apenas através de afirmações feitas por eles no decorrer das perguntas, mas também pela participação ativa das mesmas durante a entrevista, por muitas vezes respondendo no lugar dos homens ou interferindo quando percebiam que os mesmos estavam com alguma dificuldade para construir suas respostas. Os homens pareceram não se importar quando isso acontecia e não ofereceram resistência quando suas esposas eram as protagonistas das falas.

Partindo do pressuposto que de os sentidos não existem em si, mas são determinados pelas posições imaginárias e ideológicas colocadas em jogo no processo sociohistórico em que as

palavras são produzidas, entende-se que tais palavras mudam de sentido de acordo com as posições daqueles que as empregam, conceito na AD denominado de posição discursiva (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Sendo assim, nos recortes destacados infere-se que foram acionadas diferentes vozes (discursos) na construção dos sentidos.

Ao afirmarem que essas mulheres estão sempre presentes (*vinte e quatro horas por dia*) quando o assunto é saúde, destaca-se que a posição discursiva *mulher* possuiria mais propriedade/habilidade para discorrer sobre essa temática do que a posição *homem* (*eu sozinho é difícil*”; “*eu não sei muita coisa não*”). Quando fazem isso, esses homens (re) produzem um discurso generificado a partir do qual, historicamente, as práticas de cuidado e atenção à saúde são associadas à feminilidade.

Como efeito de sentido desses recortes apresentados para caracterização dessa FD, destaca-se que os homens se posicionam (inconscientemente) de modo a elaborar estratégias que os afastam do cuidado com a saúde ou até mesmo do espaço discursivo que versa sobre isso, pois ao retomar a memória discursiva (interdiscurso) é isso que se sobressai devido à repetição parafrástica (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Esse ato de não-dizer - ou dizer de um outro (mulher) – para além de deslegitimar o discurso masculino no contexto da saúde, corrobora para a invisibilidade dessa população enquanto lócus de cuidado. É nesse sentido que Pêcheux (2014) aponta a importância dos não-ditos e dos esquecimentos na compreensão e constituição dos sentidos.

Outro aspecto relevante a ser destacado para o entendimento dos não-ditos relativos ao público em questão é o desconhecimento e/ou a não participação dos sujeitos da pesquisa em campanhas de saúde voltadas, em específico, para a saúde do homem. Quando questionados a esse respeito, apenas três deles afirmaram já terem ouvido falar, no entanto, nenhum havia participado:

“Às vezes a gente vê o outubro azul, acho que é isso né? Do câncer, essas coisas, tratamento da próstata. Ultimamente tem essa divulgação sim, mas isso é hoje né, porque um tempo atrás ninguém falava em saúde do homem” (Marcelo, 56 anos).

“Eu ouvi aqui dentro do hospital só por causa do problema de próstata né, mas participar eu não participei não. Tem muita gente que é ignorante, tem vergonha e não procura. Vê que tem o mês rosa, o mês azul e já leva para aquele lado né” (Vinícius, 64 anos).

“Já ouvi alguma coisa sobre a saúde de prevenção, mas nunca participei” (Ítalo, 69 anos).

“Não, nunca ouvi falar e nem participei” (Pedro, 56 anos).

Enquanto efeitos de sentido desse desconhecimento frente às informações em saúde, faz-se pertinente o questionamento a respeito da efetividade dessas campanhas e de que modo elas têm se articulado para chamarem atenção desse público. De acordo com Gomes et al. (2011), essas práticas educativas concernentes à saúde do homem apresentam um caráter pontual, por muitas vezes realizadas em mutirões e/ou eventos comemorativos, sem perspectiva de continuidade enquanto prática cotidiana. Esse processo acaba por favorecer a invisibilidade desses sujeitos e de suas demandas no processo saúde-doença.

Processo Discursivo

Após a identificação das principais FD que compuseram o *corpus*, partiremos para a compreensão do Processo Discursivo, relacionando as FD com as Formações Ideológicas (FI), Formações Imaginárias (FImag) e Esquecimento Número 1. Com a delimitação das FD apresentadas, pode-se dizer que ambas se encontram atravessadas por tradicionalismos de gênero que apontam para uma FI binária enquanto estruturante dos dizeres dos sujeitos, entendendo as possibilidades de performatividade de gênero restritas à duas esferas: masculino ou feminino (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014; Butler, 2015).

A partir disso e das Relações de Sentidos (todo dizer tem relação com outros dizeres possíveis ou imaginados, contemporâneos ou passados), entende-se que os sujeitos são atravessados por diferentes discursos que lhe são preexistentes e que, através de regras de conduta, prescrevem aos membros de uma sociedade maneiras de agir, dentre elas, as formas de exercer os cuidados em saúde (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Tal prática de autocuidado quase sempre encontra obstáculos ao esbarrar nos estereótipos de gênero, sendo socialmente reconhecida como atributo natural das mulheres. Ao se aproximarem das ações de cuidado, os homens assumem um papel contraditório ao que se é esperado da masculinidade hegemônica (invulnerabilidade, virilidade, força física, capacidade de trabalhar, entre outros) e correm o risco de terem questionada sua masculinidade (Lago & Müller, 2010; Toneli & Müller, 2011; Martins & Modena, 2016).

Por mais que essa associação seja comumente feita baseada em traços anatômicos dos corpos dos sujeitos, entende-se que essa divisão de gênero do cuidado se justifica por vias da reiteração de condutas construídas socialmente e internalizadas pelos sujeitos em suas práticas (Butler, 2015). É nesse sentido que a AD aponta os discursos enquanto estruturantes dos sujeitos e dos processos de naturalização dos efeitos de sentidos que, através da repetição parafrástica, assumem o caráter de verdade (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Através do funcionamento do Esquecimento Número 1 e das Relações de Força, esses discursos produzidos (no coletivo) são individualizados pelos sujeitos (por meio da interpelação ideológica), como se fossem o ponto de partida do que dizem, quando, na realidade, são determinados pelas formas como nos inscrevemos na história, e é por isso que significam. Sendo assim, através do efeito de dominância dos discursos (Pêcheux & Fuchs, 1997), adquirem maior relevância e valor social em detrimento de outros que versam sobre diferentes possibilidades de expressões de gênero (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Diante disso, entende-se que determinados

sentidos são permitidos e outros vetados aos homens dentro do contexto da saúde, sendo esses sentidos sedimentados no Interdiscurso e determinantes, à revelia dos sujeitos, da produção discursiva imediata (Intradiscurso).

Para compreensão dos mecanismos de produção de sentidos utilizados pelos sujeitos dessa pesquisa, é necessário entender que os discursos generificados de atribuição de performatividades distintas para homens e mulheres (Butler, 2015), bem como as normatizações observadas sobre como esses homens devem se comportar no contexto de saúde, não corresponde em absoluto às habilidades empíricas específicas desses sujeitos entrevistados, mas sim ao imaginário alicerçado pelas posições discursivas que estes ocupam em determinada FI. Dizer isso implica em reconhecer que ao serem interpelados pela Ideologia, as possibilidades de produção de sentidos são naturalizadas e assumem o caráter de verdade através da ilusão de transparência da linguagem (Esquecimento Número 1) (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Um exemplo disso pode ser observado nas falas dos participantes que acreditam na habilidade natural das mulheres para exercerem o autocuidado e o cuidado de outrem e, ao mesmo tempo, se afastam das ações voltadas para o cuidado do próprio corpo e busca por serviços de saúde pela crença de que homens são naturalmente *desleixados e desligados*.

De acordo com as proposições da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009) para além das barreiras sociais concernentes ao afastamento do público masculino da temática de saúde, existem também as barreiras institucionais que corroboram para que esses homens de modo geral não se sintam acolhidos nas instituições de saúde. Alguns pontos destacados são: horário de funcionamento das unidades de saúde, que coincidem com o expediente de trabalho; contexto do trabalho não receptivo às manifestações de doenças por parte dos homens; precarização dos serviços prestados; dificuldade de agendamentos de consultas e disponibilidade de leitos; e

despreparo, por parte dos profissionais, para lidar com as demandas da população masculina vinculado ao conformismo com a ausência dos homens nos serviços, demonstrando que os próprios profissionais não estão atentos para a realização de uma atenção integral voltada para a perspectiva de gênero (Barbosa, 2014).

Ainda sobre essas barreiras e sobre o conceito de integralidade nos serviços, faz-se necessário destacar as políticas públicas de saúde (conjunto de programas, ações e decisões que visam assegurar direitos para vários grupos da sociedade ou a um determinado segmento social) (Böing & Crepaldi, 2010) enquanto constituinte da *exterioridade* dos efeitos de sentidos e das práticas reais referentes à assistência em saúde ao público masculino (Caregnato & Mutt, 2006; Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014). Estudos apontam que a implantação da PNAISH ainda se depara com obstáculos para sua efetivação enquanto proposta integral e que abarque a totalidade da demanda masculina. Para além das dificuldades organizacionais, os gestores e profissionais de saúde encontram dificuldades para reconhecer os homens enquanto sujeitos de cuidado e atenção à saúde (Couto et al., 2010; Gomes et al., 2012; Knauth, Couto, & Figueiredo, 2012).

Ao analisar as práticas dos profissionais de saúde, Marques (2010) e Machin et al. (2011) evidenciam que elas se encontram atravessadas pelas questões (e relações) de gênero e por discursos e ideologias que refletem marcas de uma cultura generificada. Portanto, essas representações de e sobre gênero podem implicar no planejamento, gestão, organização e execução dos serviços de saúde e do cuidado prestado (Figueiredo & Schraiber, 2011). Nesse sentido, gênero deve ser considerado elemento estruturante dos programas de saúde e das práticas dos profissionais (Schraiber, 2012).

Em um cenário em que se observam novas demandas aos gestores e profissionais de saúde, é necessária uma reorientação dos modelos assistenciais e das práticas de cuidado com o objetivo

de reconhecer e contemplar as questões subjetivas e sociais de cada indivíduo. Cabe ressaltar que tanto a PNAISH quanto o Sistema Único de Saúde (SUS) não devem ser entendidos enquanto propostas concluídas e definitivas, e sim como um projeto político em contínua construção articulado ao contexto sociohistórico que constitui os sujeitos (Souza, 2009).

Dito isto, enfatiza-se a necessidade de entender o contexto da saúde de forma abrangente, haja vista que não são apenas os usuários ou os profissionais e gestores que fazem parte das vivências em saúde. Sendo assim, por mais que existam diferentes posições discursivas e que determinados discursos sejam priorizados baseado nas Relações de Poder que se estabelecem nesse cenário, todos os indivíduos em cena são interpelados em sujeitos de seu discurso pelas FD que representam, na linguagem, as formações ideológicas que lhe são correspondentes (Orlandi, 2013; Pêcheux, 2014).

Considerações Finais

Na busca em compreender as FD de gênero relativas aos cuidados em saúde de homens internados sob os cuidados da especialidade de urologia, observou-se a urgência de investir na mobilização desses sujeitos para o exercício do autocuidado, alicerçados por atividades de prevenção e promoção da saúde. No entanto, para além dessa mobilização, faz-se necessário também o investimento em espaços institucionais para discussão acerca da formação dos profissionais das equipes de saúde, bem como dos princípios e diretrizes da PNAISH, objetivando garantir os direitos e o reconhecimento desse segmento da população enquanto lócus de cuidado.

Para tal, compreender as barreiras sociais e institucionais que no geral afastam a população masculina dos serviços de saúde é ferramenta essencial para o reconhecimento das singularidades e especificidades dos homens, servindo como munição à criação de novas práticas e modos de agir em saúde que sejam atrativos e que promovam o fortalecimento de vínculos entre esses sujeitos e

os serviços de saúde. Outro ponto a ser destacado é que abordar a saúde do homem sob a perspectiva de gênero resulta em considerar as diferentes possibilidades de exercício da masculinidade, sendo necessário falar dela no plural.

Salienta-se a importância de explorar diferentes discursos constituintes do contexto de saúde, entendendo que outras posições discursivas e outros espaços de produção de sentido (por exemplo: outras enfermarias ou a adição de outros determinantes do processo saúde-doença, como raça/etnia, classe social, etc.) podem colaborar na construção de conhecimento e novas práticas acerca dessa temática. Isto posto, os resultados do presente estudo apontam para alguns desafios culturais e institucionais concernentes à vivência dos sujeitos homens no contexto da saúde, bem como demonstrou que o enfoque de gênero possibilita melhor compreensão desse cenário e dos modos pelos quais os usuários (homens) transitam nesse espaço. Considerou-se, portanto, o contexto de saúde (hospital) enquanto (re)produtor de tradicionalismos de gênero, respaldado por Formações Ideológicas e Imaginárias que naturalizam e constituem os sentidos produzidos pelos sujeitos.

Referências

- Araújo, M. F., Schraiber, L. B., & Cohen, D. D. (2011). Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 15(38), 805-818.
- Arilha, M. (2010). *Nações Unidas, população e gênero: homens em perspectiva*. Jundiaí: Editora in House.
- Barbosa, C. J. L. (2014). Saúde do Homem na Atenção Primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. *Revista saúde e Desenvolvimento*, 6(3), 99-114.

- Bertolini, D. N. P., & Simonetti J. P. (2014). O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(4), 722-727.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Botton, A., Cúnico, S. D., & Strey M. N. (2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde* 25(1), 67-72.
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF.
- Butler, J. (2015). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto enfermagem*, 15(4), 679-84.
- Carrara, S., Russo, J. A., & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis [online]* 19(3), 659-678.
- Cavalcanti, J. R. D., Ferreira, J. A. F., Henriques, A. H. B., Moraes, G. S. N., Trigueiro, J. V. D., & Torquato, I. M. B. (2014). Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(4), 628-634.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B., & Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo

- (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270.
- Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82.
- Figueiredo, W. S., & Schraiber, L. B. (2011). Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 16(2), 935-944.
- Gomes, A. M. T. (2007). Do discurso às Formações Ideológica e Imaginária: Análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(4), 555-562.
- Gomes, R., Leal, A. F., Knauth, D., & Silva, G. S. N. (2012). Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2589-2596.
- Gomes, R., Moreira, M. C. N., Nascimento, E. F., Rebello, L. E. F. S., Couto, M. T., & Schraiber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 983-992.
- Guilhaumou, J., Maldidier, D. & Robin, R. (2016). Efeitos do arquivo. In: _____. *Discurso e Arquivo* (pp.115-140). Campinas: Editora Unicamp.
- Knauth, D. R., Couto, M. T., & Figueiredo, W. S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2617-2626.
- Kuhnen, T. (2013). É possível dizer algo novo sobre essencialismo de gênero? *Revista Estudos Feministas*, 21(1), 409-412.

- Lago, M. C. S., & Muller, R. C. F. (2011). O sujeito universal do cuidado no SUS: gênero, corpo e saúde nas falas de profissionais e usuários do Hospital Universitário - Florianópolis, Santa Catarina. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M. R. *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros*. Porto Alegre: EdUPUCRS, 279-302.
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Paiva, R., Carvalho, L., Amorim, A. K. M. A., & França, A. (2016). Sentidos da Saúde numa Perspectiva de Gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 341-353.
- Lima, F. A. C., Medeiros, J. T., Franco, T. B., & Jorge, M. S. B. (2018). Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 29-41.
- Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N., Schraiber, L. B., Gomes, R., Figueiredo, W. S., Valença, O. A. V., & Pinheiro, T. F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: um estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(11), 4503-4512.
- Marques, A. M. (2010). Gênero e Saúde: uma relação ainda oculta. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M. R. (Orgs.). *Gênero & saúde: diálogos ibero-brasileiros* (pp. 35-58). Porto Alegre: Edipucrs.
- Martins, A. M., & Malamut, B. S. (2013). Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 429-440.
- Martins, A. M., & Modena, C. M. (2016). Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 399-420.

- Moreira, R. L. S. F., Fontes, W. D., & Barboza, T. M. (2014). Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(4), 615-621.
- Orlandi, E. P. (2013). *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes.
- Pêcheux, M. (2014). *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Unicamp.
- Pêcheux, M., & Fuchs, C. (1997). A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. In: F. Gadet, & T. Hak (Orgs.). *Por uma análise automática do discurso* (pp. 163-252). Campinas: Unicamp.
- Pires, V. L., & Sobral, A. U. (2013). Implicações do estatuto ontológico do sujeito na teoria discursiva do Círculo Bakhtin, Medvedev, Voloshínov. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*, 8(1), 205-219.
- Schraiber, L. B. (2012). Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2635-2644.
- Souza, L. E. P. F. (2009). O SUS necessário e o SUS possível: gestão – uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva* 14(3), 911-918.
- Storino, L. P., Souza, K. V., & Silva, K. L. (2013). Necessidades da saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(4), 638-45.
- Toneli, M. J. F., & Muller, R. C. F. (2011). A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia do gênero nos significados de saúde/ doença em Florianópolis/SC. In: Trindade, Z. T., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. *Masculinidades e Práticas de Saúde*. Vitória: GM Editora, 79-97.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Os Estudos 1 e 2 realizados possibilitaram a compreensão das Formações Discursivas de gênero relativos aos cuidados em saúde de mulheres e homens internados em uma instituição hospitalar. A partir dos resultados considerou-se o contexto da saúde enquanto espaço (discursivo) interpelado por discursos e relações de gênero (logo, de poder) que corroboram para a manutenção de estereótipos e desigualdades de gênero nesse espaço.

Pode-se assinalar, conclusivamente, que os dados encontrados acompanham a tendência dos estudos já realizados, especialmente no modo como as posições discursivas conformam os sentidos que os entrevistados constroem em relação à saúde. Percebe-se, pelas filiações de sentidos construídos, marcas ideológicas e de relações de poder que constituem e são constituintes dos sujeitos a despeito de suas vontades e escolhas e que prescrevem maneiras de performatizar sua identidade de gênero de forma restritiva, segundo códigos de conduta em consonância com as normas de feminilidade e masculinidade. Assim, essas normas regulatórias são reiteradas e assumem o efeito de normalidade.

Ao reproduzirem em suas falas a naturalização da forma como mulheres e homens devem se relacionar com o sistema de saúde (através, por exemplo, da suposta predisposição feminina à fragilidade, vulnerabilidade frente ao adoecimento e necessidade de maiores cuidados; bem como a recusa a vulnerabilidade dos corpos masculinos, gerando resistência à busca por auxílio médico e dificuldade de compreensão da importância das atividades preventivas), as inferências contidas nos estudos 1 e 2 apontaram que as construções sociais à respeito de *ser mulher* e *ser homem* podem cercear o acesso desses sujeitos aos serviços de saúde, invisibilizar suas demandas, bem como limitar ou normatizar o exercício do autocuidado, respondendo às expectativas sociais do que se é esperado a cada um dos gêneros. Sendo assim, torna-se possível associar a procura por serviços de

saúde por parte de homens e mulheres enquanto formas de responder aos modelos hegemônicos de masculinidade e feminilidade.

Problematiza-se aqui a importância da desconstrução dos estereótipos de gênero nos espaços de saúde, entendendo que esse conjunto de representações tem implicações para a gestão e rotina dos serviços, bem como nas relações entre profissionais e usuários. No entanto, para a superação desse conjunto de barreiras sociais e institucionais faz-se essencial a discussão a respeito das políticas públicas de saúde (dentre elas a PNAISM e a PNAISH) enquanto instrumentos que podem contribuir na organização de modelos assistenciais e de práticas de cuidado que reconheçam e contemplem as questões subjetivas e sociais de cada indivíduo, promovendo melhorias no atendimento.

O desconhecimento da amplitude das temáticas de gênero vem tornando muitas demandas, de homens e mulheres, invisíveis, amparado em noções de corpos fabricados por práticas e normas sociais regulatórias. Sendo assim, esse trabalho se configura enquanto um convite a *(re)existência* de práticas de cuidado e de pesquisa que abordem o determinante de gênero enquanto constituinte dos sujeitos e de suas práticas. Enfatiza-se, com isso, a urgência de se olhar para a temática da saúde de mulheres e homens de forma crítica e articulada com o contexto sociohistórico em que esses sujeitos estão inseridos.

Ademais, através da exposição dos mecanismos de produção de sentidos utilizados, compreendeu-se a linguagem enquanto ferramenta de construção e organização de práticas sociais, dentre elas, as relacionadas ao exercício de autocuidado e recebimento de cuidados. Destaca-se também que as possibilidades de produção dos sentidos não se restringem apenas ao que é dito, mas se estendem à toda materialidade linguística que faça sentido, como por exemplo, os modos

de organização das instituições de saúde, pautados em relação de poder que viabilizam ou limitam as possibilidades discursivas de seus membros de acordo com a posição discursiva que ocupam.

Faz-se importante ressaltar que a presente pesquisa não objetivou a exaustividade em relação ao objeto empírico, haja vista que o mesmo é considerado inesgotável pelo fato de todo discurso se estabelecer em relação a outros anteriores que os sustentam. Sendo assim, isto não diz respeito à análise em questão, mas sim ao entendimento de que todo discurso é parte constituinte de um processo discursivo mais amplo e, tanto as sequências discursivas utilizadas para análise, assim como os gestos de interpretação, fazem parte da construção do dispositivo teórico do analista do discurso.

Consideram-se, ainda, as limitações destes estudos, visto que eles correspondem a uma amostra localizada em enfermarias específicas de uma instituição hospitalar, portanto a inserção de diferentes perspectivas (por exemplo: outras instituições, enfermarias, usuários, profissionais e gestores) torna-se interessante para uma visão mais integrada desse contexto. Para além da exploração de diferentes posições discursivas constituintes do campo da saúde, outro fator importante a ser investigado em estudos posteriores é a interseccionalidade, entendendo que apontar outras dimensões sociais que influenciam o processo saúde-doença (como raça/etnia e classe social) auxiliaria em uma compreensão mais abrangente do mesmo e da constituição dos sentidos produzidos.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- Aquino, E. M. L. (2006). Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40 (número especial), 121-132.
- Araújo, M. F., Schraiber, L. B., & Cohen, D. D. (2011). Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 15(38), 805-818.
- Araújo, M. J. O. (2015). Modelos de atenção à saúde mental das mulheres: linhas de cuidado na perspectiva dos direitos humanos, gênero e integralidade na saúde. In Negrão, T., Vargas, R., & Rodrigues, L. P. (Orgs.). *Saúde Mental e Gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado* (pp. 55-76). Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural.
- Arilha, M. (2010). *Nações Unidas, população e gênero: homens em perspectiva*. Jundiaí: Editora in House.
- Barbosa, C. J. L. (2014). Saúde do Homem na Atenção Primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. *Revista saúde e Desenvolvimento*, 6(3), 99-114.
- Bedrikow, R., & Campos G. W. S. (2011) Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista Associação Médica Brasileira*, 57(6), 610-613.
- Bertolini, D. N. P., & Simonetti J. P. (2014). O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(4), 722-727.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Botton, A., Cúnico, S. D., & Strey M. N. (2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde* 25(1), 67-72.

- Brasil, Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF.
- Butler, J. (2015). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cadona, E., & Strey, M. N. (2014). A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. *Revista Estudos Feministas*, 22(2), 477-499.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto enfermagem*, 15(4), 679-684.
- Carrara, S., Russo, J. A., & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis [online]* 19(3), 659-678.
- Cavalcanti, J. R. D., Ferreira, J. A. F., Henriques, A. H. B., Moraes, G. S. N., Trigueiro, J. V. D., & Torquato, I. M. B. (2014). Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(4), 628-634.
- Costa-Júnior, F. M., Couto, M. T., & Maia, A. C. B. (2016). Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 23, 97-117.
- Couto, M. T., & Dantas, S. M. V. (2016). Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. *Saúde e Sociedade*, 25(4), 857-868.

- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B., & Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270.
- Ferraz, D., & Kraiczyk, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82.
- Figueiredo, W. S., & Schraiber, L. B. (2011). Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 16(2), 935-944.
- Gomes, A. M. T. (2007). Do discurso às Formações Ideológica e Imaginária: Análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(4), 555-562.
- Gomes, R., Leal, A. F., Knauth, D., & Silva, G. S. N. (2012). Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2589-2596.
- Gomes, R., Moreira, M. C. N., Nascimento, E. F., Rebello, L. E. F. S., Couto, M. T., & Schraiber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 983-992.
- Guilhaumou, J., Maldidier, D. & Robin, R. (2016). Efeitos do arquivo. In: _____. *Discurso e Arquivo* (pp.115-140). Campinas: Editora Unicamp.
- Knauth, D. R., Couto, M. T., & Figueiredo, W. S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2617-2626.

- Kuhnen, T. (2013). É possível dizer algo novo sobre essencialismo de gênero? *Revista Estudos Feministas*, 21(1), 409-412.
- Lago, M. C. S., & Muller, R. C. F. (2011). O sujeito universal do cuidado no SUS: gênero, corpo e saúde nas falas de profissionais e usuários do Hospital Universitário - Florianópolis, Santa Catarina. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M. R. *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 279-302.
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Paiva, R., Carvalho, L., Amorim, A. K. M. A., & França, A. (2016). Sentidos da Saúde numa Perspectiva de Gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 341-353.
- Lima, F. A. C., Medeiros, J. T., Franco, T. B., & Jorge, M. S. B. (2018). Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 29-41.
- Louro, G. L. (2003). *Gênero, Sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N., Schraiber, L. B., Gomes, R., Figueiredo, W. S., Valença, O. A. V., & Pinheiro, T. F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: um estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(11), 4503-4512.
- Marques, A. M. (2010). Gênero e Saúde: uma relação ainda oculta. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M. R. (Orgs.). *Gênero & saúde: diálogos ibero-brasileiros* (pp. 35-58). Porto Alegre: Edipucrs.
- Martins, A. M., & Malamut, B. S. (2013). Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 429-440.

- Martins, A. M., & Modena, C. M. (2016). Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 399-420.
- Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., Almeida, S. S. L., & Modena, C. M. (2012). Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(2), 74-87.
- Moreira, R. L. S. F., Fontes, W. D., & Barboza, T. M. (2014). Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(4), 615-621.
- Motta, J. I. J. (2016). Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Debate*, 40, 73-86.
- Orlandi, E. P. (2013) *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes.
- Pêcheux, M. (2014). *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Unicamp.
- Pêcheux, M., & Fuchs, C. (1997). A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. In: F. Gadet, & T. Hak (Orgs.). *Por uma análise automática do discurso* (pp. 163-252). Campinas: Unicamp.
- Pires, V. L., & Sobral, A. U. (2013). Implicações do estatuto ontológico do sujeito na teoria discursiva do Círculo Bakhtin, Medvedev, Voloshínov. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*, 8(1), 205-219.
- Rohden, F. (2011). O homem é mesmo a sua testosterona: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, 35(17), 161-196.
- Rodrigues, T. F. (2015). Desigualdade de gênero e saúde: avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher. *Revista Cantareira*, 22, 203-216.

- Russo, J. A., Rohden, F., Torres, I., & Faro, L. (2009). O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 617-636.
- Schraiber, L. B. (2012). Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2635-2644.
- Schwengber, M. S., & Meyer, D. E. Gravidez. (2015). In Colling, A. M. & Tedeschi, L. A. (Orgs.). *Dicionário Crítico de Gênero* (pp. 316-319). Dourados: UFGD.
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering health equity: a review of research and policy. In: Sen, G., George, A., & Östlin, P. (Orgs.). *Engendering International Health: the challenge of equity* (pp. 1-34). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Silva, L. C. (2009). *O Cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica*. Maringá: UEM.
- Souto, K. M. B. (2008). A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, 10(22), 161-182.
- Souza, L. E. P. F. (2009). O SUS necessário e o SUS possível: gestão – uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva* 14(3), 911-918.
- Souza, L. L., Peres, W. S., & Araújo, D. B. (2015). Problematizações de gênero no campo da enfermagem: diálogos com feminismos e a teoria queer. *Revista NUPEM*, 7(13), 121-142.
- Strey, M. N., & Pulcherio, G. (2010). As tramas de gênero na saúde. In: Strey, M. N., Nogueira, C., & Azambuja, M. R. (Orgs.). *Gênero e Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros* (pp. 11-33). Porto Alegre: Edipucrs.
- Storino, L. P., Souza, K. V., & Silva, K. L. (2013). Necessidades da saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(4), 638-45.

- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: ArtMed.
- Toneli, M. J. F., & Muller, R. C. F. (2011). A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia do gênero nos significados de saúde/ doença em Florianópolis/SC. In: Trindade, Z. T., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. *Masculinidades e Práticas de Saúde*. Vitória: GM Editora, 79-97.
- Toneli, M. J. F., Souza, M. G. C., & Müller, R. C. F. (2010). Masculinidades e Práticas de Saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 973-994.
- Villela, W., Monteiro, S., & Vargas, E. (2009). A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 997-1006.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Análise do Discurso de gênero no contexto hospitalar: perspectivas dos pacientes

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “Análise do Discurso de gênero no contexto hospitalar: perspectivas dos pacientes” por estar internado nas enfermarias de Ginecologia/Obstetrícia ou Urologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender como são formulados os discursos de gênero relativos aos cuidados em saúde de pacientes internados nas enfermarias de ginecologia/obstetrícia e urologia em uma instituição hospitalar. Caso você aceite participar, será necessário responder algumas perguntas em uma entrevista a respeito de seus cuidados em saúde e sua percepção dos mesmos e dos profissionais e, caso esteja de acordo, a entrevista será audiogravada. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para uma melhor compreensão do universo masculino e feminino em relação aos cuidados em saúde alicerçados pelas questões de gênero, podendo favorecer a oferta de programas e serviços mais condizentes com as demandas e necessidades dessas populações. Fazer esse mapeamento sobre como as questões de gênero influenciam nos cuidados em saúde, junto a outras produções na área, podem vir a auxiliar para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde que levem essas questões em consideração, sendo possível uma reflexão que pode contribuir para o planejamento de intervenções em saúde de modo geral.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento no Hospital de Clínicas da UFTM. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318.5929 – (34) 3313.2203

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.

Apêndice B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

(A) Caracterização dos participantes:

Nome:

Idade:

Profissão:

Sexo Designado/Biológico:

Gênero (reconhecido):

Enfermaria:

Diagnóstico (prontuário):

Tempo de internação:

Estado Civil:

Filhos:

Escolaridade:

Renda Individual/Familiar:

(B) Conceitos de saúde e gênero:

- 1- O que é saúde para você? / O que você considera ser uma pessoa saudável?
- 2- Você se considera uma pessoa saudável?
- 3- Quais são os cuidados mais recorrentes que você tem com a sua saúde?
- 4- O que você considera ser prejudicial para a saúde?
- 5- Quais profissionais de saúde você costuma procurar? Por quais motivos?
- 6- Você considera que existem diferenças no modo como homens e mulheres cuidam da saúde? Quais?
- 7- Já participou ou ouviu falar de algum programa educativo/campanha/ações para a saúde da mulher/homem? (UBS, postinho, hospital)

(C) Sobre a intenção:

- 8- Porquê da escolha pela intenção no hospital escola (HC-UFTM)?
- 9- Qual o motivo da sua internação?
- 10- Qual foi sua trajetória até a chegada no hospital? (Primeiros sintomas, se procurou algum profissional antes, encaminhamentos)
- 11- Quais exames foram realizados?

- 12- Qual/quais profissional/is realizou/aram esses exames? Qual o sexo do profissional que realizou?
- 13- Como você se sentiu ao realizar esses exames?
- 14- Como é para você seguir as recomendações médicas? Você acredita que tenha diferença para homens e mulheres em seguir as recomendações?
- 15- Como tem sido sua comunicação com os profissionais?
- 16- Como está sendo para você se adaptar à rotina do hospital?
- 17- Tem algum acompanhante com você?

(D) Sobre os profissionais e serviços de saúde?

- 18- Quando em atendimento você tem preferência por profissionais homens ou mulheres?
- 19- Você já realizou alguma consulta/intervenção em saúde/procedimento médico em que o fato do profissional ser homem ou mulher foi um problema? Porque?
- 20- Você já deixou de realizar alguma consulta/intervenção em saúde/procedimento médico pelo fato do profissional ser homem ou mulher, principalmente quando é necessário que esse profissional toque diretamente seu corpo? Porque?
- 21- Você considera ser importante o sexo do profissional que realiza uma consulta/intervenção em saúde/procedimento médico? Porque?
- 22- Você já expressou sua opinião sobre o sexo do profissional que realiza as consultas/intervenções? Alguém no hospital já realizou essa pergunta para você?
- 23- Pensando no fato de você ser uma/um mulher/homem, quais cuidados mais específicos você acha importante que os serviços de saúde tenham com você?
- 24- Você acredita que o fato de você ser homem/mulher influencia na forma como você é tratado pelos profissionais de saúde?
- 25- Você considera importante que homens e mulheres recebam cuidados diferenciados pelos profissionais e serviços de saúde no período de internação? Quais?
- 26- Você acha que o sexo do profissional muda a forma como ele atende o paciente?
- 27- Existe algo que você gostaria de acrescentar que não foi abordado, ou foi abordado de modo insuficiente nessa entrevista?