

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESIGN  
NÍVEL MESTRADO**

**MARINA ORESTES BLUM**

**DESIGN E TECNOLOGIA PARA A SAÚDE  
Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento  
de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada**

**Porto Alegre  
2023**

MARINA ORESTES BLUM

**DESIGN E TECNOLOGIA PARA A SAÚDE**

**Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento  
de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Design, pelo Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Karine de Mello Freire

Porto Alegre

2023

B658d Blum, Marina Orestes.  
Design e tecnologia para a saúde : ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada / Marina Orestes Blum. – 2023.  
140 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Design, 2023.

“Orientadora: Profa. Dra. Karine de Mello Freire”

1. Design estratégico feminista. 2. Tecnologias sociais. 3. Saúde humanizada. I. Título.

CDU 7.05

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecária: Silvana Dornelles Studzinski – CRB 10/2524)

MARINA ORESTES BLUM

**DESIGN E TECNOLOGIA PARA A SAÚDE**  
**Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento**  
**de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Design, pelo Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Aprovado em 10 de abril de 2023

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Karine de Mello Freire - UNISINOS

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Prof Dr. Ka Guilherme Englert Correa Meyer - UNISINOS

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Gheysa Caroline Prado - UFPR

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

## **AGRADECIMENTOS À UNISINOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), na modalidade de bolsa de estudos de apoio à Ciência, Tecnologia, Inovação e Empreendedorismo (CTIE).

Dedico a todas as pessoas que já sentiram na pele as consequências dos sistemas que as excluem, as oprimem e as silenciam da sociedade. Seguimos juntas na busca por um mundo mais justo.

## AGRADECIMENTOS

O encerramento de um ciclo de mais de dois anos de um processo de muita transformação pessoal merece agradecimentos também especiais para todas as pessoas que me acolheram, que me respeitaram e que foram corresponsáveis por essa transformação. Um processo que, com certeza, ficou marcado em mim. Por isso, quero deixar pra sempre marcado aqui e na memória a gratidão e o orgulho que sinto ao dizer pro mundo que estou realizada com o que foi construído e com quem estive ao meu redor acreditando que eu era capaz de sonhar e de realizar essa pesquisa.

Agradeço ao Henrique que foi incansável e incondicional com o seu amor, com o seu apoio e com o seu incentivo para estar ao meu lado em todos os momentos, dos mais simples aos que pareciam mais impossíveis de atravessar. Agradeço por acreditar em mim mais do que eu mesma acreditei e por priorizar meus estudos toda vez que precisamos tomar decisões em conjunto. Embora seja uma jornada solitária, nunca me senti sozinha, sempre tive as melhores e mais inspiradoras pessoas possíveis ao meu lado. Desde o primeiro dia, Mariella estava lá, e estive em cada dia que se passou desde então com afeto, com entrega e com disponibilidade. Nos conectamos como almas se reencontrando, compartilhamos pensamentos, anseios e inseguranças e fomos o suporte que a outra precisou em diversos momentos. Agradeço por fazer toda a diferença e por me aproximar de outras pessoas incríveis que fizeram toda a diferença também.

Angelix, Daniele, Kalvin e Mariella foram meu espaço seguro e estiveram comigo inspirando minha transformação com suas qualidades únicas. Angelix me inspirou com sua inteligência e confiança, e acompanhar sua pesquisa impactou ao me fazer sentir orgulho de como me posicionei como pesquisadora. Daniele me inspirou em dar o meu melhor em tudo que se propõe a fazer, e acompanhar sua pesquisa me motivou a conciliar responsabilidades e ter disciplina e compromisso para cumprir com elas. Kalvin me inspirou com sua impecabilidade em tangibilizar suas decisões de projeto, e acompanhar sua pesquisa me ajudou na minha busca por excelência com humildade e sabedoria. Mariella me inspirou com seu encantamento que toca com profundidade e autenticidade pela sua subjetividade e qualidade artística, e acompanhar sua pesquisa me fez querer propor uma pesquisa autêntica e valorizar a minha trajetória percorrida.

Trajetória essa que me transformou demais, com um estudo que eu amei realizar e que preciso agradecer pela orientação amorosa e cheia de afeto de Karine Freire e por todo o auxílio, apoio, dedicação e oportunidades que ela me ofereceu desde o início. Junto com suas orientandas ativistas delicadas me inspiraram a me desenvolver como pesquisadora, através das lentes feministas. E pensar que tudo começou com Cristina e Helena, pessoas que me inspiraram com suas perspectivas posicionadas e me convidaram para escrever o primeiro artigo do mestrado, e que mudou toda essa trajetória. Sou muito grata por cada troca e por terem movimentado a minha pesquisa sendo o ponto de partida para todo esse processo incrível de transformação.

Finalizando os agradecimentos, impossível não pensar nas amigadas que me acompanham desde antes, ajudando da melhor maneira possível nos erros e acertos, e que estiveram presentes em todas as minhas escolhas. Elas sabem que fizeram e fazem a diferença na minha vida. Agradeço minha família que me educou da melhor maneira possível, que sempre esteve presente acreditando em mim com todas as forças. Em especial, minha avó Sirlei, quem me oportunizou acesso aos ensinamentos de qualidade e é a maior incentivadora dos meus estudos, e a quem eu dedico tudo que eu fizer de bom para a sociedade. Com muito orgulho, finalizo essa trajetória que diz muito sobre cada pessoa citada, mas diz muito sobre quem eu me tornei, e como eu escolho me posicionar daqui em diante. Se eu puder impactar uma pessoa, que se transformará assim como eu, com certeza meu objetivo foi atingido.



## RESUMO

Posicionado em lentes feministas, o estudo envolve uma revisão teórica que explora perspectivas interseccionais e novos olhares para design estratégico, tecnologias sociais e saúde humanizada. Mesmo sendo potenciais aliadas, essa abordagem do design ainda é insuficiente na construção de capacidades funcionais para a ação projetual estratégica contemporânea. Enquanto tecnologias sociais e saúde humanizada sofrem com a falta de visibilidade, o design estratégico falha quando visibiliza os interesses do mercado, e não da sociedade. Mas, através desses novos olhares, implicações teóricas e práticas podem orientar a construção de capacidades feministas para o design estratégico. Capacidades de escutar, recriar e compartilhar descentralizam perspectivas que têm estado no centro para descobrir as perspectivas ocultadas na sociedade. Ações que ajudam designers a se distanciarem de privilégios sociais e se aproximarem de opressões enfrentadas por pessoas marginalizadas, como ponto de partida para propor soluções tecnológicas para a saúde. São novas formas de sentir, pensar e fazer design que, além de dar visibilidade para as tecnologias sociais e para a saúde humanizada, rompendo com sistemas de opressão dominantes, evitando, assim, que mais designers recaiam em práticas excludentes. As implicações teóricas e práticas das capacidades feministas de escutar, recriar e compartilhar estruturam uma metodologia feminista para a ação projetual estratégica e uma ferramenta de design estratégico para facilitar o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada. Para aplicação, são recomendadas dez práticas: roda de posicionalidade, perspectivas interseccionais, histórias de vida e reflexão de escutar, exercitadas na primeira capacidade; análise temática, mapas conceituais e reflexão de recriar, exercitadas na segunda; e jornada das pessoas usuárias, sequenciador de funcionalidades e reflexão de compartilhar, exercitadas na terceira. Como resultado, é apresentado um exemplo de aplicação individual da ferramenta, simulando a ação projetual estratégica a partir da questão de pesquisa, entendendo que ela pode ser utilizada em futuros estudos de design e tecnologia, seja no contexto da saúde ou em outros âmbitos.

**Palavras-chave:** Design Estratégico Feminista; Tecnologias Sociais; Saúde Humanizada

## ABSTRACT

Positioned within feminist lenses, the study involves a theoretical review that explores intersectional perspectives and new point of view for strategic design, social technologies, and humanized health. Even though being potential to be allies, strategic design approach is still insufficient in building functional capacities for contemporary strategic project action. While social technologies and humanized health suffer from lack of visibility, strategic design fails when highlights market interests rather than society. However, through these new perspectives, theoretical and practical implications can guide to building feminist capacities for strategic design. Capabilities to hearken, recreate, and share to decentralize perspectives that have been at the center to discover hidden perspectives in society. Actions that help designers distance themselves from social privileges and approach the oppressions faced by marginalized people, as a starting point for proposing technological solutions for health. There are new ways of feeling, thinking, and doing design that, in addition to giving visibility to both social technologies and humanized health, breaking with dominant systems of oppression, thus avoiding more designers from falling into exclusionary practices. The theoretical and practical implications guide the methodology and a strategic design tool to facilitate the development of social technologies centered on humanized health. The tool contains ten practices to exercise feminist capacities individually or collectively during strategic design action, namely: positionality wheel, intersectional perspectives, life stories, and reflection of hearkening, exercised in the first; thematic analysis, conceptual maps and reflection of recreation, exercised in the second; and user journey, functionality sequencer and reflection of sharing, exercised in the third. As a result, an example of individual application of the tool is presented, simulating strategic design action from the research problem, understanding that it can be used in future studies of design and technology, whether in the context of health or in other areas.

**Keywords:** Feminist Strategic Design; Social Technologies; Humanized Health

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1 – Estrutura do estudo .....  | 14  |
| Figura 2 – Perspectivas interseccionais .....                                       | 23  |
| Figura 3 – Inter-relação de privilégio, dominação e opressão .....                  | 25  |
| Figura 4 – Capacidades feministas para operação metodológica e postura ética.....   | 28  |
| Figura 5 – Pilares do design estratégico .....                                      | 33  |
| Figura 6 – Capacidades funcionais para a ação projetual estratégica .....           | 37  |
| Figura 7 – Implicações feministas para o design estratégico .....                   | 39  |
| Figura 8 – Implicações feministas para as áreas de design, tecnologia e saúde ..... | 52  |
| Figura 9 – Metodologia feminista para a ação projetual estratégica .....            | 54  |
| Figura 10 – Roda de posicionalidade .....   | 56  |
| Figura 11 – Perspectivas interseccionais .....                                      | 58  |
| Figura 12 – Reflexão de escutar .....   | 61  |
| Figura 13 – Capacidade feminista de recriar.....                                    | 64  |
| Figura 14 – Sequenciador de funcionalidades .....                                   | 66  |
| Figura 15 – Capacidade feminista de partilhar .....                                 | 67  |
| Figura 16 – Ferramenta de design estratégico.....                                   | 70  |
| Figura 17 – Práticas da capacidade de escutar .....                                 | 71  |
| Figura 18 – Resultado da roda de posicionalidade .....                              | 72  |
| Figura 19 – Resultado do mapa das perspectivas interseccionais.....                 | 73  |
| Figura 20 – Resultado das histórias de vida .....                                   | 75  |
| Figura 21 – Resultado da reflexão de escutar.....                                   | 76  |
| Figura 22 – Práticas da capacidade de recriar .....                                 | 81  |
| Figura 23 – Resultado da análise temática .....                                     | 82  |
| Figura 24 – Resultado dos mapas conceituais.....                                    | 93  |
| Figura 25 – Resultado da reflexão de recriar .....                                  | 94  |
| Figura 26 – Práticas da capacidade de partilhar .....                               | 96  |
| Figura 27 – Resultado da jornada das pessoas usuárias.....                          | 97  |
| Figura 28 – Resultado do sequenciador de funcionalidades.....                       | 102 |
| Figura 29 – Resultado da reflexão de partilhar.....                                 | 104 |

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>12</b>  |
| 1.1 Questão de pesquisa .....  | 13         |
| 1.2 Definição dos objetivos .....                                    | 13         |
| 1.2.1 Objetivo geral .....   | 13         |
| 1.2.2 Objetivos específicos.....                                     | 13         |
| 1.3 Estrutura do estudo .....  | 14         |
| 1.4 Justificativa.....   | 17         |
| <b>2 REVISÃO TEÓRICA .....</b>                                       | <b>20</b>  |
| 2.1 Lentes feministas para pesquisas e práticas .....                | 20         |
| 2.1.1 Design estratégico por um olhar feminista .....                | 32         |
| 2.1.2 Tecnologias sociais por um olhar feminista.....                | 41         |
| 2.1.3 Saúde humanizada por um olhar feminista .....                  | 44         |
| <b>3 METODOLOGIA .....</b>   | <b>54</b>  |
| 3.2 Metodologia feminista.....                                       | 54         |
| 3.2.1 Capacidade de escutar.....                                     | 56         |
| 3.2.2 Capacidade de recriar .....                                    | 62         |
| 3.2.3 Compartilhar.....  | 65         |
| <b>4 DISCUSSÃO E RESULTADOS .....</b>                                | <b>70</b>  |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                  | <b>107</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>111</b> |
| <b>ANEXO A – RELATO DE PALESTRA DE MÉDICA DO SUS .....</b>           | <b>118</b> |
| <b>APÊNDICE A – APLICAÇÃO DA FERRAMENTA DE DESIGN ESTRATÉGICO .</b>  | <b>123</b> |
| <b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b> | <b>124</b> |
| <b>APÊNDICE C – HISTÓRIAS DE VIDA .....</b>                          | <b>126</b> |
| Mulher cis, bissexual, branca, de classe baixa.....                  | 126        |
| Mulher cis, bissexual, branca, de classe média-baixa.....            | 128        |
| Mulher cis, bissexual, branca, de classe média, mãe .....            | 130        |
| Homem trans, heterossexual, branco, de classe baixa .....            | 133        |
| Mulher cis, heterossexual, branca, de classe baixa .....             | 136        |
| Mulher cis, heterossexual, preta, de classe média-baixa, mãe .....   | 137        |
| <b>APÊNDICE D – DESIGN CRITIQUE .....</b>                            | <b>140</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Design estratégico, tecnologias sociais e saúde humanizada são abordagens que podem promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Quando aliadas, designers têm a oportunidade de orientar o desenvolvimento de soluções tecnológicas para a saúde, através de suas capacidades funcionais para a ação projetual estratégica. Uma oportunidade para contribuir com os interesses da sociedade, melhorando a qualidade de vida das pessoas, impactando a economia e impulsionando a ciência. No entanto, muitas pesquisas e práticas em design estratégico têm a tendência de recair em perspectivas objetivistas que excluem uma parcela significativa de pessoas, visibilizando soluções movidas por interesses do mercado, e não da sociedade.

Essa tendência também é um reflexo dos sistemas de opressão como estrutura social que perpetua desigualdades sistêmicas, ao privilegiar pessoas e marginalizar outras com discriminação social. Definidas como "minorias sociais", são minorizadas não por estarem em menor número, mas pela recusa de pessoas em as inserir na sociedade, com base em diferenças de sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, raça, classe social, entre outras. Uma recusa que parte de pessoas com privilégios sociais, majoritariamente do gênero masculino, mas também do feminino, cisgêneras, heterossexuais, brancas, e de classes média-alta.

Um problema estrutural que reflete nas pesquisas e práticas em design estratégico, conduzidas na grande maioria, por pessoas com esses privilégios sociais. Como consequência, perspectivas interseccionais<sup>1</sup> são desconsideradas com frequência na ação projetual estratégica, e soluções tecnológicas de saúde são centradas nas perspectivas de privilégio. Inconscientemente, ou não, ciclos dos sistemas de opressão se repetem e são fortalecidos, invisibilizando abordagens aliadas que consideram pessoas marginalizadas, como as tecnologias sociais e a saúde humanizada. Faz-se emergente explorar novos olhares através de uma lente de pesquisa e prática acolhedora, integradora e holística que capacite designers como agentes de transformação e rompam com esses ciclos.

---

<sup>1</sup> Perspectivas interseccionais: inter-relação das diferentes perspectivas de privilégio e de opressão que as pessoas enfrentam a partir de diferenças em sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, raça, etnia, classe social, escolaridade, idade, nacionalidade, religião, habilidades, entre outras perspectivas.

Nesta direção, posiciono lentes feministas, entendendo que elas têm o poder de transformar as pesquisas e práticas, por meio de críticas. São críticas que visam descobrir o que esteve encoberto na sociedade e promover perspectivas subjetivas para construir essas capacidades que habilitem designers a descentralizar as perspectivas sociais que sempre estiveram no centro e centralizar as que estão às margens da sociedade. Críticas a princípios filosóficos, políticos e sociais imputados por esses sistemas de opressão, que exploro a partir da questão de pesquisa, definição dos objetivos, estrutura do estudo e justificativa a seguir.

## **1.1 Questão de pesquisa**

De que forma as lentes feministas podem orientar o design estratégico no desenvolvimento de tecnologias para a saúde, a partir de uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considere diferentes perspectivas sociais?

## **1.2 Definição dos objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Como resultado, aspiro tangibilizar uma ferramenta de design estratégico para facilitar o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada das pessoas marginalizadas.

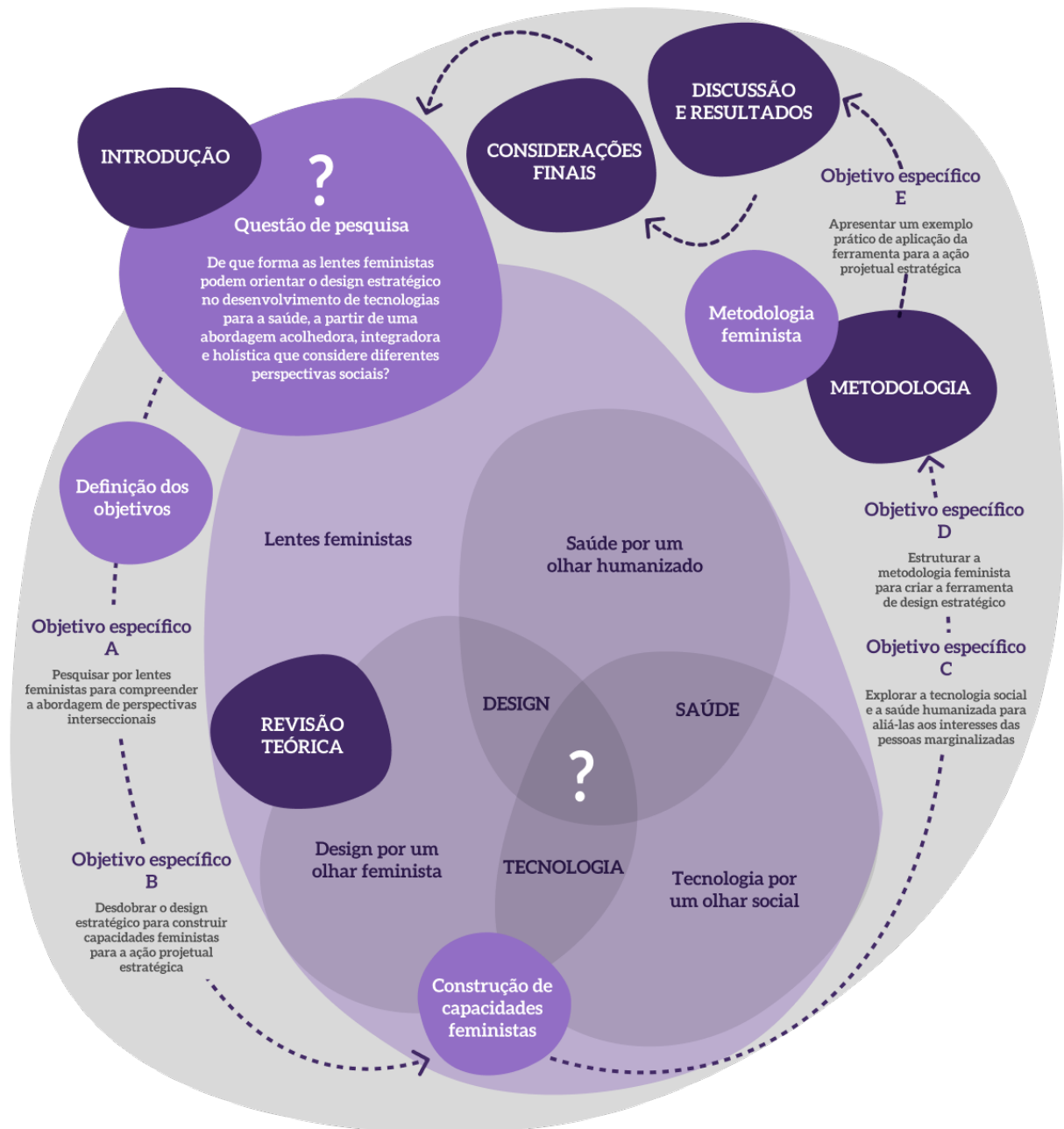
### **1.2.2 Objetivos específicos**

- a) Pesquisar por lentes feministas para compreender a abordagem de perspectivas interseccionais;
- b) Desdobrar o design estratégico para construir capacidades feministas para a ação projetual estratégica;
- c) Explorar a tecnologia social e a saúde humanizada para aliá-las aos interesses das pessoas marginalizadas;
- d) Estruturar a metodologia feminista para criar a ferramenta de design estratégico; e
- e) Apresentar um exemplo prático de aplicação da ferramenta para a ação projetual estratégica.

### 1.3 Estrutura do estudo

Para atender ao objetivo geral e aos objetivos específicos, exploro as áreas de design, tecnologia e saúde através de lentes feministas como alicerce de toda estrutura do estudo, a qual apresento na Figura 1 e desdubro a seguir.

Figura 1 – Estrutura do estudo



Fonte: Elaborada pela autora

A estrutura do estudo possui cinco capítulos: (1) introdução; (2) revisão teórica; (3) metodologia; (4) discussão e resultados; e (5) considerações finais, seguidos das referências, anexo e apêndices. No primeiro capítulo de introdução, contextualizo as pessoas leitoras sobre a oportunidade de posicionar lentes feministas para transformar as pesquisas e práticas através de uma abordagem acolhedora, integradora e holística. Posicionamento que orienta a questão de pesquisa, a definição dos objetivos geral e específicos, a estrutura do estudo, a justificativa e os demais capítulos.

No segundo capítulo de revisão teórica, posiciono a pesquisa nessas lentes feministas para compreender a abordagem de perspectivas interseccionais, atendendo ao objetivo específico A. Entendo que o sexo biológico não é a única perspectiva que define o destino de uma pessoa e os interesses emancipatórios do movimento feminista, mas sim a inter-relação das suas diversas camadas de identidade. Aprofundo-me nas visões de hooks (2019) para mergulhar na abordagem de perspectivas interseccionais como premissa para elaborar críticas feministas. Críticas que expõem privilégios no próprio movimento, o qual costuma ser acadêmico, branco, de classe média, desigual e heteronormativo, além de recair no binarismo de gênero de mulher *versus* homem e de feminino *versus* masculino.

Amplio, assim, as discussões para além do gênero, compreendendo que as perspectivas interseccionais evidenciam diferentes perspectivas sociais. Além de reconhecer a complexidade e a subjetividade das camadas de identidades, elucida os impactos da inter-relação de privilégio, dominação e opressão na sociedade. É uma forma das pessoas pesquisadoras desenvolverem um senso de responsabilidade em pesquisas que envolvem diferentes experiências, identidades e perspectivas. As pessoas são moldadas pela sobreposição dessas camadas, e não devem ser reduzidas a uma única perspectiva social (CRENSHAW, 1989).

Além disso, também identifico esse senso de responsabilidade no verbiário político e poético de Diniz e Gebara (2022), autoras que exploram lentes feministas com o objetivo de ressignificar um sentido feminista para doze verbos: escutar; imaginar; aproximar; recriar; lembrar; reparar; compartilhar; celebrar; desobedecer; falar; perguntar; e acalantar. Compreendo os verbos como ações que guiam a operação metodológica e a postura ética da pesquisa e, posteriormente, as retomo para aprofundar a abordagem de design estratégico e construir capacidades feministas para a ação projetual estratégica.



Para explorar o design por um olhar feminista, começo apresentando as origens da abordagem de design estratégico e os pilares que a alicerçam: sistema produto-serviço; evolução do sistema; definição e resolução de problemas; inovação social; construção de cenários; processo de codesign; diálogo estratégico; e construção de capacidades (MERONI, 2008; ZURLO, 2010). Apesar de direcionarem capacidades funcionais para a ação projetual estratégica, a abordagem ainda é insuficiente e necessita das lentes feministas para desdobrar o design estratégico para construir capacidades feministas para a ação projetual estratégica, atendendo ao objetivo específico B.

Apresento, então, essas capacidades feministas para a ação projetual estratégica ressignificando três dos verbos de Diniz e Gebara (2022) para o design estratégico: escutar, que envolve a capacidade crítica de assombrar-se, deixar-se afetar e perguntar para interpretar contextos; recriar, que envolve a capacidade criativa de imaginar e antecipar acontecimentos; e compartilhar, que envolve a capacidade prática de dialogar com pessoas através de ideias e conceitos. Além de guiar a operação metodológica e a postura ética da pesquisa, as capacidades feministas também convergem com as abordagens das tecnologias sociais e da saúde humanizada.

Neste sentido, exploro a tecnologia por um olhar social, apresentando os conceitos da abordagem das tecnologias sociais e as formas que elas podem ajudar na sociedade ao: combater a discriminação; construir cidades mais habitáveis; eliminar a pobreza e a fome; fomentar uma economia mais ética; garantir a saúde e a aprendizagem; garantir os recursos naturais; lutar pela paz; e proteger o meio ambiente (IBERDOLA, 2022). Também exploro a saúde por um olhar humanizado, apresentando os conceitos da abordagem da saúde humanizada e suas principais premissas: acolhimento; ambiência; clínica amparada e compartilhada; cogestão; defesa dos direitos de pessoas usuárias gestão participativa; e valorização de profissionais (PNH, 2003), atendendo ao objetivo específico C.

No terceiro capítulo de metodologia, apresento as implicações teóricas e práticas que estruturam a metodologia feminista e as escolhas das práticas para criar a ferramenta de design estratégico, atendendo ao objetivo específico D. Juntas, orientam as capacidades de escutar, recriar e compartilhar a partir de dez práticas para exercer as capacidades feministas de forma no decorrer da ação projetual no desenvolvimento de tecnologias sociais para a saúde humanizada. As

práticas recomendadas são: roda de posicionalidade, perspectivas interseccionais, histórias de vida e reflexão de escutar, exercitadas na primeira capacidade; análise temática, mapas conceituais e reflexão de recriar, exercitadas na segunda capacidade; e jornada das pessoas usuárias, sequenciador de prioridades e reflexão de compartilhar, exercitadas na terceira capacidade. Por fim, no quarto capítulo de discussão e resultados, apresento um exemplo prático da aplicação da ferramenta para a ação projetual estratégica, atendendo ao objetivo específico E. Resultado que inspira aprendizados que apresento no quinto e último capítulo de considerações finais, com recomendações para futuras pesquisas que tenham motivações semelhantes que detalho na justificativa a seguir.

#### **1.4 Justificativa**

O design, a tecnologia e a saúde são áreas que me interessam desde o começo da minha trajetória acadêmica e profissional, porém não sabia se era possível estudar e trabalhar com áreas tão distintas. Foi quando conheci a abordagem do design estratégico, promovida pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, que comecei a entender que era. Durante a graduação em design, vinculei as áreas de maneira transdisciplinar, estudando design de serviços com foco em soluções tecnológicas para a saúde e aos poucos, pude me inserir nas três áreas.

Comecei a trabalhar como designer no departamento de marketing da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, operadora de plano de saúde que faz parte do sistema de saúde suplementar brasileiro. Na ocasião, atuei no desenvolvimento de tecnologias centradas na atenção integral à saúde. Um momento muito significativo para a minha trajetória, pois, além do interesse prévio, o que mais me atraiu foi sua promessa de cuidar das pessoas. Para melhor contribuir com o desenvolvimento dessas tecnologias, realizei uma pós-graduação em *design thinking* e inovação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Aprofundei estudos sobre os processos, tipos de inovação e possibilidades de empreendedorismo dentro das empresas, conhecido como intraempreendedorismo. Tive a oportunidade de impulsioná-lo na operadora e, juntamente com uma equipe multidisciplinar de trabalho, estruturamos a primeira iniciativa de inovação aberta a nível estadual: uma maratona digital para acelerar iniciativas tecnológicas de saúde.

Posteriormente, participei da maratona com a gestora do departamento de tecnologia e com a assessora de relacionamento à clientes com foco na atenção integral à saúde. Unimos nossos conhecimentos em design, tecnologia e saúde para propor uma tecnologia afirmativa, centrada na saúde de mulheres. A proposta partiu de uma coleta de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que indicava que as mulheres representavam a maioria das pessoas beneficiárias dos planos de saúde (ANS, 2020) e, mesmo assim, a operadora não tinha nenhuma iniciativa tecnológica para elas. Além disso, tínhamos um interesse pessoal despertado por sermos a única equipe formada apenas por mulheres, entre mais de cinquenta.

Para explorar o tema, passamos por uma fase de descobertas, pesquisando a especialidade médica mais procurada entre as mulheres e, como já esperávamos, era a de ginecologia e obstetrícia com foco no acompanhamento gestacional. O que não esperávamos era nos deparar com a ausência de informações compartilhadas entre as operadoras e de históricos centralizados. Também não esperávamos nos deparar com o percentual de 86% de partos cesáreos em 1 ano, quando recomendações mundiais da World Health Organization (WHO, 2015) consideram que a taxa ideal permeia entre 10 e 15%. Um percentual preocupante que, além de elevar os custos assistenciais, aumentam significativamente os riscos gestacionais e o desenvolvimento de bebês (ANS, 2020).

Descobertas que nos levaram a questionar a confiabilidade da gestão dos custos e, principalmente, das decisões médicas tomadas. Como resultado, propomos um programa afirmativo para a saúde de mulheres em acompanhamento gestacional por meio de uma tecnologia centrada na saúde feminina. Foi a primeira vez que reparei que as iniciativas em design, tecnologia e saúde são majoritariamente objetivistas e desconsideram uma parcela significativa da sociedade. Enquanto identificamos importantes necessidades desassistidas, as ideias ganhadoras defendiam a eficiência operacional e o ganho financeiro, sem levar em conta os interesses da sociedade. Embora não tenha sido implementada, reconheci a importância de nossa proposta ter sido premiada em terceiro lugar entre outras 196 inscritas, inspirando uma motivação pessoal de se tornar algo maior, como uma pesquisa de mestrado por exemplo. Sem imaginar o quão maior poderia se tornar, retornei às origens para realizar o mestrado em design e me reconectar com a abordagem do design estratégico.

Tinha como aspiração inicial avançar no desenvolvimento da tecnologia afirmativa centrada na saúde de mulheres e contribuir com pesquisas nas áreas de design, tecnologia e saúde. No entanto, ao longo das disciplinas, percebi nas múltiplas relações coletivas, o design estratégico como agente de mudança, capaz de me transformar e de transformar a sociedade. Quanto mais participava das aulas e me envolvia nessas relações coletivas, mais eu apreciava as diferentes perspectivas sociais de docentes, discentes, pessoas autoras e outras pessoas convidadas para as disciplinas. Apreciava a diversidade e a potência que as produções de conhecimento podem atingir. E, em meio a tantas transformações, avançar no desenvolvimento da tecnologia afirmativa centrada na saúde de mulheres não dava mais conta do algo maior que eu procurava.

Mas sim, o algo maior despertou depois que desenvolvi o senso de responsabilidade como designer com a ajuda de pesquisadoras feministas que, entre orientações coletivas, encontramos uma aspiração em comum: explorar lentes feministas para estruturar metodologias de design estratégico. Foram encontros acolhedores, integradores e holísticos, que nos fizeram perceber que havia espaço para contribuições acadêmicas em nossos estudos, uma vez que são lentes de pesquisa pouco exploradas na abordagem de design estratégico até então. Debatendo capacidades feministas para a operação metodológica e a postura ética, construímos nossas próprias capacidades feministas para estruturar as metodologias, como desafio.

Desafio que o mestrado ajudou a vencer com as aulas de design estratégico, com o estímulo ao ativismo através dos fundamentos teóricos da abordagem e suas principais dimensões estratégicas; e de métodos inventivos, com o estímulo a novas formas de sentir, pensar e fazer design, a partir da reinterpretação de métodos de design contemporâneos. Torna-se uma premissa de pesquisa distanciar dos privilégios sociais para desenvolver uma abordagem mais acolhedora, integrativa e holística. Abordagem que é elucidada através de lentes feministas para pesquisas e práticas que embasam toda a revisão teórica, a qual apresento e desdubro no capítulo a seguir.

## 2 REVISÃO TEÓRICA

Neste capítulo, apresento a revisão teórica da pesquisa por lentes feministas para compreender a abordagem de perspectivas interseccionais; desdobrar o design estratégico para construir capacidades feministas para a ação projetual estratégica; e explorar áreas de conhecimento aliadas aos interesses das pessoas marginalizadas. Para tanto, desdubro as abordagens design estratégico, tecnologias sociais e saúde humanizada por olhares feministas, a partir de reflexões do subcapítulo de lentes feministas para pesquisas e práticas, o qual apresento a seguir.

### 2.1 Lentes feministas para pesquisas e práticas

Trago lentes feministas para investigação nas pesquisas e práticas, pois suas críticas à ciência moderna têm posicionado importantes implicações para as produções de conhecimento. Assim como Schiebinger (2001) e Ketzer (2021), acredito que são capazes de transformar a ciência, refutando, de uma vez por todas, a neutralidade, a objetividade e a homogeneidade, para promover a posicionalidade, a subjetividade e a diversidade de perspectivas. Utilizando, assim, as produções de conhecimento como espaço para descentralizar o que esteve no centro e descobrir o que esteve encoberto na sociedade: uma abordagem acolhedora, integradora e holística (SCHMIDT, 2017).

As críticas feministas começaram investigando como integrar as questões de gênero nessas produções. Por muito tempo, o feminino recaiu a uma representação negativa e o masculino sobressaiu como uma verdade universal, sendo associado a uma representação positiva, objetiva e neutra, como é de uso comum no vocabulário a expressão “os homens” para designar “os seres humanos”. Além disto, quando há a necessidade de referenciar um homem e uma mulher na mesma frase, foi culturalmente normalizado o uso de plurais no gênero masculino. Pouco se estranha o gênero feminino precisar se encaixar ao masculino e não ao contrário. Para caminhar em direção a essa abordagem, recomendo substituir plurais masculinos por termos genéricos como “as pessoas”, como venho tentando fazer ao longo desse estudo.

Neste sentido, lentes feministas, como apresenta Varela (2014), podem ser vistas como uma lanterna que ilumina as sombras das grandes ideias desenvolvidas, sem considerar as perspectivas de uma mulher e, muitas vezes, às custas de uma. Sejam ideias para contemplar seus interesses culturais, econômicos, políticos ou sociais, entendo que através das lentes feminista, muitas pesquisas e práticas aspiram as inserir em novos espaços em diferentes âmbitos, sem precisarem se encaixar em um mundo projetado por e para homens (CRIADO-PEREZ, 2022). Mesmo ganhando um pouco de espaço nessas pesquisas e práticas para transformar a ciência, integrar suas perspectivas na produção e na estrutura do conhecimento ainda é um desafio. Ainda são desconsideradas, generalizadas e, até mesmo, silenciadas do saber científico, enquanto as desigualdades em relação aos homens são evidenciadas (SCHIEBINGER; 2001).

Em direção à posicionalidade, subjetividade e diversidade de perspectivas, apresento algumas características da quarta onda do movimento feminista: desinstitucionalização; horizontalidade; transnacionalidade; e interseccionalidade. Fortemente influenciada pela internet, a característica de desinstitucionalização, envolve menos presença em instituições estatais ou entidades de movimentos sociais, tendo como consequência mais difusão na sociedade civil, impulsionando a característica de horizontalidade. Esta envolve menos hierarquias dentro do movimento, tendo como consequência mais autonomia com a pulverização das pessoas ativistas, impulsionando a característica de transnacionalidade. Esta envolve menos perspectivas individuais e mais debates em comum entre diversas nações, fazendo com que o movimento se dissemine mais rapidamente como um fenômeno global, impulsionando característica de interseccionalidade. Esta envolve menos questões limitadas ao gênero e mais compreensão sobre a importância de sobrepor perspectivas no combate à desigualdade e à sobreposição de opressões e discriminações existentes na sociedade (TORRES, 2021).

Segundo hooks (2019), para as lentes feministas caminharem nessa direção, foi preciso ressignificá-las e ainda há um longo caminho pela frente. Mulheres pretas e brancas de postura radical começaram a criticar o próprio movimento e desafiaram a ideia de que o gênero determinava o destino de uma pessoa. Embora as características de desinstitucionalização, horizontalidade, transnacionalidade e interseccionalidade estejam mais difundidas na atualidade, ainda existem desafios na integração da interseccionalidade como premissa das lentes feministas.

Por este motivo, muitas autoras vêm chamando a atenção para que se reflita sobre as lentes feministas sem recair em generismo de mulher *versus* homem e feminino *versus* masculino. Ao evidenciá-las como lentes de pesquisa, reforço aqui a importância de ampliar as noções de identidade para além do gênero, considerando sexo biológico, expressão e identidade de gênero nas produções de conhecimento. Assim como as mulheres, há muitas pessoas marginalizadas que tem seus interesses excluídos, oprimidos e silenciados na sociedade (CRENSHAW, 1989; hooks, 2019;).

Sabendo que as pessoas produzem conhecimento de maneira distinta umas das outras, reflito sobre as visões de Schiebinger (2001) e sugiro uma reflexão além do gênero. Segundo a autora, toda e qualquer característica dever ser vista como uma variável importante e poderosa que impacta positivamente na maneira de perceber e de fazer ciência, sendo capaz de alterar o que cientistas escolhem e estudam seus tópicos de pesquisas. A autora aborda que as mulheres produzem conhecimento de forma mais acolhedora, mais integrativa, mais holística e mais observadora aos detalhes com disposição, paciência e persistência para esperar pelos resultados dos dados, enquanto homens tendem a agir de modo mais reducionista e mais competitivo, a ponto de, até mesmo, forçar certa celeridade na descoberta das respostas.

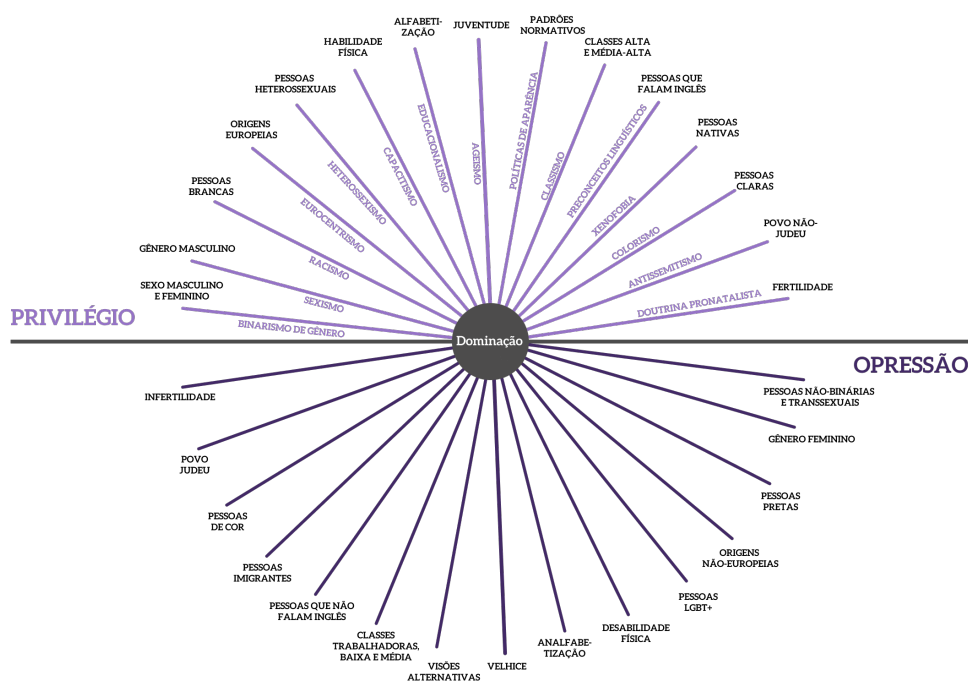
Acredito que essas características acolhedoras, integrativas e holísticas não devem ser limitadas aos sexos biológicos, mas sim desenvolvidas como capacidades feministas. Devem ser vistas como inspiração a novas formas de sentir, pensar e fazer pesquisas e práticas que priorizem os interesses emancipatórios da sociedade, sem excluir as diferentes perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas. Schiebinger (2001) e Marconi (2017) concordam que desconsiderar essas características na produção de conhecimento, pode ser prejudicial para o avanço da posicionalidade, da subjetividade e da diversidade de perspectivas na ciência. Marconi (2017) cita as visões de Haraway (1993), que acabam por se encaixar ao masculino quando intencionam parcialidade e objetividade científica descorporificada.

hooks (2019) ainda reflete que o poder é normalmente equiparado à dominação e ao controle sobre coisas e pessoas, e ativistas vinculadas ao movimento possuem visões ambivalentes sobre poder. Enquanto um lado critica a ausência de poder das mulheres, o outro levanta bandeiras reivindicando direitos

iguais em diversos âmbitos culturais, econômicos políticos e sociais. Sem consenso, é comum recair nos interesses de mulheres com privilégios sociais que mulheres buscavam igualdade social com os homens, participando de forma igual no exercício de dominação e controle sobre as outras pessoas. Por isto, considero importante explorar as dimensões de privilégio e de opressão, de modo que não limite os interesses do movimento ao gênero feminino e amplie as noções de identidade, respeitando e reconhecendo as perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas (hooks, 2019).

Entendo que as lentes feministas me fazem compreender que o movimento feminista não se trata apenas dos interesses de mulheres, tampouco sobre uma luta de quem tem mais poder na sociedade. Se trata dos interesses emancipatórios de toda uma sociedade que precisa romper com quaisquer sistemas de opressão que de beneficia e favorece pessoas com privilégios sociais. É preciso distanciar das posições de privilégios para desenvolver pesquisas mais acolhedoras, integradoras e holísticas e elaborar críticas ao próprio movimento e escolher quais aspectos utilizar como lentes. Por isto, entre as premissas que trago para a discussão, destaco as perspectivas interseccionais, as quais apresento na Figura 2 e as desdobro a seguir.

Figura 2 – Perspectivas interseccionais



Fonte: Adaptada pela autora a partir de AWIS (2022).



As perspectivas interseccionais são divididas por uma linha central nomeada de dominação, a qual separa as posições de privilégio e opressão, em que tudo que está no eixo de cima representa as pessoas em posições de privilégio e os impactos dessa dominação, e que tudo que está no eixo de baixo representa seus opostos, com as pessoas em posições de opressão. Não há definição do que é mais ou menos privilegiado, bem como mais ou menos oprimido, mas sim, a representação de que quanto mais perspectivas interseccionais uma pessoa ocupa, mais privilegiada ou oprimida ela pode ser (AWIS, 2022). Reforçando que as demandas isoladas do gênero, portanto, não determinem o destino das pessoas, mas, sim, a sobreposição de diferentes perspectivas interseccionais (CRENSHAW, 1989; hooks, 2019).

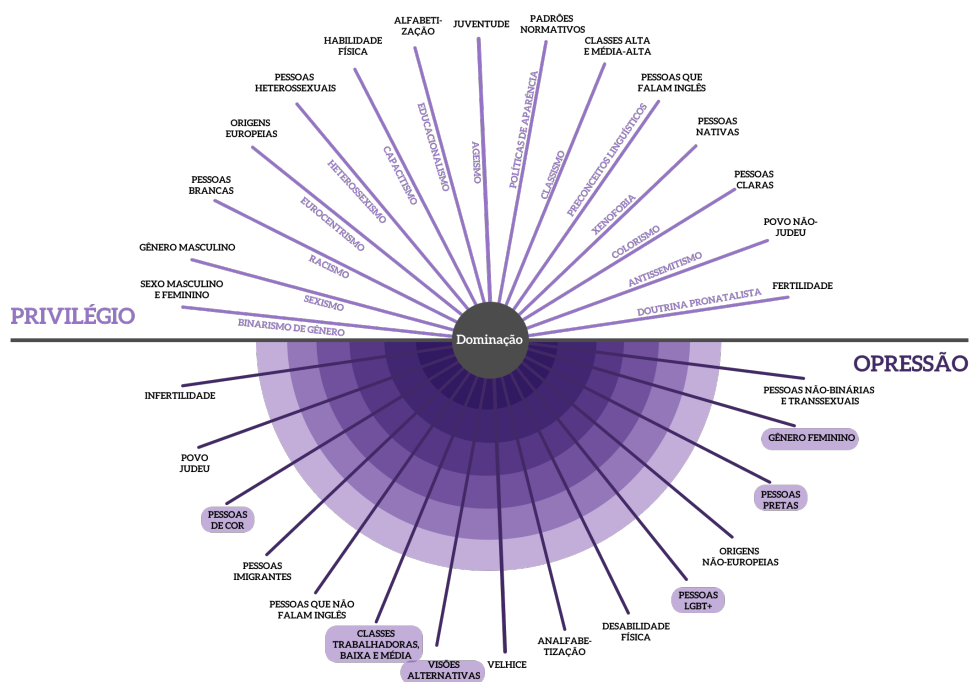
Têm-se no eixo de privilégios os respectivos impactos da dominação com os seguintes fatores: o masculino e feminino, com o generismo ou binarismo de gênero; o masculino, com o sexismo e o andocentrismo; as pessoas brancas, com o racismo; as origens europeias, com o eurocentrismo; pessoas heterossexuais, com o heteronormativo e o heterossexismo; a habilidade física, com o capacitismo; a alfabetização, com o educacionalismo; juventude, com o ageísmo; a aparência normativa, com as políticas de aparência; as classes alta e média-alta, com o classismo; pessoas que falam inglês, com os preconceitos linguísticos e os vieses de linguagem; pessoas nativas, com a xenofobia; as pessoas claras, com o colorismo; o povo não-judeu, com o antissemitismo; e a fertilidade, com a doutrina pronatalista da reprodução humana.

Já no eixo de opressão, têm-se perspectivas opostas e os respectivos impactos da discriminação com os seguintes fatores: a infertilidade; o povo judeu; as pessoas pretas; as pessoas imigrantes; as pessoas que não falam inglês; as classes trabalhadoras, baixa e média; a aparência fora do padrão; a velhice; a analfabetização; a desabilidade física; pessoas LGBT+<sup>2</sup>, as origens não europeias, as pessoas de cor; o feminino; e as pessoas não-birárias e trans. Assim como Crenshaw (1989) e hooks (2019) apresentam, quanto mais perspectivas interseccionais uma pessoa tem, mais essa pessoa estará suscetível a sofrer impactos da inter-relação entre privilégio, dominação e opressão, a qual apresento na Figura 3 e desdobre a seguir.

---

<sup>2</sup> **LGBT+:** pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, transgêneros, travestis e mais orientações sexuais, identidades e expressões de gênero.

Figura 3 – Inter-relação de privilégio, dominação e opressão



Fonte: Criada pela autora a partir de hooks (2019) e AWIS (2022).

Neste exemplo, uma pessoa do sexo biológico feminino, preta, de classe trabalhadora, baixa ou média, LGBT+, e que tem a aparência determinada fora do padrão pela sociedade, possui, pelo menos, cinco perspectivas que se inter-relacionam. Essa pessoa é oprimida por mais de uma perspectiva, sofrendo com os impactos da inter-relação de privilégio, dominação e opressão. Impactos como o sexismo, o racismo, o heterossexismo, as políticas de aparência, o colorismo. Seja qual for o impacto da dominação, é preciso um olhar para compreender verdadeiramente todas as perspectivas.

As relações de opressão diferem, e muito, a depender dos marcadores sociais em foco. Por exemplo, mulheres, cisgêneros, heterossexuais, brancas e de classe alta e média-alta têm relações de opressão diferentes de mulheres, lésbicas, bissexuais, de classe média; que, por sua vez, têm perspectivas diferentes de pessoas transexuais, pessoas não-binárias, pessoas que não se expressam, nem se identificam com nenhum dos gêneros; que, também têm relações de opressão diferentes de mulheres pretas, de classe baixa, mães solas, que nem conseguem parar pra refletir sobre seu sexo biológico, sua expressão, sua identidade de gênero e sua orientação sexual.

Em relação a esse exemplo de perspectiva, hooks (2019) argumenta que há uma falsa promessa de liberdade sexual para essas mulheres, pretas, de classe baixa, mães solas, as quais não possuem tempo ou disposição para priorizar seu prazer, sua satisfação e experimentar sua sexualidade. São pessoas que fazem parte das pessoas marginalizadas que passam por desafios diários em diversos âmbitos culturais, econômicos políticos e sociais, sobrepostos às suas perspectivas interseccionais (CRENSHAW, 1989). Em meio a tantos desafios, as autoras concordam que mulheres pretas enfrentam impactos tanto do sexismo quanto racismo e, para romper com quaisquer sistemas de opressão, é preciso explorar as lentes feministas, considerando as perspectivas interseccionais como abordagem.

Para entender a dimensão da sobreposição de perspectivas, hooks (2019) entende mulheres de classe baixa e na grande maioria pretas não costumam pensar apenas na libertação do patriarcado e, tampouco refletir sobre seu sexo biológico, sua expressão, sua identidade de gênero e sua orientação sexual. Isso porque, em seu dia a dia, são constantemente lembradas que não compartilham do mesmo *status* social que as outras mulheres, assim como muitos homens do mesmo grupo social também são explorados e oprimidos. E, assim, mulheres com essas perspectivas interseccionais, segundo a autora, tornam-se mais propensas a relativizar o machismo de seus pares, visualizando no comportamento deles o reflexo de um sentimento de impotência e de inferioridade em relação àqueles grupos com privilégios sociais.

Segundo Schawarcz (2019), as perspectivas interseccionais relativas à raça, à etnia e à situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. Perspectivas que impactam em diferentes ciclos de vida, como a relação com o meio ambiente, com o lazer, com a alimentação e, também com as condições de trabalho, de moradia e de renda, além da discriminação nas relações de trabalho e da sobrecarga da responsabilidade do trabalho doméstico. Quanto mais vulnerável for a mulher, como uma mulher preta e pobre ou migrante indocumentada, mais o “dever” do cuidado estará entranhado na sua existência e mais precarizado será esse trabalho do cuidado (DINIZ E GEBARA, 2022)

Visualizando a opressão às mulheres sob perspectivas interseccionais, consigo enxergar quão distantes estão as problemáticas enfrentadas por cada uma. Como exemplo, Schawarcz (2019) apresenta que uma simples palavra “casa” pode causar diferentes sensações a depender da perspectiva da mulher. Segundo a

autora, enquanto “casa”, para muitas, refere-se a um local de repouso e de abrigo; “lar”, para a burguesia, refere-se a um lugar “ideal” que habita um modelo de família estruturado, esquecendo dos conflitos inerentes a esse conceito. E, romantizar este espaço é fechar os olhos para os inúmeros casos de violência doméstica, de feminicídio e de infanticídio que só aumentam, ano após ano.

hooks (2019) exemplifica as diferenças entre os interesses de mulheres brancas e de mulheres pretas nas perspectivas acadêmicas e trabalhistas. Enquanto as primeiras se preocupam com direitos de equiparação salarial ou de acesso ao ensino superior, as segundas lutam para deixar de ser a minoria nas universidades. Enquanto as primeiras se preocupam em entrar no mercado de trabalho e sair de suas rotinas de cuidados em seus “lares”, para com suas famílias; as segundas, que sempre trabalharam de forma alienada, lutam por mais tempo junto as suas famílias. Mesmo sendo a maioria na base da pirâmide social, as mulheres pretas são quem enfrentam espaços de minoria também na construção dos direitos às mulheres. É neste sentido que hooks (2019) contraria todo e qualquer sistema de opressão criado por homens, mas sem esquecer, também, da opressão difundida no próprio movimento feminista, onde mulheres com privilégios sociais se colocavam no centro da luta, sem incluir outras tantas mulheres da margem, carregando consigo diferentes experiências e perspectivas.

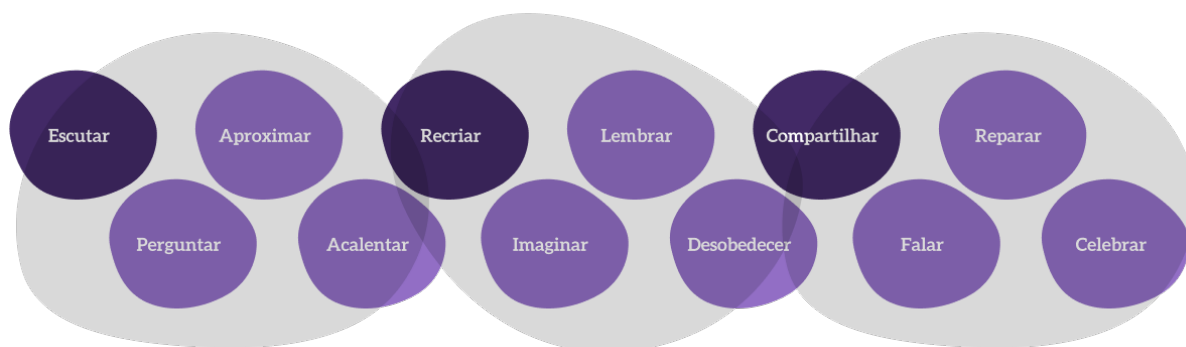
Segundo a autora, suas perspectivas não foram ouvidas por grupos feministas que produziram teorias sem considerar a inter-relação entre os eixos de exclusão. Grupos dedicados em legitimar apenas os interesses dessas mulheres com privilégios sociais, fechados às propostas, saberes e experiências de mulheres pretas e brancas de classe baixa e média, que só passaram a cogitar se erguerem contra a opressão masculina depois que o movimento feminista deu a elas consciência de que deveriam e podiam fazê-lo. hooks (2019) ainda argumenta que o feminismo não consegue ser sólido enquanto foca, exclusivamente, nos problemas sexistas das mulheres com privilégios sociais, e que se faz necessário, portanto que elas tenham consciência de seus privilégios, para que não reproduzam opressão:

“...as mulheres negras estão numa posição peculiar na sociedade, não apenas porque, em termos coletivos, estamos na base da pirâmide ocupacional, mas também porque o nosso status social é inferior ao de qualquer outro grupo. Isso significa que carregamos o fardo da opressão sexista, racista e de classe” (hooks, 2019. P. 45).

As perspectivas das pessoas são construídas pela inter-relação de posições de opressão e de privilégio, entendendo que uma pessoa não possui uma única perspectiva, mas diversas que se sobrepõem umas às outras, de uma forma interseccional (CRENSHAW, 1989). As discussões evidenciam a necessidade de que as lentes feministas sejam abordadas como compromissos éticos, políticos, práticos e teóricos, que propõem uma transformação social a partir de novos modos de pensar e de agir. Modos que habilitem que essas lentes a transformem a forma de “fazer ciência” e, até mesmo, a motivação do que as pessoas pesquisadoras escolhem como tópicos para seus estudos serem mais acolhedores, integrativos e holísticos através de suas capacidades feministas (SCHIEBINGER, 2001).

Visualizo essas capacidades feministas nas visões de Diniz e Gebara (2022), que ressignificam um verbiário político e poético, exercitando a desobediência criativa dos sistemas de opressão e a esperança por uma nova ordem social que rompa com eles. Os doze verbos são (1) escutar; (2) perguntar; (3) aproximar; (4) acalantar; (5) recriar; (6) imaginar; (7) lembrar; (8) desobedecer; (9) compartilhar; (10) falar; (11) reparar; e (12) celebrar. Entendendo que as lentes feministas também abordam muito a esperança, concordo com as autoras que a ressignificação desses verbos pode estabelecer essa nova ordem, como forma de fortalecer um compromisso ético e auxiliar nas futuras pesquisas e práticas. Portanto, aprofundo os verbos com o intuito de incorporá-los como capacidades feministas para a operação metodológica e postura ética, as quais apresento na Figura 4 e desdubro a seguir.

Figura 4 – Capacidades feministas para operação metodológica e postura ética



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Diniz e Gebara (2022).

Proponho escutar como primeira capacidade feminista, entendendo que está associada às ações de perguntar, aproximar e acalantar. Escutar para Diniz e Gebara (2022) não tem a intenção de ser um verbo capacitista, mas sim um verbo que desobedece a seu sentido, pois não precisa necessariamente de ouvidos, mas sim, de afetos: deixar-se afetar por diferentes realidades. Para se deixar afetar, as autoras sugerem o assombro como complemento para transformar o que já se conhece como ordinário em extraordinário. Afinal, “se as palavras não provocam afetos ou a imaginação de quem ouve, a audição acaba por ser mecânica e sem sentido, como se feita em idioma desconhecido” (DINIZ E GEBARA, 2022. P. 12).

Entendo que escutar se associa a ação de perguntar, pois o assombro habilita a contestar e a enfrentar o que ninguém tem coragem, desobedecendo à normalização dos sistemas de opressão, sem se deixar desestabilizar. Segundo Freire e Faudez, 2019; *apud*. Diniz e Gebara (2022), perguntar é espantar-se, é desenvolver um assombro criativo. As autoras concordam que isso exige se tornar uma pessoa “estraga-prazeres”, e que pode provocar um afastamento de muitas pessoas que vão se sentir incomodadas com isso.

Neste sentido, escutar se associa a ação de aproximar, pois esse afastamento habilita a estranhar perspectivas para, então, se aproximar de outras. As autoras apresentam o verbo como uma prática etnográfica que pode ser utilizada para contestar as verdades manipuladas que esses sistemas de opressão contam, aproximando de verdades enfrentadas pelas pessoas marginalizadas. Embora conhecer a verdade seja capaz de curar dores, os medos de conhecê-los podem dificultar o processo coletivo. Diniz e Gebara (2022) recomendam que as pessoas se aproximem de um lugar de afago e de cuidado para que possam se acalantar e ganhar forças para conquistar a sua liberdade.

Por isto, escutar também se associa a ação de acalantar, pois permite acolher as dores individuais e coletivas e praticar a autopreservação e de sobrevivência aos sistemas de opressão. Diniz e Gebara (2022) argumentam que o acalento acontece depois as dores são conhecidas e enfrentadas. Quanto mais vulnerável for a posição da pessoa, mais o espaço de acalento deve ser reforçado. As autoras concordam que acalantar é um chamamento à transformação, convidando e provocando umas às outras a recriar o mundo através de novos olhares com as capacidades feministas.

Assim, proponho recriar como segunda capacidade feminista, entendendo que está associada às ações de imaginar, lembrar e desobedecer. Recriar para Diniz e Gebara (2022) está intimamente ligado com o rompimento dos ciclos dos sistemas de opressão, pois envolve a renovação e reelaboração de valores. Além de ressignificar o que foi consolidado antes, habilita a constante recriação dos próprios pensamentos em direção aos interesses emancipatórios da sociedade. Para recriar a realidade, é preciso imaginá-la sob diferentes perspectivas de pessoas que são frequentemente desconsideradas.

Entendo que recriar se associa a ação de imaginar, pois habilita a pensar nas desvantagens sociais enfrentadas pelas pessoas marginalizadas em meio aos sistemas de opressão. Diniz e Gebara (2022) sugerem um imaginar feminista que se diferencia de saber. Enquanto o saber se obtém de conhecimentos, estudos científicos e livros, o imaginar se constrói a partir de realidades desconhecidas, tangibilizando aquilo que não se sabe por que não se vivencia. As autoras intencionam que as pessoas se sintam provocadas pelo que assombra, exercitando a lembrança de tudo que foi naturalizado por esses sistemas para, então, recriar uma realidade diferente.

Da mesma forma, recriar se associa a ação de lembrar, pois as memórias ajudam a contestar poderes hegemônicos da sociedade. Segundo as autoras, lembrar é contestar as perspectivas de privilégios sociais para centralizar as narrativas nas perspectivas nas perspectivas de opressão. A lembrança, segundo Rocha e Silva (2022), é um instrumento disruptivo e o registro das histórias de vida dessas pessoas está à disposição das lentes feministas. Enquanto pessoas que possuem o poder do privilégio social são o arquivo da história, lembrar é um contraponto para esquecer a existência dos sistemas de opressão com a desobediência.

Nesta direção, entendo que recriar também se associa a ação de desobedecer, pois permite subverter os sistemas de opressão em quaisquer âmbitos culturais, econômicos, políticos e sociais. Para Diniz e Gebara (2022), desobedecer rompe com a obediência inconsciente a esses sistemas e reinventa a vida, sem perder de vista as outras ações feministas. Incentivam que, de maneira inquieta e ativa, esses novos olhares recriados sejam compartilhados nas pesquisas e práticas através das capacidades feministas.

Por fim, proponho compartilhar como terceira capacidade feminista, entendendo que está associada às ações de perguntar, aproximar e acalantar. Compartilhar, para Diniz e Gebara (2022) habilita a partilhar conquistas como uma escolha ética, atentando-se que as pessoas possuem perspectivas interseccionais e, portanto, não partilham das mesmas vulnerabilidades. Discordando dos modos de partilha no passado, baseado em interesses sexados no feminino, as autoras acreditam que compartilhar o melhor para a sociedade significa falar sobre as dores das outras pessoas, subvertendo o poder ao buscar novas formas de convivência e sobrevivência.

Entendo que compartilhar se associa a ação de falar, pois habilita a testemunhar as existências, as diferenças e as perspectivas de opressão em que as pessoas são submetidas. Concordo com as autoras que, assim como escutar não precisa de ouvidos, falar não precisa de bocas, pois todo o corpo pode se manifestar para comunicar e ser usado para subverter o poder. Quando os sistemas de opressão insistem em controlar, dominar e silenciar pessoas, falar para reforçar os verdadeiros interesses emancipatórios da sociedade se transforma em um ato de reparação.

Neste sentido, compartilhar também se associa a ação reparar, pois habilita a visualizar o mundo de forma atenta para perceber as realidades desconhecidas das pessoas e se deixar assombrar e afetar por elas. Para Diniz e Gebara (2022), reparar também é consertar a reparação coletiva e estrutural de sistemas que as oprimem, as silenciam e as excluem da sociedade. Por outro lado, há a reparação, que as autoras chamam de autorreparação, como uma forma de se libertar das experiências de violência vividas, permitindo que essas pessoas possam se libertar das amarras da vitimização e usar suas histórias de vida para celebrar as conquistas.

Por isto, recriar também se associa a ação de celebrar, pois permite reconhecer os pequenos e grandes feitos recriados como oportunidade para seguir em frente. Celebrar, para Diniz e Gebara (2022), habilita a praticar o compromisso de buscar e exaltar melhores condições de vida, como uma estratégia para enfrentar as lembranças das violências vividas, as lutas para a conquista de direitos e, muitas vezes, o luto como consequência. As autoras sugerem o verbo celebrar para não se submeter à solidão que os sistemas de opressão, comemorando com as pessoas o quanto as lentes feministas são benéficas para os interesses da sociedade.



Encerrando as reflexões sobre as lentes feministas para pesquisas e práticas, entendo que elas habilitam a: (1) criticar e transformar positivamente a ciência por uma abordagem acolhedora, integradora e holística; (2) descentralizar os privilégios sociais, que sempre estiveram no centro e desencobrir as pessoas marginalizadas, que sempre estiveram encobertas; (3) explorar as perspectivas interseccionais como abordagem para ampliar as discussões para além do gênero; (4) incorporar capacidades feministas para a operação metodológica e postura ética; e (5) ser uma força complementar às áreas de design, tecnologia e saúde, possibilitando oportunidades de desenvolvimento mútuo (SCHIEBINGER, 2001; BARDZELL, 2018; hooks, 2019; SARDENBERG, 2022). Desenvolvimento mútuo que aspiro ao desdobrar o design estratégico por um olhar feminista, a tecnologia por um olhar social e a saúde por um olhar humanizado, tópicos que apresento a seguir.

### 2.1.1 Design estratégico por um olhar feminista

Para melhor desdobrar o design estratégico por um olhar feminista, apresento as origens da abordagem proposta pela comunidade científica italiana do Politécnico di Milano, com Manzini (1995), Mauri (1996), Zurlo (1999) e Meroni (2008), Verganti (2009). Cada pessoa contribuiu com diferentes conceitos na tentativa de difundir o design estratégico para o mundo todo e, como ponto em comum, concordam que as estratégias elaboradas pelo design podem orientar a inovação social através de ações projetuais que produzam sentido para a sociedade.

Manzini (1995) contribui com esse olhar voltado à inovação social e à sustentabilidade do planeta, tirando o foco da organização. Esse olhar considera problemas intratáveis na sociedade como ponto de partida. São problemas que, muitas vezes, necessitam a colaboração de múltiplos atores e áreas que contribuam com estratégias coletivas, aspirando a transformação para a sociedade e para a própria cultura de design. A transformação social vai ao encontro da necessidade de desenvolver pesquisas e práticas que promovam novos modos de pensar e de agir para o design, por meio dessas estratégias coletivas.

Essas estratégias coletivas, segundo Mauri (1996) são reflexos da transdisciplinaridade do design estratégico, como um instrumento que articula o desenvolvimento de uma cultura também coletiva. Nesse desenvolvimento, Zurlo (1999) entende serem necessárias estratégias que reflitam no comportamento e na

motivação das pessoas envolvidas, instituindo ambientes que produzam sentido para todas as partes. Os autores concordam que criar estratégias coletivas significa pensar e agir através de valores compartilhados, em busca de transformação. Para Verganti (2009), não há fórmula para a inovação, mas a abordagem de design estratégico tenta se aproximar disto propondo metodologias sistematizadas para criar e guiar a inovação significativa. Meroni (2008) é uma das primeiras autoras mulheres a propor uma sistematização de oito pilares do design estratégico, os quais apresento na Figura 5 e desdubro a seguir.

Figura 5 – Pilares do design estratégico



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Meroni (2008).

Os oito pilares são: (1) sistema produto-serviço, envolve um conjunto integrado de pessoas, produtos, serviços e comunicação; (2) evolução do sistema, que envolve uma transformação por meio de inovações radicais que provoquem sua ruptura significativa; (3) definição de problemas, que envolve uma abordagem de não só resolver problemas, mas também os definir; (4) inovação social, que envolve uma mudança de comportamento na sociedade que conduz soluções tecnológicas com foco na sustentabilidade; (5) construção de cenários, que envolve uma ação para tangibilizar visões compartilhadas de contexto futuro; (6) processo de codesign, que envolve uma abordagem que engaja múltiplos atores na definição de problemas em comum; (7) diálogo estratégico, que envolve a interpretação da visão compartilhada de futuro dos múltiplos atores; e (8) construção de capacidades, que envolve habilitar atores para lidar com o contexto de transformação para a sociedade.

Como primeiro pilar, a autora apresenta o sistema produto-serviço, o qual envolve um conjunto integrado de pessoas, produtos, serviços e comunicação que direcionam a busca de diferentes estratégias e soluções pelo design. Seu conceito aparece desde as primeiras compreensões de design estratégico de pesquisadores da comunidade científica italiana do Politécnico di Milano. Apesar de todo projeto de design estratégico ser considerado um projeto de sistema produto-serviço, Meroni (2008) complementa que nem todo projeto de sistema produto-serviço é considerado um projeto de design estratégico. Para a autora, o grande diferencial está na inovação proposta durante o projeto, somente existindo uma ação de design estratégico quando as iniciativas resultam na evolução do sistema, o segundo pilar do design estratégico.

Como segundo pilar, a autora apresenta a evolução do sistema, o qual envolve uma transformação por meio de inovações radicais que provoquem sua ruptura significativa, capaz de fazê-lo avançar e evoluir. Essa inovação radical, segundo Ouden (2012), assume diferentes contextos e abordagens para os produtos já existentes e conhecidos no mercado, com objetivo de criar um significado a eles. As autoras concordam que se trata de um processo não linear que pode ser executado a partir de atividades e papéis bem definidos envolvendo um problema ou oportunidade, o desenvolvimento e o teste das ideias, e a tangibilização de ideias para executá-las. Essa tangibilização de ideias, segundo Meroni (2008), implica na definição de problemas, o terceiro pilar do design estratégico.

Como terceiro pilar, a autora apresenta a definição de problemas, a qual envolve uma abordagem de não só resolver problemas, mas também os definir. Segundo a autora, o design estratégico não é apenas, ou não mais, relacionado exclusivamente à solução de problemas, mas também à definição deles. Embora a interpretação de solução de problemas pelo design seja ampla, Manzini (2015) reforça que não é a única, sendo possível falar sobre design afastando-se dessa abordagem e focalizado em abordagens que acentuam a responsabilidade de designers na dimensão cultural e, portanto, da linguagem e do significado. Os autores concordam que definir problemas antes de tentar resolver qualquer um deles tem se tornado uma importante competência que designers podem desenvolver em busca da inovação social, o quarto pilar do design estratégico.

Como quarto pilar, a autora apresenta a inovação social, a qual envolve uma mudança de comportamento na sociedade que conduz soluções tecnológicas com foco na sustentabilidade. Segundo a Meroni (2008), a cultura de design inovadora inspira designers a apoiarem novos projetos coletivos que convergem em direção a amplas mudanças sociais. Esses projetos coletivos envolvem estratégias de design que consideram interesses e valores também coletivos, resultando em iniciativas que beneficiem a todos, e não um benefício isolado de um grupo seleto de pessoas. Visando o benefício coletivo, designers se habilitam para atuar em processos colaborativos, possibilitando que a inovação seja resultado da busca de valor social através da construção de cenários, o quinto pilar do design estratégico.

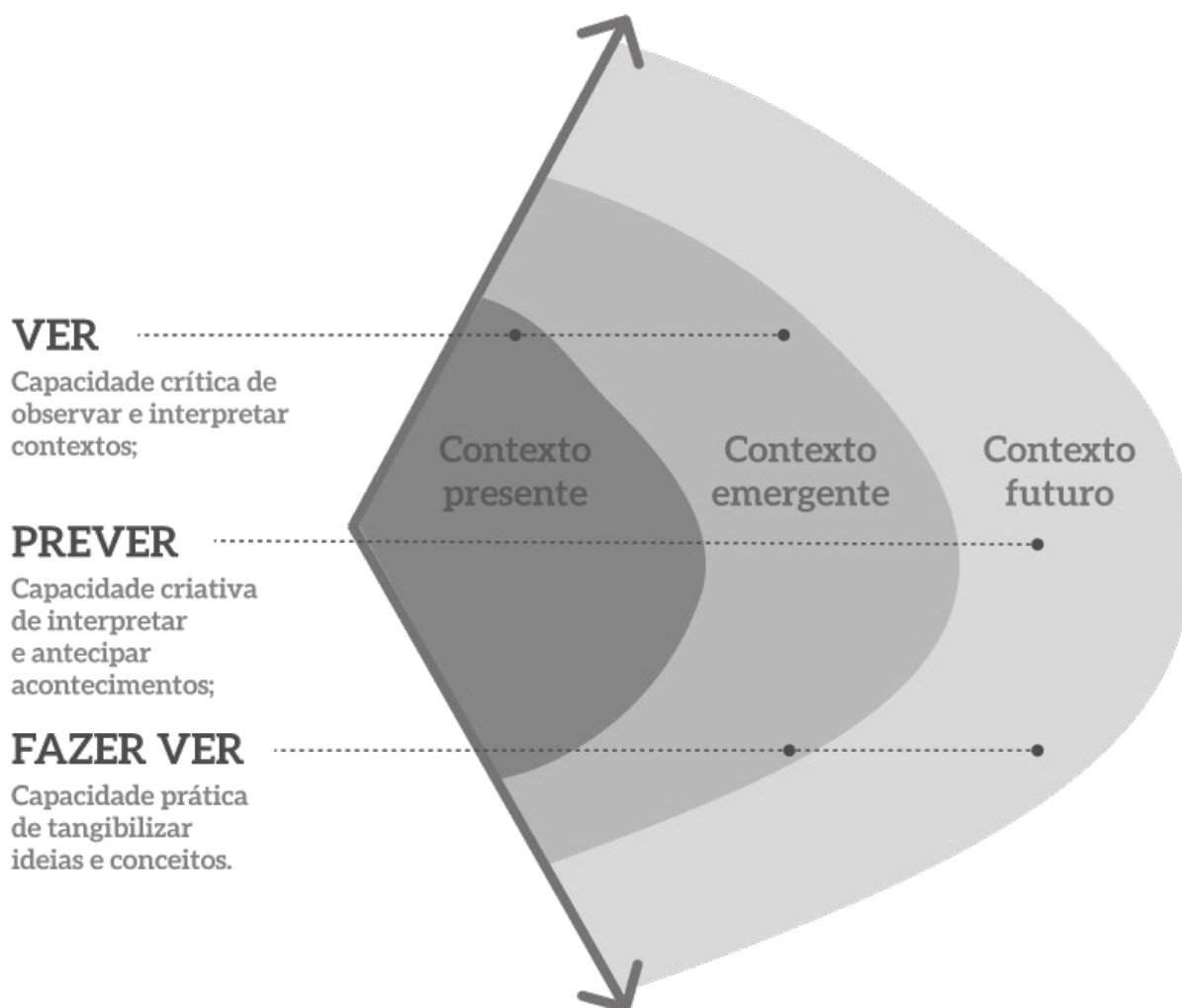
Como quinto pilar, a autora apresenta a construção de cenários, o qual envolve uma ação para tangibilizar visões compartilhadas do contexto futuro. Essas visões compartilhadas, segundo Meroni (2008) traduzem informações e intuições em conhecimentos perceptíveis. A construção de cenários é uma das principais ferramentas utilizadas na ação projetual estratégica, a qual habilita designers a imaginar cenários que podem tornar suas visões de futuro tangíveis. Mesmo que esse futuro ainda não exista, Manzini e Jegou (2003), entendem que é possível encontrar as premissas para imaginar qualquer futuro possível, no próprio momento presente, e o amanhã será o resultado produzido daquele momento em diante. Meroni (2008), concorda que pode ser utilizado como tomada de decisão estratégica de projeto, direcionando atender uma necessidade da sociedade por meio de soluções ainda inexistentes que, segundo Manzini (2015) podem também contribuir com o processo de codesign, o sexto pilar do design estratégico.

Como sexto pilar, Meroni (2008) apresenta o processo de codesign, o qual envolve uma abordagem que engaja múltiplos atores na definição de problemas em comum. Nesse processo, designers orientam uma ação projetual colaborativa juntamente com pessoas não-designers, as quais contribuem com o desenvolvimento de um projeto de design (MERONI, 2008; MANZINI, 2015). Transformando, significativamente, suas relações como consequência, uma vez que aproxima as pessoas a serem beneficiadas pelas soluções para colaborar com as decisões projetuais, oportunizando a elas externar o que realmente precisam (SANDERS E STAPPERS, 2008). Além do senso criativo de todos os envolvidos, os autores concordam que é preciso senso prático que os habilite a tangibilizar as ideias em visões de futuro comunicáveis e acessíveis, através da facilitação de um diálogo estratégico, o sétimo pilar do design estratégico.

Como sétimo pilar, Meroni (2008) apresenta o diálogo estratégico, o qual envolve a interpretação da visão compartilhada de futuro dos múltiplos atores. Segundo Manzini (2015), a visão compartilhada de futuro entre os atores garante a assertividade desse diálogo que, segundo Meroni (2008) é uma sucessão de mudanças que são redefinidas de modo que reduza a resistência comum a todo sistema humano, que costuma se opor à mudança. Concordam que essas perspectivas são fundamentais para elaborar novas compreensões e percepções de um problema. Transformando, assim, as reações comportamentais e emocionais das pessoas envolvidas a partir da construção de capacidades, o oitavo pilar do design estratégico (MERONI, 2008).

Como oitavo e último pilar, Meroni (2008) apresenta a construção de capacidades, a qual envolve habilitar atores para atuarem com o contexto de transformação para a sociedade. Essa construção de capacidades, segundo Zurlo (1998; 2010), possibilita a designers o desenvolvimento de habilidades através do despertar de seus sentidos críticos, criativos e práticos. Ainda segundo o autor, através das capacidades, designers podem se preparar para propor iniciativas cada vez mais estratégicas e menos operacionais em seus processos de design, através de ações de ver, prever e fazer ver. Para Zurlo (2010), essas ações podem ser incorporadas nesses processos, sendo consideradas como capacidades funcionais para a ação projetual estratégica, as quais apresento na Figura 6 e as desdubro a seguir.

Figura 6 – Capacidades funcionais para a ação projetual estratégica



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Zurlo (2004) *apud* Zurlo (2010).

Como primeira capacidade funcional à ação projetual estratégica, o autor apresenta “ver” como a capacidade crítica de observar e interpretar contextos presente ou emergente, estabelecendo o senso crítico como dom que habilita olhar para o estado das coisas e reconhecer o que não pode ou não poderia ser aceitável. Como segunda capacidade funcional à ação projetual estratégica, o autor apresenta “prever”, como a capacidade criativa de interpretar e antecipar acontecimentos no contexto futuro, estabelecendo o senso criativo como dom que habilita imaginar algo que ainda não existe para esse futuro. Como terceira e última capacidade funcional à ação projetual estratégica, o autor apresenta “fazer ver”, como a capacidade prática de tangibilizar ideias e conceitos, estabelecendo, por fim, o senso prático como dom que habilita reconhecer maneiras viáveis de fazer as coisas acontecerem (ZURLO, 2004 *apud*. ZURLO, 2010).

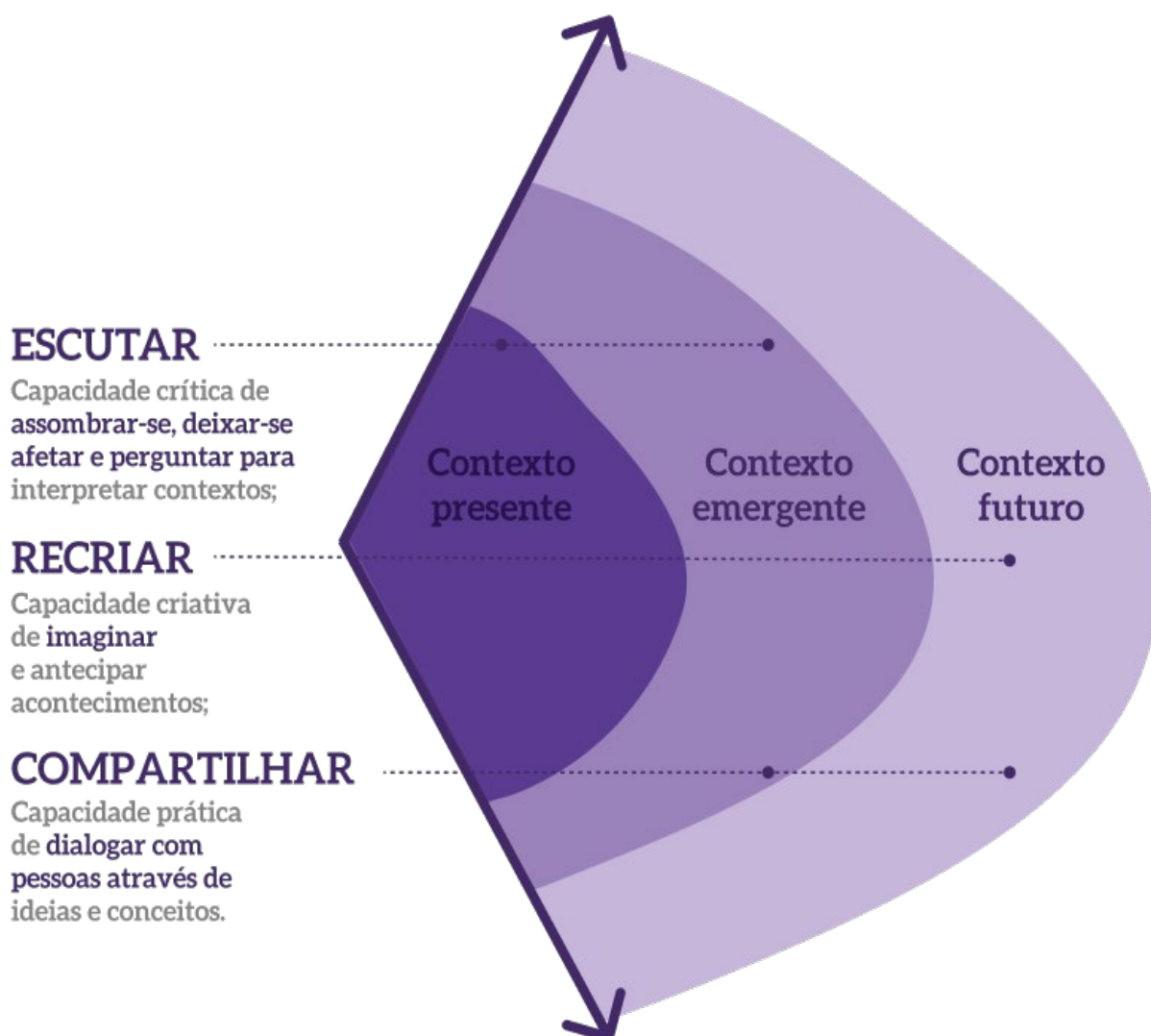
O senso crítico, o senso criativo e o senso prático, segundo o autor, são dons inatos aos seres humanos que orientam o pensar e o agir da própria capacidade da espécie, sendo necessário os estimular para acessar todo o seu potencial. Assim como toda capacidade humana, as capacidades funcionais do design para a ação estratégica também necessitam ser estimuladas. Estimular “ver” permite identificar exigências tácitas e não expressas pelas pessoas, que muitas vezes podem desencadear oportunidades para a inovação. Estimular “prever” permite somar as capacidades para antever possibilidades para o futuro de maneira crítica. E estimular “fazer ver” permite comunicar as ideias com clareza (ZURLO 2004 *apud*. ZURLO 2010).

A construção de capacidades funcionais para a ação projetual estratégica pode produzir novos significados que resultem na evolução das metodologias através de novos modos de pensar e de agir para o design estratégico: modos mais articulados, mais compartilhados e mais integradores. Modos que habilitem designers a pensar mudanças repensando a própria sociedade por meio da intencionalidade projetual transformadora, as quais também ampliem e transformem as atividades do próprio design (FREIRE, 2017; 2021; FRANZATO *et al.*, 2021). Para provocar essa transformação, o design estratégico deve orientar a construção de capacidades que considere diferentes perspectivas de conhecimento para elaborar estratégias que contribuam para a ação projetual. Possibilitando que designers orientem seus saberes a fim de propor estratégias, métodos, práticas e projetos com possibilidades de mudanças radicais voltadas para essa produção de sentido na sociedade, cujos efeitos resultantes sejam sistemas, soluções habilitantes, tecnologias sociais, entre outros (FREIRE, 2017; 2021).

Revisitando as origens para desdobrar o design estratégico por um olhar feminista, acredito que a comunidade italiana tem contribuído em sistematizar metodologias em direção à inovação significativa. No entanto, percebo que falha em não as significar de fato com novos sentidos que acompanhem a realidade contemporânea. Na direção contrária, perpetua pesquisas e práticas sob as mesmas perspectivas dominantes, reproduzindo os mesmos nomes de sempre. Nomes que carregam privilégios sociais, que são majoritariamente do gênero masculino, mas também do feminino, e que se privilegiam com suas perspectivas cisgêneras, heterossexuais, brancas, de classes média-alta, e de origem europeia.

Tendo em vista uma intencionalidade transformadora para o avanço desse estudo, proponho que novas capacidades sejam construídas. Resignifico as capacidades de ver, prever e fazer ver, por lentes feministas, dando lugar para uma abordagem mais acolhedora, integradora e holística. Retomo os verbos de escutar, recriar e compartilhar (DINIZ E GEBARA, 2022) para construir as capacidades feministas para a ação projetual estratégica, as quais apresento na Figura 7 e as desdubro a seguir.

Figura 7 – Implicações feministas para o design estratégico



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Diniz e Gebara (2022).



Proponho escutar como uma capacidade crítica de assombrar-se, deixar-se afetar e perguntar para, assim, interpretar contextos. Além de orientar a leitura dos contextos presente e emergente, estabelece senso crítico para sentir o estado das coisas, reconhecendo o que não pode ou não poderia ser aceitável. Já a capacidade de recriar, proponho como uma capacidade criativa de imaginar e antecipar acontecimentos. Além de orientar a leitura antecipada do contexto futuro, estabelece senso criativo para construir cenários futuros que tangibilizem a esperança imaginada. E, por fim, proponho compartilhar como uma capacidade de dialogar com pessoas através de ideias e conceitos. Além de orientar a leitura dos contextos emergente e futuro, estabelece senso criativo para construir cenários que tangibilizem a esperança imaginada e compartilhada de futuros possíveis, mesmo diante a contextos tão complexos.

O design estratégico por um olhar feminista, portanto, acelera os estudos de design estratégico impulsionados por novos significados, destacando a produção de sentido como premissa de projeto e não como um ideal a ser atingido. É uma resposta aos ciclos que se repetem e reforçam os sistemas de opressão, caminhando na direção oposta das inovações que tem origem no mercado e são movidas por tecnologias (e que visam os benefícios de uma organização independente de gerar valor para a sociedade ou não). Assim, não se iniciaria um projeto sem a certeza de que as ações resultam em valores compartilhados para a sociedade que rompam com sistemas e provoquem uma transformação significativa na sociedade.

Por este motivo, a construção de capacidades deve ser destacada como premissa como um meio para propor soluções de design mais acolhedoras, integradoras e holísticas. Isso significa incorporar as capacidades de escutar, recriar e compartilhar nas pesquisas e práticas. Promovendo assim, novas formas de sentir, pensar e fazer design que considerem pessoas marginalizadas desde o início, em um processo participativo e colaborativo. Através das lentes feministas, designers podem desenvolver maior senso de responsabilidade com a sociedade e transformar seus olhares para elaborar novas estratégias de design. Esses novos olhares aumentam a visibilidade de potenciais abordagens aliadas como tecnologias sociais e saúde humanizada, permitindo explorá-las através das lentes feministas. Tópicos que apresento a seguir.

### 2.1.2 Tecnologias sociais por um olhar feminista

Para melhor explorar as tecnologias sociais por um olhar feminista, apresento a definição do Instituto de Tecnologias Sociais que as apresentam como "um conjunto de técnicas, metodologias e/ou ferramentas sistematizadas e articuladas que, por meio da criatividade, solucionam questões sociais específicas e/ou ampliam oportunidades de desenvolvimento humano sustentável" (ITS, 2004). Uma definição que vai além de inovações tecnológicas, incluindo a participação das pessoas durante seu processo de implementação, além de promover o desenvolvimento tecnológico através de ações mais igualitárias, mais justas, mais prósperas e mais sustentáveis para a sociedade.

As tecnologias sociais possuem uma abordagem construtivista e participativa que alia conhecimentos técnicos, organização social e saber popular para implementar soluções voltadas a demandas diversas, como alimentação, cultura, educação, habitação, saneamento básico, renda, saúde, trabalho, entre outras. Além disso, têm como objetivo promover a sustentabilidade econômica e o fortalecimento das pessoas marginalizadas, em diferentes âmbitos culturais, econômicos, políticos e sociais. Seus paradigmas sociais podem ser considerados como ponto de partida para a proposição de cinco tipos de tecnologias sociais, quais sejam: (1) dispositivos, equipamentos ou produtos; (2) inovações sociais gerenciais; (3) inovações sociais organizacionais; (4) metodologias, procedimentos, processos ou técnicas; e (5) serviços (ITS, 2004).

Como abordagem aliada ao desenvolvimento humano sustentável, entendo que, assim como o design estratégico propõe metodologias sistematizadas para criar e guiar a inovação significativa, as tecnologias sociais podem beneficiar verdadeiramente a sociedade, em diferentes dimensões. Dimensões que o ITS (2004) reconhece como: conhecimento, ciência e tecnologia, gerando inovação com base em paradigmas em comum de um grupo social; participação, cidadania e democracia, adotando metodologias participativas nos processos de trabalho e impulsionando sua disseminação e replicação; educação, gerando autonomia para o grupo social que se apropria da proposta de solução; e relevância social, provocando a transformação social através de iniciativas voltadas aos problemas sociais de sustentabilidade ambiental.

Problemas como a necessidade de eliminar a pobreza e a fome, contribuindo com a erradicação da miséria e com o aumento da segurança alimentar; de garantir a saúde e a aprendizagem, promovendo o bem-estar e o acesso permanente a educação de qualidade, inclusiva e equitativa; de combater a discriminação, empoderando pessoas marginalizadas e diminuindo as desigualdades sistêmicas; de proteger o meio ambiente, preservando a natureza; de lutar pela paz, ajudando a conseguir um mundo mais justo, com instituições mais sólidas e democráticas; de construir cidades mais habitáveis, em busca do desenvolvimento humano mais sustentável; e de fomentar uma economia mais ética, impulsionando a inovação, o consumo e a produção responsáveis (IBERDOLA, 2022).

Segundo Garcia (2014), as tecnologias sociais também se inserem na articulação entre distribuição democrática de poder, equidade social, e fomento tecnológico, como um debate contemporâneo em torno das relações entre padrões de percepção e cognição da realidade, além das hierarquias sociais e políticas. Por meio dessas tecnologias, organizações podem se aproximar da sociedade, envolvendo-se com seus problemas sociais e revolucionando a forma de produção e de consumo e a visão do que gera valor para todas as partes. Valores que gerem ganho para as organizações, uma vez que reduzem o impacto negativo no aspecto ambiental e ecológico, e ganhos para a sociedade, uma vez que as soluções tecnológicas estão a seu favor nos âmbitos culturais, econômicos, políticos e sociais (ITS, 2022).

Embora as tecnologias sociais ganhem espaço com soluções inovadoras para problemas sociais complexos, é importante lembrar que nem todas as tecnologias sociais são criadas igualmente, e que algumas abordagens ainda podem perpetuar e reproduzir opressões. Para Costanza-Chock (2020) e Karlsson (2022), os vieses das tecnologias podem reproduzir ou intensificar opressões por uma proposição universalista de tecnologias pelo design, como plataformas e algoritmos que excluem pessoas marginalizadas e suas perspectivas interseccionais. As autoras concordam que, por trás de algoritmos, designs e tecnologias, estão pessoas com diferentes variáveis que compõem as identidades individuais e podem difundir esses vieses através de decisões que impactam nesse desenvolvimento.

Tecnologias convencionais possuem algoritmos convencionais e são treinadas em conjunto de dados permeados por lacunas. Segundo Criado-Perez (2022. P. 12), “os algoritmos normalmente são protegidos, vistos como *softwares* de

propriedade de alguém, não se pode sequer verificar se tais lacunas foram levadas em conta”. Lacunas que podem ou não atingir as tecnologias sociais, também. Independente da abordagem, a tecnologia é uma construção humana, repleta de compreensões, escolhas e percepções, mas também de silêncios e de omissões (KOMINEK E VANALI, 2016). Da mesma forma, Tlostanova (2017), entende que não se deve incluir essas pessoas de forma gananciosa e restrita, apenas apropriando-se dos elementos de sua cultura e de seu estilo de vida ou as tratando como elementos meramente decorativos, destituídos de significado: é preciso ampliar a consciência para mudar a lógica e dar voz para essas pessoas, em seus devidos espaços. As autoras concordam que uma sociedade desigual, excludente e opressora acaba por reproduzir esses silêncios e omissões que sustentam e intensificam esta desigualdade, tornando a tecnologia um instrumento de fortalecimento e manutenção de desigualdades e injustiças.

Para Costanza-Chock (2020) e Karlsson (2022) entendem que a tecnologia é política e pode ter um impacto na transformação cultural, tanto fortalecendo os sistemas de opressão ou promovendo uma visão da humanidade, sendo preciso escolher qual caminho seguir. Entendo que um caminho seria articular lentes feministas para o desenvolvimento de tecnologias sociais pelo design, fugindo de perspectivas generalistas de *user centered-design*. Para Radzikowska *et al.* (2019), o desenvolvimento de tecnologias pelo design tem consequências igualmente negativas e positivas, pois se trata de um reflexo da sociedade. Devendo considerar, portanto, as estruturas culturais, econômicas e sociais que moldam e são moldadas pela tecnologia e considerar implicações a partir das lentes feministas, capazes de propor tecnologias com significados.

Para evitar que os ciclos se repitam, tecnologias sociais podem se vincular a movimentos engajados por pessoas ativistas que instauram debates tecno políticos como autonomia, conhecimentos sobre a internet, infraestruturas digitais, segurança da informação, vieses dos algoritmos, entre outros temas (OLIVEIRA, ARAÚJO E KANASHIRO, 2020). Visando esse desenvolvimento de tecnologias com significados, Kominek e Vanali (2016), entendem que elas devem ser percebidas para além da técnica, do desenvolvimento experimental e das pesquisas de laboratório, exigindo interpretações ampliadas, sensibilidade e respeito à diversidade e às relações sociais e à saúde das pessoas.

Quando se trata do desenvolvimento de tecnologias sociais para a saúde humanizada, as lentes feministas podem ser um olhar complementar, já a premissa é centrar nas demandas das pessoas marginalizada e preencher as lacunas de dados de vulnerabilidades sociais. Portanto, as tecnologias sociais por um olhar feminista implicam em transformações em diversos âmbitos através da economia solidária, do empreendedorismo social, de modelos educacionais diferenciados, da sustentabilidade, e da promoção da saúde. Sendo percebidas pelo valor social e como potenciais vetores de mudança para a sociedade, em diferentes níveis de inclusão, evidenciando aspectos que também explorem a saúde humanizada por um olhar feminista, tópico que apresento a seguir.

### 2.1.3 Saúde humanizada por um olhar feminista

Para melhor explorar a saúde humanizada por um olhar feminista, apresento a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH, 2003), como abordagem mais acolhedora, integrativa e holística. O termo “saúde humanizada”, tem sido usado nas agendas, ações e políticas públicas para pessoas que estão em desvantagens sociais além do sexo biológico, incluindo expressão e identidade de gênero, orientação sexual, cor, classe social e outros marcadores sociais. Também conhecida como HumanizaSUS, a política busca colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano e nas rotinas dos diferentes serviços de saúde oferecidos no Brasil, produzindo mudanças nos modos de gerir e de cuidar.

As mudanças são implementadas por meio do estímulo a comunicação entre as pessoas envolvidas no processo, como gestão, profissionais de saúde e pessoas usuárias. O objetivo é enfrentar relações de poder que muitas vezes tem como consequência atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dessas pessoas envolvidas. São implementadas a partir de oito premissas, quais sejam: (1) acolhimento; (2) gestão participativa; (3) cogestão; (4) ambiência; (5) clínica amparada; (6) clínica compartilhada; (7) valorização de profissionais; e (8) defesa dos direitos de pessoas usuárias (PNH, 2003).

Desdobrando uma a uma, o acolhimento reconhece as necessidades de saúde das pessoas como legítimas e singulares, assegurando que sejam priorizadas de acordo com a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. Segundo a PNH (2003), para aplicar essa diretriz, é importante construir e manter uma relação de

confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, os serviços, pessoas usuárias e demais partes interessadas. Além disso, profissionais podem praticar uma escuta ativa e qualificada às necessidades das pessoas usuárias, garantindo o acesso oportuno a tecnologias adequadas e ampliando a efetividade das práticas de saúde. E, como um valor para a prática de saúde humanizada, também podem construir coletivamente esse acolhimento, a partir da análise dos processos de trabalho.

Neste sentido, a gestão participativa e cogestão reconhece a inclusão de pessoas nos processos de análise e decisão das tarefas de gestão, que se transforma com os aprendizados coletivos, com as análises contextuais da política em geral e da saúde em particular. Segundo a PNH (2003), para aplicar essa diretriz, profissionais podem organizar e experimentar diálogos estratégicos. Além disso, é importante produzir movimentos que favoreçam a ambiência, a partir da organização de espaços coletivos de gestão e de mecanismos que garantem a participação ativa de pessoas usuárias no cotidiano das Unidades de Saúde.

A ambiência reconhece a importância de criar espaços que, além de acolhedores, são confortáveis, saudáveis e respeitam a privacidade, proporcionando transformações no processo de trabalho que sejam coerentes a esses espaços. Segundo a PNH (2003), para aplicar essa diretriz, profissionais podem compartilhar discussões sobre reformas para o uso dos espaços de acordo com as necessidades de todas as partes envolvidas, onde cada serviço é uma oportunidade que pode melhorar a prática da saúde humanizada.

A clínica amparada e a clínica compartilhada envolvem uma ferramenta prática e teórica que tem como finalidade a contribuição para uma abordagem clínica em relação ao adoecimento e ao sofrimento das pessoas usuárias. Entendendo a importância de considerar a complexidade e a singularidade das pessoas e de seus processos de doença e de saúde. Para aplicar essa diretriz, profissionais podem utilizar recursos que permitam a qualificação dos diagnósticos e do diálogo, tanto entre a equipe de profissionais de saúde envolvida no tratamento, quanto da equipe com as pessoas usuárias, promovendo autonomia e decisões compartilhadas.

A valorização de profissionais reconhece a importância de dar visibilidade às suas experiências e vivências particulares, promovendo a inclusão na tomada de decisão e a confiança em apostar no seu senso analítico para definir e qualificar a prática de saúde humanizada a partir dos processos de trabalho. Para aplicar essa diretriz, profissionais podem participar do Programa de Formação em Saúde e

Trabalho e da Comunidade Ampliada de Pesquisa, espaços que promovem a análise, o diálogo e a intervenção para entender o que causa adoecimento e sofrimento, e ajudando a discutir os melhores acordos de como agir no serviço de saúde.

Por fim, a defesa das pessoas usuárias envolve o incentivo do conhecimento e da informação de todos os direitos garantidos por lei para as pessoas, assegurando que se encontram em um espaço de saúde que irá cumpri-los em todas as fases do cuidado, da recepção até a alta. Para aplicar essa diretriz, profissionais podem estar atualizados e sempre lembrar de reforçar os direitos das pessoas, compartilhando com dedicação e empatia.

Não é de hoje que as pessoas marginalizadas atravessam por incontáveis obstáculos para exercer plenamente seus direitos de serem pessoas saudáveis em meio a uma sociedade que opera sob sistemas de opressão. Através das lentes feministas, identifiquei práticas que orientem profissionais de saúde a promover um atendimento através da abordagem acolhedora, integradora e holística da saúde humanizada por um olhar feminista. Uma abordagem que reconhece a complexidade das perspectivas das pessoas, as quais são consideradas e respeitadas em todas as camadas de intersecção de suas identidades.

Esse olhar pode contribuir para romper com os sistemas de opressão na saúde, começando por desconstruir estereótipos nos espaços de saúde em relação às perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas. Enquanto o olhar humanizado pode transformar e preparar competências, espaços e serviços para assistir adequadamente as demandas dessas pessoas; o olhar feminista pode enfrentar quaisquer padrões normativos imputados por esses sistemas que excluem, marginalizam e até mesmo desconsideram as pessoas marginalizadas nas pesquisas e práticas de saúde.

Entre alguns exemplos de marginalização nas pesquisas e práticas de saúde estão as pessoas do sexo biológico feminino, em que mulheres cisgêneras e pessoas com útero têm a elas restringidas o papel social de “mães” e “domésticas”, responsáveis pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde de seus familiares (BRASIL, 2004; 2011). Há um fenômeno cultural que centraliza as ações políticas orientadas a saúde dessas pessoas no binômio mãe-bebê, como resultado de um despreparo estrutural, vinculando a estereótipos sexistas e pronatalistas (BOTTON *et al.*, 2017). Nogueira, (2017) e Diniz e Gebara (2022) concordam que os

papeis sociais a elas imputados são uma das formas dos sistemas de opressão as controlarem através da pedagogia do cuidado. Imutam a elas a maternidade como um destino, a reprodução biológica como ordem natural e o papel social de cuidado para com os outros, deixando de lado o cuidado para com elas mesmas.

Para promover iniciativas de saúde mais integradoras, é proposta a primeira Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher visando assistir às suas demandas por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas (BRASIL, 2004; 2011). Embora a proposta tenha inaugurado iniciativas importantes para a promoção da saúde de mulheres e pessoas com útero, concordo com Botton *et al.* (2017) que não foi totalmente efetiva em resolver os estereótipos dos papeis sociais imputados ao sexo biológico feminino.

Criado-Pérez (2012) e Rocha (2021) concordam que esses estereótipos reverberam em um imenso desequilíbrio em relação a saúde dessas pessoas e esta diferença não é considerada apenas factual, mas sim uma hierarquia dominante que não evolui há séculos: enquanto corpos femininos eram considerados atípicos e complexos, corpos masculinos eram considerados um ideal inatingível. Estruturando, assim, uma comunidade científica sob o comando de homens que, por décadas, tiveram os corpos masculinos como verdade universal: desconsiderando e excluindo propositalmente as particularidades e complexidades dos corpos femininos nas decisões de pesquisa (ROCHA, 2021). As autoras que as decisões são produto da sociedade: a mesma em que os homens sempre estiveram no comando, criando normas predominantemente masculinas como universal e negligenciando a saúde feminina.

Criado-Pérez (2012) reforça que esse debate ainda é atual e, mesmo diante a todas as evidências, o sexo biológico e a complexidade dos corpos seguem sendo desconsiderados em muitos estudos científicos. Mesmo sendo considerado senso comum ou comprovado no meio científico de que existem diferenças entre as pessoas que extrapolam para além dos órgãos genitais. Pesquisas recentes com diversas imprecisões repercutem em impactos negativos que não cessam na academia, mas também extrapolam para a prática profissional da medicina em que profissionais evidenciam suas perspectivas. Rocha (2021) exemplifica com a publicação<sup>3</sup> de uma renomada revista da saúde, em que o autor é contra a testagem

---

<sup>3</sup> FIELDS, Douglas. Vive la Différence. In: Scientific American 311, 3, 14 Sep. 2014.



e a pesquisa em corpos femininos, alegando que são muito complexos, variáveis e um enorme desperdício de recursos.

À medida que recursos são poupados com decisões de pesquisas e práticas excludentes, mulheres cisgêneras e pessoas com útero sofrem consequências irreparáveis, pagando com perda de tempo, de dinheiro e, muitas vezes, com a perda de suas próprias vidas (CRIADO-PÉREZ, 2022). Silva e Pires (2017) apresentam que pelo menos 50% dos medicamentos e tratamentos prescritos a elas não foram testados em corpos femininos, sendo concebidos e dosados com base em testes realizados apenas em corpos masculinos. Não há exatidão se as doses ideais testadas para homens são muito baixas ou muito altas para as elas, pois as particularidades e singularidades de seus corpos são completamente ignoradas. Como por exemplo, o fato de que o ciclo menstrual que impacta na eficácia de antipsicóticos, anti-histamínicos e antibióticos e medicamentos para o coração (ROCHA, 2021).

A saúde feminina tem milênios de desvantagens na saúde em relação a saúde masculina (CRIADO-PÉREZ, 2022). São desvantagens que impactam no cuidado, na atenção integral à saúde e no exercício de seus direitos de serem pessoas plenamente saudáveis em seus diferentes ciclos de vida. Exercer esse direito é ainda mais desafiador em um contexto em que a saúde pública carece de profissionais, competências técnicas, leitos, recursos e infraestrutura, e a saúde privada atinge pouco mais de 20% da população (ANS, 2022). Diniz e Carino (2019), argumentam que essas desvantagens são estimuladas por normas que disseminam crenças, mitos e tabus limitantes, sendo táticas dos sistemas de opressão para o controle dos corpos femininos.

Limitações que colocam as mulheres cisgêneras e pessoas com útero em condições de desigualdade, opressão, subalternidade e vulnerabilidade, fazendo com que elas não se sintam pertencentes de um sistema de saúde também opressor, o qual deveria cuidá-las integralmente para assistir às suas demandas. Segundo Gunter (2019), é possível reverter a situação por meio de informações de qualidade que erradiquem essas crenças, mitos e tabus que prejudicam não apenas a saúde de mulheres cisgêneras e pessoas com útero, como também suas relações sociais. As autoras concordam que é preciso problematizar o sistema de saúde e todo o investimento em mantê-las desinformadas de informações fidedignas.

Ainda que a saúde feminina precise de atenção, problematizar o sistema de saúde é também evidenciá-la como um recorte excludente. Assim como as mulheres cisgêneras, outras perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas como pessoas não-binárias e trans se sentem constantemente desassistidas em diversos espaços, seja na saúde pública ou particular. As pessoas não-binárias, que não se percebem pertencentes a um gênero exclusivo, por exemplo, não se sentem encaixadas em um sistema de saúde pautado por generismo, que não trata suas expressões de gênero com responsabilidade. Muito se fala sobre “saúde do homem” e “saúde da mulher”, sem levar em consideração que pessoas não-binárias e trans podem ter útero e compartilhar das mesmas demandas de saúde que mulheres cisgêneras enfrentam (TROMBINI, 2022).

Para mudar esta realidade, Diniz e Gebara (2022) entendem que a sociedade precisa falar abertamente sobre pessoas marginalizadas garantirem seus direitos à autonomia ao próprio corpo, seja para decidirem sobre um aborto, para serem inseridas em um trabalho digno, para não morrerem de fome, ou para mantê-las vivas dos sistemas de opressão. Problematizar sistemas de opressão é urgente, e não se pode desconsiderar a complexidade do assunto para não recair em uma visão reducionista e universal que desconsidera diferentes perspectivas interseccionais (SCHIEBINGER, 2001; SCHAWARCZ, 2020).

Com a problematização do sistema de saúde, a área tem tido avanços significativos e tem ganhado visibilidade, através de um olhar feminista para sua pesquisa e prática. Gunter (2019), complementa que esse aumento de visibilidade deve engajar profissionais da área a disseminarem informações corretas para erradicar as crenças, os mitos e os tabus em todas as especialidades, acolhendo e integrando o maior número de pessoas da sociedade. A saúde humanizada por um olhar feminista é necessária para acolher e integrar as pessoas marginalizadas de forma holística.

As capacidades feministas como abordagem acolhedora, integradora e holística consegue olhar com atenção para cultura cis-heteronormativo que ainda assola a saúde de pessoas LGBT, por exemplo. Segundo Alminhana (2020), excluir essas pessoas de pesquisas e práticas relacionadas a saúde gera desconhecimento e despreparo profissional no atendimento de suas demandas, levando-as a buscar automedicação. Além de elevar seus riscos à saúde e as vulnerabilizar ainda mais, esse despreparo também afeta no bem-estar mental, físico e social dessas pessoas.

Em seu estudo, Darc (2019) também identifica o quanto os profissionais da área de saúde não são formados para lidar com as demandas de saúde das pessoas LGBTQ+, que não se encaixam no padrão heteronormativo. Rodrigues e Falcão (2021), concordam que quando as pessoas se distanciam da suposta linearidade sexo-gênero-sexualidade, tornam-se vulneráveis ao estigma e à discriminação, normatizada nas práticas de saúde, que acabam por tornar a orientação sexual, a expressão e a identidade de gênero socialmente invisíveis e com menor legitimidade.

Para Rodrigues e Falcão (2021), a discriminação persiste nos espaços de atenção à saúde, especialmente nas consultas clínicas, trazendo à tona discussões pertinentes sobre direitos sexuais e reprodutivos de uma forma que destoam dos consagrados, até então, às mulheres, cisgêneras, brancas e heterossexuais. A diversidade sexual e seus desdobramentos na área, segundo as autoras, têm provocado diversos questionamentos e reflexões por pessoas pesquisadoras das ciências humanas e sociais e da interface com as condições de saúde LGBTQ+ também convocam importantes reflexões sobre como elas se apropriam de seus próprios corpos e sobre suas percepções acerca do risco das doenças.

Diante a pouca expressividade das demandas de saúde LGBTQ+, Rodrigues e Falcão (2021) percebem desvantagens sociais relacionadas aos processos de estigma e discriminação nos serviços de saúde. Como exemplo, as autoras destacam a consulta ginecológica que pode ser marcada por situações de constrangimento e de traumas, que vão desde a decisão de revelar ou não sua orientação sexual aos profissionais médicos, até as demais reações do profissional e as repercussões para o cuidado neste lugar de exposição da intimidade.

Uma falta de assistência digna para as demandas de saúde LGBTQ+, que reverbera em dificuldade de acesso em diversas especialidades, além de se depararem com escassez de profissionais capacitados e preparados. Para Darc (2019), há despreparo de profissionais ao lidar com a complexidade da sociedade para além das normativas sociais consolidadas, sendo a visibilidade o principal fio condutor para a desconstrução. Apesar do despreparo, Darc (2019) e Rodrigues e Falcão (2021) concordam que a melhor alternativa ainda é recorrer às especialidades médicas, sem aceitar a violência como uma realidade comum e constante.

São pessoas que passam por muitas dificuldades e limitações com sua saúde, desde o desrespeito ao nome social, a discriminação e até o diagnóstico no processo de transição. A saúde dessas pessoas requer um Sistema de Saúde Único feminista, integral e equânime. Feminista para lutar pelo acesso de suas diferentes perspectivas interseccionais; integral para ofertar para essas pessoas a atenção à saúde de forma articulada e contínua; e equânime para considerar as questões próprias à saúde das pessoas trans (ROCON *et al.*, 2016).

Neste sentido, o design estratégico, as tecnologias sociais e a saúde humanizada podem se beneficiar por uma abordagem acolhedora, integradora e holística. Um olhar feminista que reforça a importância de acolher e integrar quaisquer perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas, ampliando suas demandas de saúde. Ampliando para considerar a inter-relação das diferentes perspectivas de privilégio e de opressão que as pessoas enfrentam a partir de diferenças em sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, raça, etnia, classe social, escolaridade, idade, nacionalidade, religião, habilidades, entre outras perspectivas. Perspectivas que se moldam por diferentes contextos, experiências, interesses, percepções, valores e vivências de diferentes pessoas, moldando suas visões de mundo e como esse mundo olha de volta para elas.

Por isto, entendo que as lentes de pesquisa exploram novos olhares para as áreas de design, tecnologia e saúde, desconstruindo abordagens objetivistas que favorecem perspectivas de privilégio e acabam por excluir diversas experiências e necessidades de outras perspectivas. Acredito que as perspectivas interseccionais são pontos de partida para a ação projetual estratégica de soluções tecnológicas para a saúde. A compreensão dessas perspectivas garante que as necessidades e as experiências das pessoas marginalizadas sejam priorizadas.

Através de lentes feministas, o design estratégico, as tecnologias sociais e a saúde humanizada são percebidas como abordagens acolhedoras, integradoras e holísticas. Possibilitando, assim, seu desenvolvimento mútuo com a construção de capacidades feministas para a ação projetual estratégica, as quais habilitam a lidar com os problemas complexos consequentes dos sistemas de opressão, a partir de implicações feministas para as áreas de design, tecnologia e saúde, as quais apresento na Figura 8 e desdubro a seguir.

Figura 8 – Implicações feministas para as áreas de design, tecnologia e saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

As implicações feministas para as áreas de design, tecnologia e saúde que sugiro são: (1) escutar e validar as pessoas marginalizadas, para reconhecer as diferentes perspectivas interseccionais, as experiências, as opiniões e as necessidades únicas de cada pessoa; (2) combater a discriminação e outras formas de opressão, para criar soluções tecnológicas que promovam conscientização e suporte; (3) garantir a acessibilidade e a equidade, para que as pessoas acessem tecnologias e espaços de saúde facilmente, independentemente de suas perspectivas sociais de sexo biológico, expressão e identidade de gênero,

orientação sexual, raça, etnia, classe social, entre outras; (4) promover a saúde humanizada, para propor soluções tecnológicas sociais que ajudem na assistência dos cuidados de saúde; e (5) respeitar a autonomia das pessoas, para incentivar as suas capacidades de tomar decisões informadas sobre a sua saúde com responsabilidade.

Entendo que são implicações que designers podem adotar através de lentes feministas para que as pessoas sejam impactadas positivamente com soluções tecnológicas para a saúde que respeitem a sua dignidade e autonomia, e que levem em consideração as suas necessidades únicas. As capacidades feministas de escutar, recriar, compartilhar habilitam designers para lidar com os paradigmas dessas pessoas marginalizadas, e atentar para seus constantes desafios no contexto da saúde. Além disso, visualizo a importância de, como pesquisadora, distanciar-me das minhas perspectivas de privilégio social para compreender o que, de fato, afeta outras perspectivas interseccionais e, então, deixar-me afetar também. Neste sentido, pretendo coletar insumos para tangibilizar uma ferramenta de design estratégico para guiar o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada de pessoas marginalizadas, utilizando as capacidades feministas de escutar, recriar e compartilhar para estruturar a metodologia, capítulo que apresento a seguir.

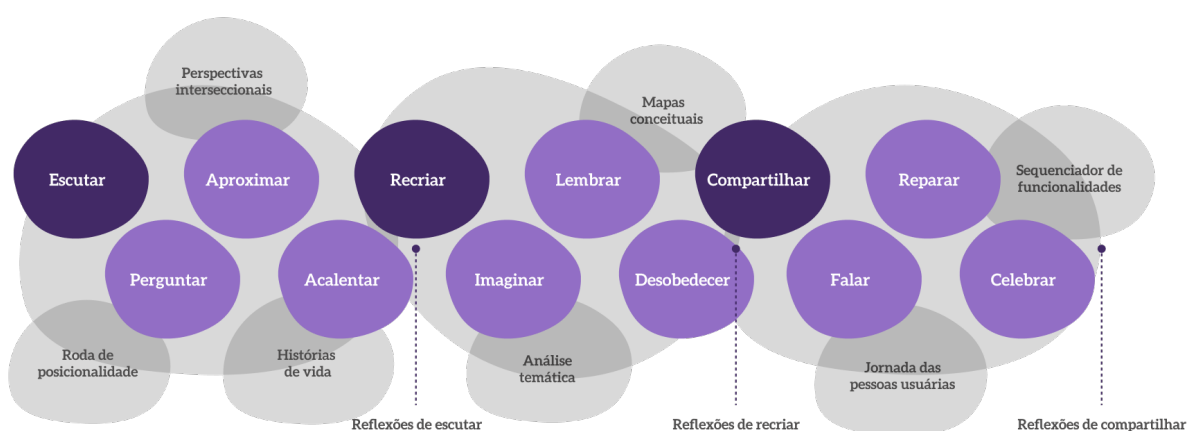
### 3 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresento a metodologia feminista, estruturada a partir da caracterização da pesquisa e da proposta de uma ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada, os quais apresento e desdubro nos subcapítulos a seguir.

#### 3.2 Metodologia feminista

Proponho uma metodologia de pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, aliando à revisão teórica da literatura e à ação projetual estratégica. A pesquisa exploratória orienta a teoria através das lentes feministas, visando promover a discussão de questões insuficientemente estudadas na ciência (REINHARZ, 2017). Já a abordagem qualitativa orienta a ação projetual visando compreender as diferentes perspectivas sociais existentes, especialmente das pessoas marginalizadas pela sociedade. A caracterização da pesquisa também intenciona valorizar as histórias, as narrativas e os relatos das pessoas, considerando suas experiências, identidades e perspectivas (HARDING, 2015). Neste sentido, retomo as capacidades feministas construídas na revisão teórica da literatura (DINIZ E GEBARA, 2022) para estruturar a metodologia feminista para a ação projetual estratégica, a qual apresento na Figura 9 e desdubro a seguir.

Figura 9 – Metodologia feminista para a ação projetual estratégica



Fonte: Elaborada pela autora.

Estruturo a metodologia feminista para a ação projetual estratégica pelas três capacidades feministas e suas ações associadas: (1) escutar, com as ações de perguntar, aproximar e acalantar; (2) recriar, com as ações de imaginar, lembrar e desobedecer; e (3) compartilhar, com as ações de falar, reparar e celebrar. Além disso, incorporo dez práticas que entendo ser fundamentais para o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada. As práticas recomendadas são: roda de posicionalidade, perspectivas interseccionais, histórias de vida, reflexão de escutar, análise temática, mapas conceituais, reflexão de recriar, jornada das pessoas usuárias, sequenciador de prioridades e reflexão de compartilhar.

É uma metodologia que se difere em diversos pontos dos processos tradicionais de design, destacando-se como processo alternativo aos centrados em soluções para o mercado, pois busca compreender o contexto com uma abordagem mais acolhedora, integradora e holística. Abordagem que centre nas perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas, promovendo um ambiente inclusivo e colaborativo, que valoriza as experiências e perspectivas diversas das pessoas envolvidas no processo de design. Além disso, diferentemente dos processos tradicionais de design que indicam etapas processuais com passo-a-passo pré-definido, recomendo que as capacidades feministas, seja exercitada de maneira profunda, de maneira não linear e respeitando a iteratividade criativa para obter insumos a partir de suas ações e práticas associadas.

Por ser uma metodologia nova, recomendo que designers exercitem as práticas de maneira individual, sem tempo de aplicação pré-definido, com liberdade para desenvolver o senso de responsabilidade, a partir das capacidades feministas. Além disso, recomendo que pelo menos seis perspectivas interseccionais de pessoas marginalizadas sejam convidadas para participar de algumas das práticas, dedicando tempo para entender suas necessidades, também de forma individual. A partir destas recomendações, deixo a metodologia aberta para personalização, de acordo com cada necessidade de aplicação,

Para facilitar sua aplicação com melhor compreensão de como as capacidades feministas e suas ações e práticas associadas podem orientar a ação projetual estratégica, disponibilizo uma ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada. E, para criar a ferramenta, apoio-me nas ações e práticas para exercitar as capacidades de escutar, recriar e compartilhar, as quais desdubro em detalhe nos tópicos a seguir.

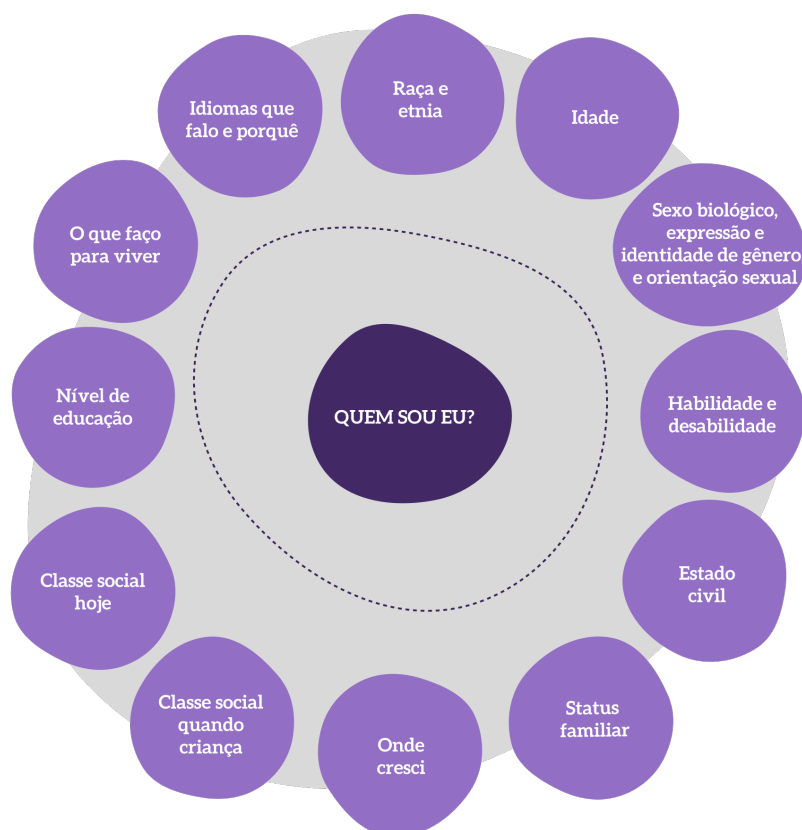


### 3.2.1 Capacidade de escutar

Para exercitar a capacidade de escutar, são recomendadas as práticas roda de posicionalidade, perspectivas interseccionais, histórias de vida e reflexão de escutar, com as ações de perguntar, aproximar e acalantar. As práticas são escolhidas para que designers exercitem a capacidade de escutar de dentro para fora e de fora para dentro. A escuta pode ser feita a qualquer momento, independente da prática exercitada. Não há limite de tempo de aplicação, mas é importante definir um planejamento para conseguir passar por todas as capacidades e chegar em uma proposta de desenvolvimento de tecnologias sociais para a saúde humanizada.

Pensando em exercitá-las de dentro para fora e de fora para dentro, apresento a roda de posicionalidade, como primeira prática da capacidade de escutar. Proponho que seja exercitada a partir de uma releitura de Noel e Paiva (2022), a qual apresento na Figura 10 e desdobro a seguir.

Figura 10 – Roda de posicionalidade



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Noel e Paiva (2022).

Entendo que a roda de posicionalidade é uma prática que estimula essas novas formas de sentir, pensar e fazer design. Pode auxiliar designers a refletirem sobre sua posicionalidade e sobre a posicionalidade de outras pessoas antes de qualquer iniciativa. Adaptei a estrutura original proposta por Noel e Paiva (2022), traduzindo as informações para o português e atualizando um dos fatores que entendo fazer sentido para uma releitura mais acolhedora, integrativa e holística, considerando diferentes perspectivas interseccionais.

Ao invés de utilizar os fatores “gênero e sexualidade” originalmente propostos, utilizo “sexo biológico, expressão e identidade de gênero e orientação sexual”. Sendo sexo biológico referente ao nascimento, identidade de gênero referente a sentimentos pelos quais uma pessoa se relaciona e se identifica com o próprio corpo; expressão de gênero referente a apresentação e expressão pelas quais uma pessoa se corporifica para a sociedade; e orientação sexual referente a relacionamentos afetivos e sexuais pelas quais as pessoas se atraem (CRUZ, BARRETO E DAZZANI, 2020).

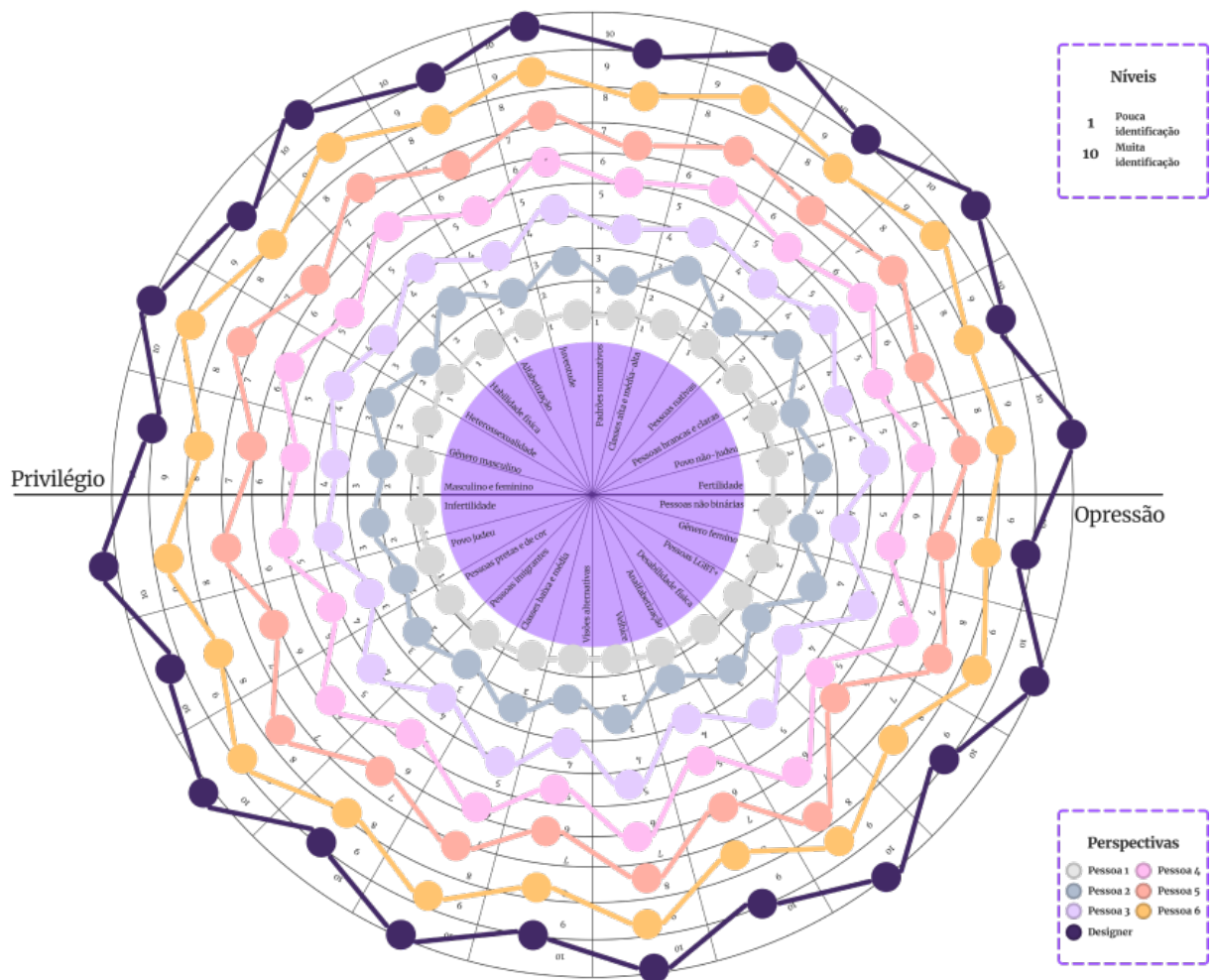
A roda de posicionalidade tem a pergunta “quem sou eu?” como centralidade e é acompanhada por outros doze fatores que ajudam a identificar as visões de mundo de uma pessoa. São fatores facilmente identificáveis, os quais servem para auxiliar essas pessoas a declararem sua posicionalidade, por meio de uma reflexão profunda. Os doze fatores são: (1) raça e etnia; (2) idade; (3) gênero e sexualidade; (4) habilidade e desabilidade; (5) estado civil; (6) *status* familiar; (7) onde cresci; (8) classe social quando criança; (9) classe social hoje; (10) nível de educação; (11) o que faço para viver; e (12) idiomas que falo e por quê.

Para exercitá-la, não é preciso determinar ordem para declarar a posicionalidade a partir de cada um dos fatores apresentados, e cada um pode ser respondido de maneira aleatória. Além da aplicação individual, também é possível usá-la para descobrir a posicionalidade de outras pessoas que, eventualmente, participam de forma direta ou indireta na ação projetual. Promovendo, assim a diversidade por meio de novas configurações de equipes que conseguem visualizar aspectos heterogêneos ou homogêneos. Com a declaração de posicionalidade, é possível identificar relações com a ação projetual, onde se pode refletir sobre sua posição para trazer identidades e preconceitos à tona, ajudando a prevenir de iniciativas excludentes.

Assim como apresenta Noel e Paiva (2022), é uma prática que ajuda designers a desenvolverem seus instintos para reconhecer a exclusão, para revelar as lentes pelas quais as pessoas experimentam o mundo e praticar a abordagem acolhedora, integradora e holística. A roda de posicionalidade também pode tornar explícitos os privilégios sociais, mesmo sendo difícil de localizá-los. Designers delineiam sua posicionalidade e isso reflete na descrição de suas identidades e visões de mundo, além de mostrar como seus trabalhos impactam em diferentes perspectivas interseccionais da sociedade.

Neste sentido, pensando em exercitá-las para mapear diferentes histórias de vida, apresento as perspectivas interseccionais, como segunda prática da capacidade de escutar. Proponho que sejam exercitadas a partir de uma releitura de AWIS (2022), a qual apresento na Figura 11 e desdobro a seguir.

Figura 11 – Perspectivas interseccionais



Fonte: Elaborada pela autora a partir de AWIS (2022).

Entendo que as perspectivas interseccionais são uma prática que mapeiam as diferentes experiências que as pessoas vivenciam. Pode auxiliar designers a refletirem sobre suas perspectivas e sobre as perspectivas de outras pessoas antes de qualquer iniciativa. Adapte a estrutura original proposta por AWIS (2022), traduzindo as informações para o português e atualizando alguns fatores para o contexto brasileiro.

Assim como a estrutura original, a linha central separa perspectivas de privilégio e perspectivas de opressão. Tudo que está no eixo de cima representa perspectivas de privilégios e que tudo que está no eixo de baixo representa perspectivas de opressão. As perspectivas de privilégio são: (1) masculino e feminino; (2) gênero masculino; (3) pessoas heterossexuais; (4) habilidade física; (5) alfabetização; (6) juventude; (7) padrões normativos; (8) classes alta e média-alta; (9) pessoas nativas; (10) pessoas brancas e claras; (11) povo não-judeu; e (12) fertilidade. Entre as perspectivas de opressão, apresento seus opostos: (13) pessoas não binárias; (14) gênero feminino; (15) pessoas LGBTQ+; (16) desabilidade física; (17) analfabetização; (18) velhice; (19) visões alternativas; (20) classes baixa e média; (21) pessoas imigrantes; (22) pessoas pretas e de cor; (23) povo judeu; e (24) infertilidade. E, diferente da estrutura original, adiciono níveis de 1 a 10 e pontos para arrastar pelas camadas de identidade com a perspectiva em questão, para que nenhuma perspectiva seja mapeada sem profundidade, além de ajudar no resultado gráfico de quais perspectivas estão sendo mais e menos atendidas.

Para exercitá-la, também não há ordem para mapear as perspectivas e cada uma pode ser respondida aleatoriamente. Recomendo que designers mapeiem sua própria perspectiva e convidem seis pessoas marginalizadas, para entender suas necessidades individualmente. A amostra pode ser definida por conveniência, pelas redes sociais ou profissionais, e a coleta das informações pode ser realizada de forma síncrona ou assíncrona. De forma síncrona, sugiro agendar uma videoconferência para cada pessoa participante, reservando pelo menos 30 minutos para que preencham em conjunto cada uma das perspectivas. Já de forma assíncrona, recomendo que a estrutura seja enviada para preenchimento por meio de canais de comunicação, ou transformada em formulário online. É importante que cada pessoa seja representada por uma cor diferente, para que o desenho final do mapa consiga ser legendado, além de facilitar as demais práticas. O desenho final evidencia os níveis de perspectivas de privilégio e de opressão.

Assim como apresenta AWIS (2022), quanto mais perspectivas interseccionais uma pessoa ocupa, mais privilegiada ou oprimida ela pode ser. Por isto, é uma prática que ajuda designers a visualizarem suas posições de privilégio, aproximando-se das posições de opressão que as pessoas marginalizadas enfrentam. As perspectivas interseccionais resultam em uma imagem que evidencia que caminho a ação projetual estratégica está seguindo, mostrando se há perspectivas desassistidas para que as decisões sejam tomadas com consciência a partir das histórias de vida dessas pessoas.

Assim, pensando em compreender as experiências de saúde vivenciadas pelas pessoas, apresento as histórias de vida, como terceira prática da capacidade de escutar. Proponho que sejam exercitadas a partir das visões de Nogueira *et al.* (2017), para aprofundar nas identidades, perspectivas e inter-relações de opressão e privilégio. Entendo que as histórias de vida são uma prática alternativa às tradicionais pesquisas de dados, pois compreende as visões de mundo que moldam as experiências, as identidades e as perspectivas das pessoas. Pode auxiliar designers a acessarem histórias de vida de outras pessoas que jamais teriam acesso em processos tradicionais de design, antes de qualquer iniciativa.

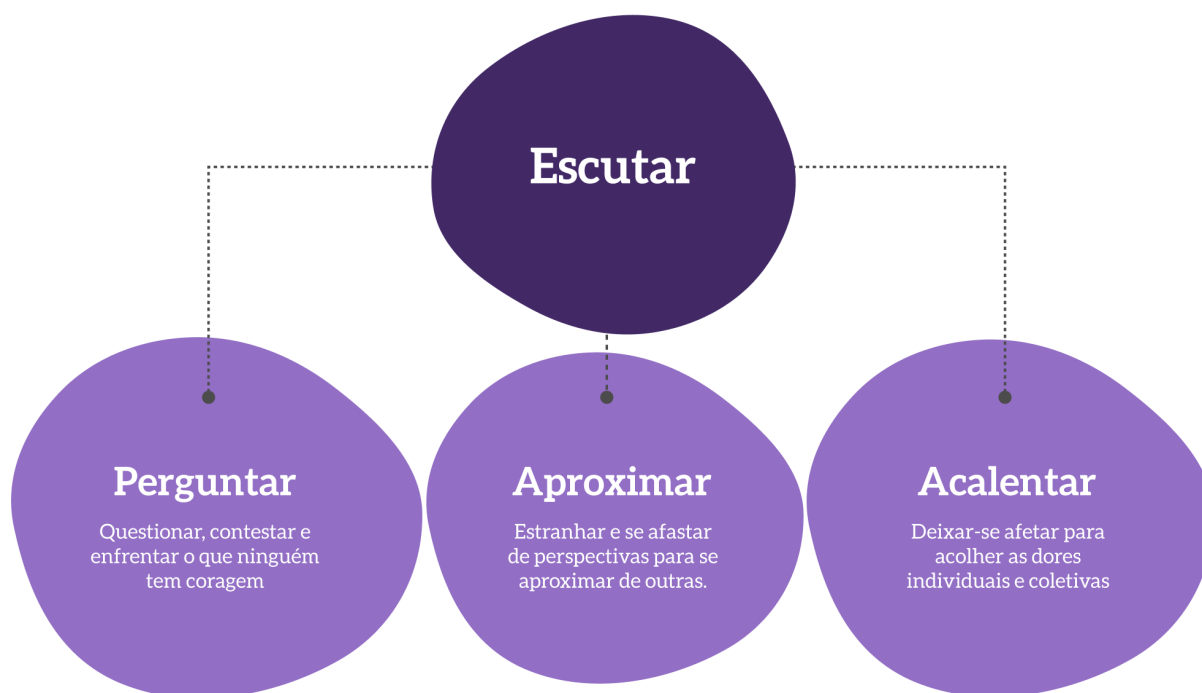
Para exercitá-la, recomendo convidar as seis pessoas que tiveram suas perspectivas interseccionais mapeadas anteriormente, situá-las sobre o contexto das histórias e da necessidade de propor tecnologias sociais para a saúde humanizada e combinar a coleta de informações, que deve ser realizada de forma síncrona e, preferencialmente, de maneira presencial para que a ação de aproximar seja mais bem aproveitada. Caso não seja possível, recomendo um planejamento prévio para aumentar a duração da videoconferência anterior para 60 minutos.

A coleta das histórias de vida pode ser realizada por meio da escuta de relatos de experiências não diretivas, e podem ser gravadas ou não. É uma prática que estabelece uma profundidade entre as pessoas pesquisadoras e as pessoas que elaboram suas narrativas. Também permite que as primeiras acessem perspectivas que só são possíveis através da escuta ativa, e que as segundas se sintam representadas na construção de conhecimento. Nogueira *et al.* (2017), ainda apresentam que essa construção se dá a partir da existência de um vínculo de relação entre pessoas pesquisadoras e participantes que, por sua vez, elaboram suas narrativas baseadas em um determinado momento de suas vidas.

Durante essa construção são apresentadas considerações sobre a interlocução, sobre o processo e sobre o tempo da história de vida em questão. No entanto, a compreensão da história e a força da narrativa são possíveis a partir de uma escuta comprometida e, por este motivo, a capacidade feminista deve envolver envolver assombrar-se, deixar-se afetar e perguntar para interpretar contextos. Por isto, recomendo que sejam consideradas diferentes perspectivas interseccionais: pessoas que estão em posições de desvantagens sociais por causa de sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, cor, classe social, maternidade e por outras perspectivas sociais. Pessoas que desejam e necessitam ser escutadas para romper com as amarras que as prendem a quaisquer sistemas de opressão, e que provoquem reflexões a partir da capacidade de escutar e suas ações associadas.

Neste sentido, pensando em exercitá-las também a partir das suas ações associadas, apresento a reflexão de escutar, como quarta e última prática dessa capacidade. Proponho que sejam exercitadas a partir das visões de Diniz e Gebara (2022), as quais apresento na Figura 12 e desdobro a seguir.

Figura 12 – Reflexão de escutar



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Diniz e Gebara (2022).

A reflexão de escutar, a primeira capacidade feminista da metodologia, é proposta como uma capacidade crítica de assombrar-se, deixar-se afetar e perguntar para interpretar contextos. Contextos que exploro pelas práticas roda de posicionalidade; perspectivas interseccionais; histórias de vida; e reflexão de escutar, as quais habilitam a outras ações através das lentes feministas. Entendo que escutar é uma capacidade feminista indissociável às ações: (1) perguntar, para questionar, contestar e enfrentar o que ninguém tem coragem; (2) aproximar, para estranhar e se afastar de perspectivas para se aproximar de outras; e (3) acalantar, para deixar-se afetar e acolher as dores individuais e coletivas (DINIZ E GEBARA, 2022).

Para exercitá-la, recomendo anotar, de maneira iterativa à medida que as práticas de escutar são exercitadas, registrando percepções pessoais sobre cada uma das ações. Na ação de perguntar, recomendo registrar os questionamentos, as contestações e o que inspirou coragem para enfrentar os sistemas de opressão. Já na ação de aproximar, recomendo registrar os estranhamentos, as exclusões e preconceitos que conseguiu afastar e as perspectivas que conseguiu se aproximar. Por fim, na ação de acalantar, recomendo registrar o que afetou e o que gerou afeto, a partir das dores que foram escutadas ao longo das práticas. Essas reflexões servem de insumos para a segunda capacidade feminista de recriar, a qual apresento no tópico a seguir.

### 3.2.2 Capacidade de recriar

Para exercitar a capacidade de recriar, são recomendadas as práticas análise temática, mapas conceituais e reflexão de recriar, com as ações de imaginar, lembrar e desobedecer. As práticas são escolhidas para que designers exercitem a capacidade de recriar as histórias de vida das pessoas marginalizadas em conceitos que mapeiem tecnologias sociais e necessidades na saúde humanizada. Assim como a capacidade anterior, não há limite de tempo para exercitá-las de maneira profunda, agora de fora para dentro.

Pensando em recriar as histórias de vida de saúde, apresento a análise temática, como primeira prática da capacidade de recriar. Proponho que seja exercitada a partir de uma releitura de Braun e Clarke (2006), para realizar interpretações que gerem insumos para relacionar as histórias a partir das

experiências coletadas. É uma prática qualitativa que consiste na análise os temas que surgem a partir dos dados coletados. Entendo que análise temática é uma prática que permite identificar padrões e temas emergentes que podem não ter sido previstos inicialmente. Pode auxiliar designers com leitura cuidadosa e detalhada dos dados coletados, antes de partir para qualquer iniciativa.

Entendendo que contar histórias de vida também significa recriá-las, Nogueira *et al.* (2017) indicam que as histórias de vida sejam transcritas para que se faça um mergulho analítico para identificar insumos que auxiliam a responder à questão de pesquisa. Ainda que seja delicado trabalhar com memórias, as autoras entendem a importância da relação estabelecida entre as duas partes, demonstrando ponderação acerca dos lugares de fala. Braun e Clarke (2006) apresentam que existem seis fases na análise temática: (1) familiarização com os dados, (2) geração de códigos; (3) busca de temas; (4) revisão dos temas; (5) definição e nomeação dos temas; e (6) produção do relatório final. Adapte a estrutura de para exercitá-las em três fases:

1. Mergulho analítico: transcrever as histórias de vida para fazer releitura profunda do material e, por consequência uma nova escuta;
2. Identificação dos temas: escolher temas para cada uma das histórias de vida, elencando um paradigma central prioritário, uma vez que podem surgir diversos assuntos distintos ao longo do relato; e
3. Interpretação de significados: fazer rodadas para agrupar relatos de outras histórias ao paradigma central prioritário, discutindo inferências e interpretações sempre que necessário.

Assim, pensando em conceituar os significados, apresento os mapas conceituais, como segunda prática da capacidade de recriar. Proponho que sejam exercitadas a partir das visões de Vianna *et al.* (2012), para recriar conceitos e ideias sobre a saúde humanizada e as tecnologias sociais, a partir dos temas identificados anteriormente. Entendo que os mapas conceituais são uma prática que facilita a organizar e visualizar informações complexas e abstratas, permitindo que as pessoas entendam melhor as relações entre elas. Pode auxiliar designers com a tomada de decisões, antes de partir para qualquer iniciativa.

Vianna *et al.* (2012), indicam elencar palavras-chaves que façam parte da questão de pesquisa, como centralidade das ramificações e de seus desdobramentos. Assim, os desdobramentos podem ser organizados de maneira



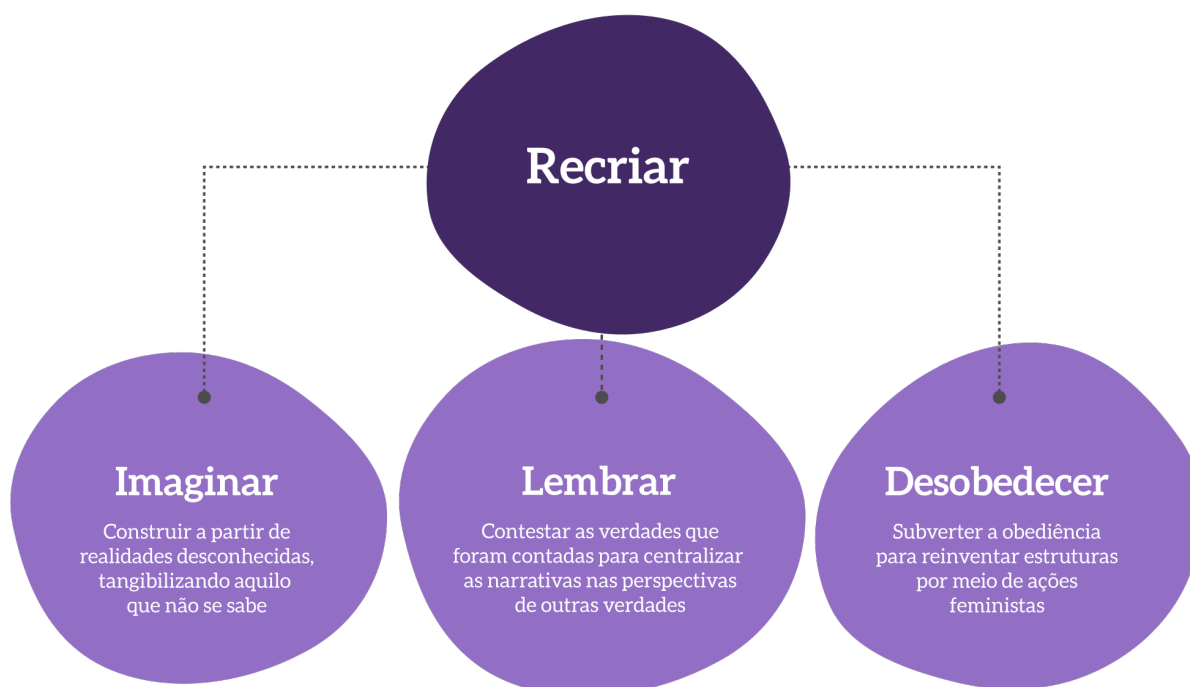
mais holística e visual. A prática pode ajudar a visualizar as soluções tecnológicas de saúde de maneira mais clara, entendendo melhor os aspectos inseridos no mapa se relacionam. Pode ser usado para apresentar e discutir ideias e alinhar conceitos.

Para exercitá-la, recomendo três fases:

1. Definição das palavras-chaves: definir duas principais que precisam ser abordadas e desdobradas;
2. Desdobramento do mapa: criar o mapa visual, inserindo informações, aspectos, elementos, cores e imagens que se relacionem com as palavras-chaves definidas;
3. Agrupamento de palavras-chaves: agrupar as informações que se relacionam, organizando visualmente os interesses para qualificar a tomada de decisão.

Neste sentido, pensando em exercitá-la também a partir das suas ações associadas, apresento a reflexão de recriar, como terceira e última prática dessa capacidade. Proponho que sejam exercitadas a partir das visões de Diniz e Gebara (2022), as quais apresento na Figura 13 e desdobro a seguir.

Figura 13 – Capacidade feminista de recriar



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Diniz e Gebara (2022).

A reflexão de recriar, a segunda capacidade feminista da metodologia, é proposta como uma capacidade criativa de imaginar e antecipar acontecimentos. Acontecimentos que exploro pelas práticas análise temática; mapas conceituais; e reflexão de recriar, as quais habilitam outras ações através das lentes feministas. Entendo que recriar é uma capacidade feminista indissociável à essas ações: (1) imaginar, para construir a partir de realidades desconhecidas e tangibilizar o que não se sabe; (2) lembrar, para contestar as verdades que foram contadas e centralizar as narrativas nas perspectivas de outras verdades; e (3) desobedecer, para subverter a obediência e reinventar estruturas por meio de ações feministas (DINIZ E GEBARA, 2022).

Para exercitá-la, recomendo anotar, de maneira iterativa à medida que as práticas de recriar são exercitadas, registrando percepções pessoais sobre cada uma das ações. Na ação de imaginar, recomendo registrar as realidades desconhecidas, as dúvidas e as imaginações. Já na ação de lembrar, recomendo registrar as memórias, as verdades desconstruídas e as novas verdades construídas. Por fim, na ação de desobedecer, recomendo registrar o que mudou e as desobediências e contestações que surgiram a partir dos conceitos que foram recriados ao longo das práticas. Essas reflexões servem de insumos para a terceira e última capacidade feminista de compartilhar, a qual apresento no tópico a seguir.

### 3.2.3 Compartilhar

Para exercitar a capacidade de compartilhar, são recomendadas as práticas jornada das pessoas usuárias, sequenciador de funcionalidades e reflexão de compartilhar, com as ações de falar, reparar e celebrar. As práticas são escolhidas para que designers exercitem a capacidade de dialogar com ideias e conceitos gerados para tecnologias sociais e necessidades na saúde humanizada. Assim como as capacidades anteriores, não há limite de tempo para exercitá-las, finalizando as práticas com profundidade.

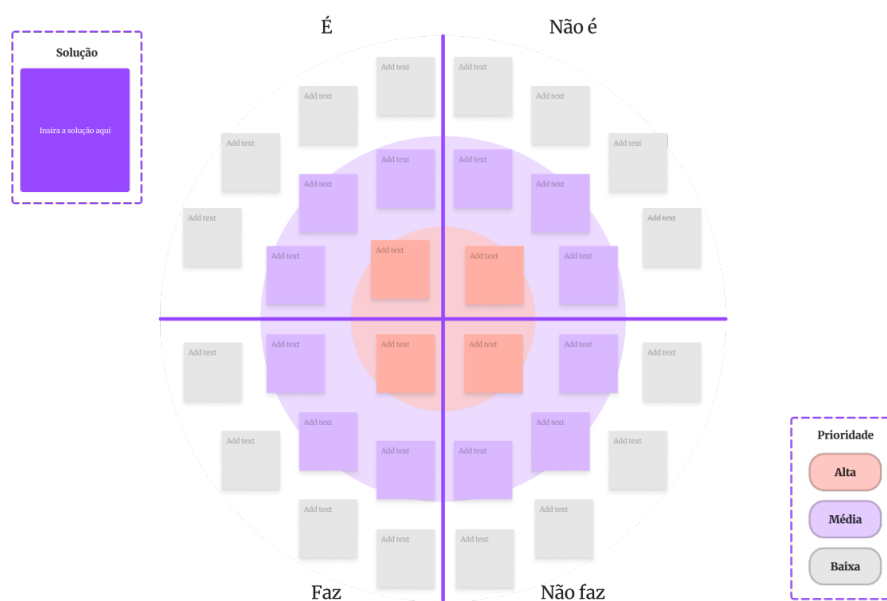
Pensando em compartilhar uma proposta de solução tecnológica para a saúde, apresento a jornada das pessoas usuárias, como primeira prática da capacidade de compartilhar. Proponho que seja exercitada a partir de uma releitura de Caroli (2018), para construir as jornadas a partir das histórias de vida coletadas.

É uma prática qualitativa que consiste na identificação de pontos de dor na interação dessas pessoas com uma proposta de solução tecnológica. Entendo que a jornada das pessoas usuárias pode ser usada para criar essa proposta de solução que resolva as dores das pessoas. Pode auxiliar designers em tangibilizar ideias para cada uma das jornadas, antes de partir para qualquer iniciativa.

Para exercitá-la, recomendo identificar os pontos de contato das pessoas usuárias, elencando os dispositivos tecnológicos mais usados para acessar serviços, identificando emoções e pontos de satisfação ou insatisfação. Por fim, sugiro que sejam finalizadas com propostas de soluções que ainda não existem, para que sejam desdobradas na próxima prática.

Assim, pensando em tangibilizar uma das ideias, apresento o sequenciador de funcionalidades, como segunda prática da capacidade de recriar. Proponho que sejam exercitadas a partir das visões de Caroli (2018), as quais apresento na Figura 14 e desdobre a seguir.

Figura 14 – Sequenciador de funcionalidades



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Caroli (2018)

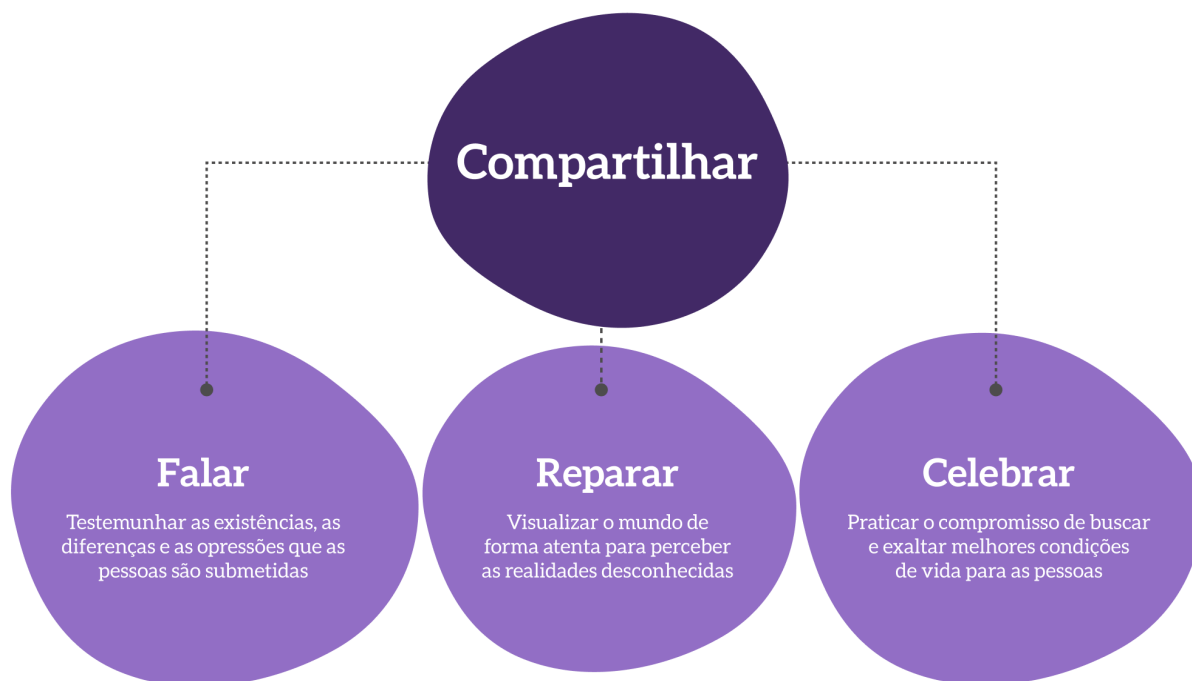
Entendo que o sequenciador de funcionalidades é uma prática para priorizar as interações mapeadas anteriormente, conforme prioridade de desenvolvimento e definição da proposta de solução. Pode auxiliar designers a tomar a melhor decisão de qual iniciativa seguir com o desenvolvimento. Adaptei a estrutura original

proposta por Caroli (2018), adicionando a prática é, não é, faz e não faz, como complemento para essa tomada de decisão.

Combino as práticas em uma matriz que separa o que a proposta de solução é, não é, faz e não faz em quadrantes. Distribuo *post its* para começar a escrever funcionalidades de baixa, média e alta prioridades em cada um dos quadrantes, entendendo que o que as funcionalidades de alta serão priorizadas no desenvolvimento da tecnologia social para a saúde humanizada. Essa prática ajuda designers a ordenarem as prioridades com base no valor que representa para as pessoas usuárias. Para exercitá-la, é preciso ter como base a proposta de solução identificada anteriormente e preencher a matriz, promovendo rodadas individuais ou coletivas, junto com profissionais que tenham interesse em desenvolver a tecnologia. As rodadas podem ser realizadas por quadrantes, registrando funcionalidades que definam a proposta de solução tecnológica para a saúde. Recomendo que apenas uma funcionalidade, ou um conjunto de prioridades com características em comum fiquem no centro e sejam implementadas, passíveis de serem facilmente recomendadas para desenvolvimento.

Neste sentido, pensando em recomendar uma das propostas de soluções para desenvolvimento, apresento a reflexão de compartilhar, como terceira e última prática dessa capacidade. Proponho que sejam exercitadas a partir das visões de Diniz e Gebara (2022), as quais apresento na Figura 15 e desdobro a seguir.

Figura 15 – Capacidade feminista de compartilhar



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Diniz e Gebara (2022).

A reflexão de compartilhar, a terceira capacidade feminista da metodologia, é proposta como uma capacidade prática de dialogar com pessoas através de ideias e conceitos. Conceitos que exploram a jornada das pessoas usuárias; sequenciador de funcionalidades; e reflexão de compartilhar, as quais habilitam outras ações através das lentes feministas. Entendo que compartilhar é uma capacidade feminista indissociável à essas ações: (1) falar, para testemunhar as existências e as opressões que as pessoas são submetidas; (2) reparar, para visualizar o mundo de forma atenta e perceber as realidades desconhecidas; e (3) celebrar, para praticar o compromisso de buscar e exaltar melhores condições (DINIZ E GEBARA, 2022).

Para exercitá-la, recomendo anotar, de maneira iterativa à medida que as práticas de compartilhar são exercitadas, registrando percepções pessoais sobre cada uma das ações. Na ação de falar, recomendo registrar o que precisa ser compartilhado com mais pessoas. Já na ação de reparar, recomendo registrar as diferentes visões de mundo e o que foi percebido exercitando as capacidades feministas. Por fim, na ação de celebrar, recomendo registrar as conquistas a partir dos conceitos que foram compartilhados ao longo das práticas. Essas reflexões servem de insumos para assegurar o senso de responsabilidade com o desenvolvimento da tecnologia social para a saúde humanizada.

As práticas de reflexão das capacidades feministas de escutar, recriar e compartilhar servem de insumos para visualizar que a metodologia feminista facilita o desenvolvimento de tecnologias para a saúde, através de uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considere as diferentes perspectivas sociais existentes. Como resultado, apresento um exemplo prático de sua aplicação, reunindo as práticas aqui apresentadas em uma ferramenta de design estratégico, a qual apresento no capítulo a seguir.

## 4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Com a estrutura da metodologia feminista orientada pelas três capacidades feministas de escutar, recriar e compartilhar e suas práticas e ações associadas, crio a ferramenta de design estratégico, a qual apresento na Figura 16 e desdubro a discussão e resultados a seguir.

Figura 16 – Ferramenta de design estratégico

### Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais

**Projeto**

#### Capacidades feministas

As capacidades feministas compõem uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considera a inter-relação de diferentes formas de opressão e discriminação que as pessoas marginalizadas experimentam, incluindo sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, cor, classe social e outras perspectivas.

#### Técnicas para praticar as capacidades

**Escutar**

- Roda de posicionalidade
- Perspectivas interseccionais
- Histórias de vida
- Reflexões de escutar

**Recriar**

- Análise de conteúdos
- Mapas conceituais
- Reflexões de recriar

**Compartilhar**

- Jornadas de pessoas usuárias
- Sequenciador de funcionalidades
- Reflexões de compartilhar

---

**Preencha todos os aspectos da roda de posicionalidade**

Elabore sua história de vida e preencha a roda de posicionalidade com os aspectos da sua identidade e experiências.

**Recrie as histórias com o análise de conteúdo**

Identifique e classifique as histórias de vida em grupos de conteúdo. Análise o conteúdo das histórias de vida, buscando identificar temas comuns.

| Conteúdo 1 | Conteúdo 2 | Conteúdo 3 | Conteúdo 4 | Conteúdo 5 | Conteúdo 6 |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  |
| Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  |
| Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  |
| Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  |
| Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  |
| Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  | Adicionar  |

**Preencha a jornada de pessoas usuárias**

Elabore a jornada de pessoas usuárias com base nas histórias de vida e nas análises de conteúdo. Organize as histórias de vida em uma sequência lógica.

---

**Mape os níveis de perspectivas interseccionais**

Identifique as perspectivas interseccionais e mapeie os níveis de opressão e privilégio. Considere as perspectivas interseccionais e mapeie os níveis de opressão e privilégio.

**Complete o mapa conceitual das tecnologias sociais**

Identifique as tecnologias sociais e complete o mapa conceitual. Considere as tecnologias sociais e complete o mapa conceitual.

**Descreva as soluções no sequenciador de funcionalidades**

Facilite a descrição das soluções e organize as funcionalidades em uma sequência lógica. Descreva as soluções e organize as funcionalidades em uma sequência lógica.

---

**Colore histórias de vida interseccionais**

Colore as histórias de vida interseccionais com base nas perspectivas interseccionais. Considere as histórias de vida interseccionais e colore as histórias de vida interseccionais.

| Histórias de vida 1 | Histórias de vida 2 | Histórias de vida 3 | Histórias de vida 4 | Histórias de vida 5 | Histórias de vida 6 |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           |
| Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           |
| Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           |
| Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           |
| Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           |
| Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           | Adicionar           |

**Complete o mapa conceitual do contexto escultóreo**

Identifique o contexto escultóreo e complete o mapa conceitual. Considere o contexto escultóreo e complete o mapa conceitual.

**Pratique a capacidade de compartilhar**

Pratique a capacidade de compartilhar com as histórias de vida interseccionais. Considere as histórias de vida interseccionais e pratique a capacidade de compartilhar.

---

**Pratique a capacidade de escutar**

Pratique a capacidade de escutar com as histórias de vida interseccionais. Considere as histórias de vida interseccionais e pratique a capacidade de escutar.

**Pratique a capacidade de recriar**

Pratique a capacidade de recriar com as histórias de vida interseccionais. Considere as histórias de vida interseccionais e pratique a capacidade de recriar.

**Pratique a capacidade de compartilhar**

Pratique a capacidade de compartilhar com as histórias de vida interseccionais. Considere as histórias de vida interseccionais e pratique a capacidade de compartilhar.

Fonte: Elaborada pela autora. Disponível em: [Ferramenta de design estratégico](#).

A ferramenta de design estratégico serve para orientar a ação projetual estratégica no desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada. Reúne as práticas apresentadas anteriormente em suas respectivas capacidades feministas. Pensando em disponibilizá-la para futuros estudos de design e tecnologia, apresento um exemplo de sua aplicação para a ação projetual estratégica no Apêndice A. Aplico as práticas da ferramenta passando pelas três capacidades, começando pelas práticas da capacidade de escutar (Figura 17).

Figura 17 – Práticas da capacidade de escutar

The image shows a digital interface for a strategic design tool. At the top left, the title reads "Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais". Below it, there is a field for "Projeto" and a button "Insira o nome de seu projeto aqui".

The main content is organized into three columns:

- Capacidades feministas:** A central text block explaining that these capacities involve an inclusive, integrative, and holistic approach to different forms of oppression and discrimination, including biological sex, gender expression and identity, sexual orientation, race, social class, and other perspectives.
- Técnicas para praticar as capacidades:** Three circular icons labeled "Escutar" (Listen), "Recriar" (Recreate), and "Compartilhar" (Share). Each icon lists specific practices:
  - Escutar:** Mapa de posicionalidade, Perguntas orientadoras, História de vida, and Reflexão de escuta.
  - Recriar:** Análise de conteúdo, Mapa conceitual, and Reflexão de escuta.
  - Compartilhar:** Jornada de pessoas reais, Experimentação de funcionalidades, and Reflexão de escuta.

The interface also features several interactive templates:

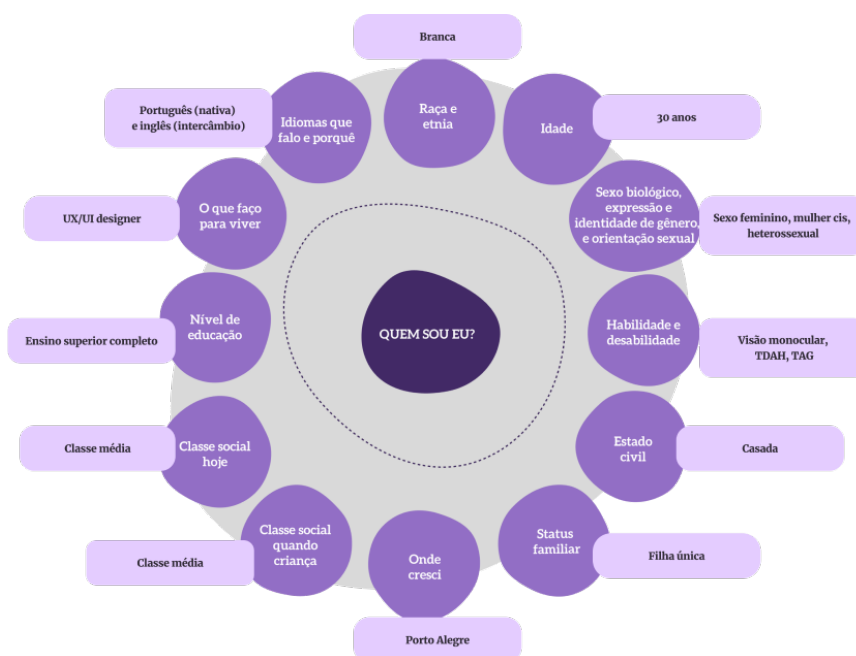
- Mapa de posicionalidade:** A circular diagram with "QUEM VOUS?" in the center, surrounded by various social categories like "Gênero", "Raça", "Idade", "Sexo", "Orientação sexual", "Classe social", "Etnia", "Religião", "Capacidade", "Linguagem", "Localização geográfica", "Estado civil", "Nível de escolaridade", "Profissão", "Formação acadêmica", "Experiência", "Cultura", "Identidade de gênero", "Sexo biológico", "Identidade de gênero", "Sexo biológico", "Identidade de gênero", "Sexo biológico".
- Mapa de níveis de perspectivas interseccionais:** A complex circular diagram with multiple concentric rings and nodes representing different levels of intersectionality.
- Gráfico de matrizes de conteúdo:** A grid of colored squares used for content analysis.
- Mapa conceitual das tecnologias sociais:** A network diagram showing relationships between various social and technological concepts.
- Mapa conceitual do contexto escolhido:** Another network diagram for context mapping.
- Jornada de pessoas reais:** A flowchart template for mapping the journey of real people.
- Decisão as soluções no experimentação de funcionalidades:** A circular diagram with a central square and surrounding nodes for decision-making during experimentation.
- Práticas de escutar, recriar, and compartilhar:** Three sets of circular icons at the bottom, each containing specific practice names and descriptions.

Fonte: Elaborada pela autora. Disponível em: [Ferramenta de design estratégico](#).



Ao exercitar as capacidades de escutar, realizo as práticas de roda de posicionalidade; perspectivas interseccionais; histórias de vida; e reflexão de escutar. Levo aproximadamente 14 dias, sendo 1 dia para a prática de roda de posicionalidade e perspectivas interseccionais individuais; 12 dias para as práticas de perspectivas interseccionais e histórias de vida, junto com as pessoas convidadas; e 1 dia para a prática de reflexão da capacidade de escutar. A primeira prática de escutar que realizo na ferramenta é a roda de posicionalidade, respondendo como me posiciono enquanto designer responsável pela ação projetual. Apresento seu resultado visual na Figura 18 e desdubro a seguir.

Figura 18 – Resultado da roda de posicionalidade



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

Realizo a prática individualmente, respondendo os aspectos que me posicionam como uma pessoa do sexo biológico feminino, que se expressa mulher cisgênera e orientação heterossexual. Entre outros aspectos, tenho a pele branca, estou casada, cresci em Porto Alegre, em uma família de classe média brasileira e descendência alemã. Meu nível de educação é ensino superior completo, pós-graduação e mestrado, os quais realizei com auxílio de pensão, bolsas de estudos e financiamentos. Filha única de mãe e pai que se separaram ainda na infância, morei na maior parte do tempo na zona norte, com pouca estabilidade em meio a muitas



Para evidenciar as perspectivas, utilizo cores diferentes, as quais são seguidas nas próximas práticas. Para facilitar o mapeamento, estipulei um número de sete mapeamentos, sendo perspectivas de seis pessoas convidadas somada as perspectivas pessoais enquanto designer responsável pela ação projetual. Começo mapeando as perspectivas pessoais, enquanto pesquisadora, para reconhecer as minhas posições de privilégio e reconhecer as perspectivas de opressão para considerar no projeto.

Com isto, convido as seguintes perspectivas interseccionais para mapear e escutar as histórias de vida: (1) mulher cis, bissexual, branca, de classe baixa; (2) mulher cis, bissexual, branca, de classe média; (3) mulher cis, bissexual, branca, de classe média, mãe; e (4) homem trans, heterossexual, branco, de classe baixa; (5) mulher cis, heterossexual, branca, de classe baixa; (6) mulher cis, heterossexual, preta, de classe média-baixa, mãe. Converso previamente com as pessoas para verificar seus interesses em tecnologias sociais para a saúde humanizada e, com os retornos positivos, coeto suas perspectivas no mapa de forma assíncrona e combino a coleta das histórias de vida de saúde para outro momento.

A prática de perspectivas interseccionais foi fundamental para mapear as inter-relações das perspectivas que estão sendo consideradas na ação projetual, para identificar se alguma perspectiva está sendo sub-representadas, especialmente no que diz respeito a amostra definida. Percebo que é uma forma de reconhecer possíveis exclusões, tendências e padrões de perspectivas, para atentar-se a não reproduzir ideologias e estar consciente de quais perspectivas foram deixadas de lado para, em outro momento, integrá-las de algum modo no projeto. A partir do mapeamento, atento para não reproduzir opressões às histórias de vidas das perspectivas interseccionais a serem coletadas (AWIS, 2022). Considero que esse exercício foi fundamental para desenvolver o senso de responsabilidade com a ação projetual, que avança com a coleta de histórias de vida, a terceira prática que realizo na ferramenta.

No entanto, antes de avançar da prática de perspectivas interseccionais para a prática de histórias de vida, sinto a necessidade de visitar os conceitos da saúde humanizada, mais especificamente do Sistema Único de Saúde (SUS), para me habilitar a uma escuta mais acolhedora, integradora e holística. Começo, portanto, buscando relatos de palestras de profissionais da saúde, disponíveis publicamente



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: Aplicação da ferramenta de design estratégico.

- História de vida 1: uma mulher cis, bissexual, branca de classe baixa, é centrada na transformação de seu relacionamento lésbico para um relacionamento heterossexual, com a transição de gênero de seu parceiro.
- História de vida 2: uma mulher cis, bissexual, branca, de classe média, é centrada na dificuldade de encontrar profissionais de saúde preparados para acolher suas diversidades.
- História de vida 3: uma mulher cis, bissexual, branca, de classe média, mãe, é centrada nos desafios da maternidade, que muitas vezes vão de encontro às suas visões de mundo.
- História de vida 4: um homem trans, heterossexual, branco, de classe baixa, é centrada nas experiências vividas em seu processo de transição de gênero.
- História de vida 5: uma mulher cis, heterossexual, branca, de classe baixa, é centrada na sua experiência em encontrar uma profissional de saúde que respeite suas escolhas de contracepção.
- História de vida 6: uma mulher cis, heterossexual, preta, de classe média-baixa, mãe, é centrada nos desafios da maternidade solo na adolescência.

A participação se encerra aqui e as próximas práticas voltam a ser realizadas individualmente, que seguem com a reflexão de escutar, a quarta prática que realizo na ferramenta, a qual utilizo para finalizar o exercício da capacidade feminista de escutar. Apresento seu resultado visual na Figura 21 e desdubro a seguir.

Figura 21 – Resultado da reflexão de escutar



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

Reflico sobre as perguntas que surgiram e que me fizeram questionar, contestar e enfrentar o que ninguém tem coragem; sobre os estranhamentos que senti e que me fizeram afastar das minhas perspectivas de privilégio para me aproximar das perspectivas de opressão das outras pessoas; e sobre as coisas que me afetaram e que me fizeram acolher as dores que surgiram nesse processo, tanto individuais quanto coletivas.

Aprofundo a reflexão a partir do relato de palestra de médica do SUS, Rocha (2019), que em aproximadamente quinze minutos de palestra, conseguiu transformar minha capacidade de escutar, de perguntar, de aproximar e de acolher as perspectivas interseccionais. A profissional de saúde fala sobre o SUS e saúde humanizada, destacando a importância da abordagem e da necessidade que seja acolhedora, integradora e holística, através da prática da humanização do atendimento de saúde pela escuta atenta. Rocha (2019) relata um episódio de sua trajetória profissional, em uma unidade de saúde que trabalhou. Uma história de vida e de cura, mesmo diante a escassez dos recursos que a saúde pública enfrenta, mostrando o quanto é possível promover a saúde humanizada através de capacidades que vão além da prescrição de remédios e de receitas triviais.

A primeira reflexão que faço sobre a capacidade de escutar é que ela se transforma a cada nova escuta, somando capacidades nesse processo. Entendo que para escutar é preciso perguntar, como uma capacidade que me habilita a questionar, contestar e enfrentar o que ninguém tem coragem. Mesmo sendo uma profissional consciente, Rocha (2018) questiona o seu preparo enquanto profissional que finaliza a faculdade para exercer a prática, relatando a discrepância entre a expectativa e a realidade com a teoria:

*“Eu trabalho no SUS desde que me formei e posso dizer para vocês que a realidade do sistema de saúde é muito mais complexa e desafiadora do que o que nos conta uma faculdade. Desde o primeiro dia de trabalho eu percebi o tanto que eu não estava preparada. Eu achava que o conhecimento técnico puramente científico estava acima de tudo e, inclusive, das pessoas. Eu falhei inúmeras vezes tentando impor aos meus pacientes aquilo que eu achava que era certo que era o melhor para eles. Mas eu fazia isso sem ouvi-los, sem considerá-los, sem*



*entender quais eram as suas expectativas diante de um diagnóstico e de um tratamento. É claro que não dava certo” (ROCHA, 2019).*

Entendo que para escutar é preciso aproximar, como uma capacidade que me habilita a estranhar e afastar de perspectivas para aproximar de outras. Questionando as relações entre a teoria e a prática, a médica percebeu que faz toda diferença cuidar da pessoa que leva à doença, e não ao contrário. Ela assume a responsabilidade para se afastar das perspectivas que a limitavam para realizar um trabalho humanizado durante a própria residência:

*“Na residência médica, eu aprendi que ética, empatia e habilidade de comunicação são coisas que podem ser treinadas e que a gente pode aprender a ser ético e que a gente pode aprimorar a nossa habilidade de comunicação. (...) A nossa personalidade, a nossa empatia, a nossa capacidade de se mobilizar no cuidado com o outro. Tudo o que eu aprendi passou a fazer sentido. Na assistência à saúde, humanizar é isso. É qualificar a nossa atitude diante do outro. É uma intenção e um aprimoramento moral e ético que nos faz enxergar o outro na sua totalidade. Mais ou menos cinco anos eu comecei a escrever textos relatando os encontros que eu tinha com os meus pacientes na unidade básica de saúde que o trabalho no SUS”.*

No entanto, Rocha (2019) se aproximou de uma nova perspectiva que representava sua realidade de trabalho, mas só se deu conta que sua atitude não era disseminada entre mais colegas profissionais de saúde quando foi questionada por uma pessoa próxima a seguinte frase: “você tem noção do quanto as pessoas estão sedentas por esse cuidado que você relata prestar?”:

*“Foi muito chocante para mim e escutar essas coisas porque a gente está falando de gente que estudou e se qualificou para cuidar da saúde das pessoas e para entrar em contato com o sofrimento mais agudo de muita gente. E essas pessoas que estão desconectadas completamente da dor do outro, são essas pessoas que perderam a capacidade de se conectarem com o sofrimento do outro, com o sofrimento de seu paciente” (ROCHA, 2019).*

Aqui reforço o quão iterativo é exercitar as categorias da ação projetual de escutar. No relato de Rocha (2019) percebi que a ação de se afastar da sua realidade para se aproximar de outra perspectiva, fez com que a qualidade e a quantidade de suas perguntas se transformassem também. Levo como inspiração

para fazer perguntas mais amplas para interpretar contextos, assim como ela percebe entre colegas profissionais da saúde:

*“E quando foi que nós médicos perdemos essa capacidade? Será que foi pelo excesso de trabalho, pelo esgotamento físico mental? Será que foi pelas longas jornadas? Será que foi uma falha da nossa formação? Eu não tenho essa resposta para dar para vocês, mas eu tenho plena certeza de que nós estamos cada vez mais nos afastando disso que é central na nossa lida como profissionais de saúde: o cuidado verdadeiro. (...) Mas hoje eu não estou aqui para falar daquilo que ainda nos falta. Eu queria dizer sobre o que dá para fazer com aquilo que a gente já tem” (ROCHA, 2019).*

Por fim, entendo que para escutar é preciso acalantar, como uma capacidade que me habilita a deixar afetar para acolher as dores individuais e coletivas. Destaco que é uma capacidade mais profunda, como bem sinaliza Diniz e Gebara (2022) quando desobedecem ao sentido capacitista de escutar, substituindo ouvidos por afetos para deixar-se afetar por diferentes realidades que assombam e transformam o que já se conhece como ordinário em extraordinário:

*“Se a gente tem porta dentro do nosso consultório dá para gente fechar e garantir a privacidade do nosso paciente, então por que a gente ainda insiste em atender o paciente com a porta aberta? Se a gente tem o lençol, por que ainda a gente não cobriu o corpo da mulher que está nua para ser examinada? Dá para gente chamar pelo nome e dá para chamar pelo nome que a pessoa deseja ser chamada. Dá para gente dar autonomia ou respeito e respeitar a autonomia do paciente, da pessoa. Dá para gente entender que o caminho dessa pessoa é só dela e que ela tem uma capacidade incrível de ressignificar a sua história sua existência” (ROCHA, 2019).*

Profundidade que Rocha (2019) realmente mergulha, ao apresentar uma história de vida em seu relato. Essa história foi fundamental para me preparar psicologicamente para a escuta das demais histórias. Destaco a potência da imersão na capacidade de escutar, pois, embora a revisão teórica aborde sobre a importância da saúde por um olhar humanizado e feminista, escrever não se compara a sentir na pele a emoção de uma história de vida. A médica apresenta a história de vida de uma mulher negra e de classe baixa que não tem rede de apoio para lidar com a morte de sua filha, vítima de violência doméstica e feminicídio, perspectivas que geralmente não são investigadas e faz toda a diferença para a saúde psicológica, mental e física de uma pessoa. Porém a médica não teve acesso



a sua realidade e, mesmo reparando seu semblante entristecido e desanimado e acreditado que a paciente havia ido procurar a unidade por causa da depressão, a queixa foi apenas sobre uma dor no ombro, que fez com que a médica estranhasse:

*“A gente separa as doenças em caixinhas que não se comunicam, que não se interagem e não conversam entre si. (...) resolvi seguir a minha intuição. Voltei lá no começo da consulta quando eu vi aquela moça entrando para o para o consultório entristecida. Eu olhei para ela e falei: ‘Dona Helena, é só o ombro mesmo? Tem mais alguma coisa que a senhora quer falar para mim?’” (ROCHA, 2019).*

Uma pergunta foi o suficiente para a paciente se vulnerabilizar e deixar a médica se aproximar de sua realidade que, segundo Rocha (2019) fez com que a paciente chorasse muito, copiosamente. A reação da médica foi trancar imediatamente a porta e se sentar na cadeira de acompanhante para escutar o que aquela pessoa tinha para falar, segurando suas mãos e se colocando inteiramente à disposição:

*“E segurando as mãos dela, escutei o seguinte: ‘Doutora Júlia, hoje está fazendo dois anos e dois meses que eu perdi a minha filha. Ela foi queimada viva pelo marido. Tem sido muito triste porque essa tristeza me consome eu não tenho com quem falar sobre isso. Eu tento conversar com meu marido, mas ele me pede: eu não dou conta, eu não consigo mais conviver com esse sofrimento e toda vez que você me fala, toda aquela tristeza do momento da partida dela retorna. Eu tento falar isso com meu filho, mas ele não dá conta de lidar com essa dor e isso tem me adoecido muito. Eu cuido do meu neto que ela deixou, eu olho para ele e vejo ela correndo pela casa. Doutora Júlia, é muita tristeza, eu tenho tanta saudade de quando ela chegava em casa e a gente abria uma cervejinha bem gelada. Ela fazia um tira-gosto enquanto eu lavava roupa. Eu não sei mais o que fazer, eu não sei como é que eu vou conviver com isso’(...)” (ROCHA, 2019).*

Quando me refiro a profundidade da capacidade de escutar, refiro-me a trechos como este. Trechos que me fizeram realmente questionar, estranhar, afastar de perspectivas de privilégio, aproximar de perspectivas de opressão e me deixar afetar para acolher as dores individuais e coletivas sentida. Fiquei em pausa nesse processo de escuta por uma semana, assimilando, deixando afetar e estranhando as histórias de vida coletadas (Apêndice C). Uma pausa que me prepara para iniciar as práticas das capacidades de recriar, as quais apresento na Figura 22 e desdubro a seguir.

Figura 22 – Práticas da capacidade de recriar

**Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais**

Projeto  Insira o nome de seu projeto aqui

**Capacidades feministas**

As capacidades feministas compõem uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considera a interação de diferentes formas de opressão e discriminação que as pessoas marginalizadas experimentam, incluindo sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, cor, classe social e outras perspectivas.

**Técnicas para praticar as capacidades**

**Escutar**

- Rota de posicionalidade
- Perspectivas interseccionais
- História de vida
- Reflexão de escuta

**Recriar**

- Análise de conteúdo
- Mapas conceituais
- Reflexão de recriar

**Compartilhar**

- Jornada de pessoas usuárias
- Inspecionando de funcionalidades
- Reflexão de compartilhar

The image displays a digital interface for a strategic design tool. It features several sections: a header with a project name input field; a central column with a grid of colored boxes for 'Recriar as histórias com a análise de conteúdo'; and three side panels. The left panel contains circular diagrams for 'Presença todos os aspectos da rota de posicionalidade' and 'Mapa de eixos de perspectivas interseccionais', along with a table for 'Ciclo histórico de vida interseccional'. The right panel shows a 'Jornada de pessoas usuárias' flowchart and a 'Decisão de soluções no sequestro de funcionalidades' matrix. At the bottom, there are three circular diagrams for practicing 'Escutar', 'Recriar', and 'Compartilhar' capacities.

Fonte: Elaborada pela autora. Disponível em: [Ferramenta de design estratégico](#).

Ao exercitar as capacidades de recriar, realizo as práticas de análise temática; mapas conceituais; e reflexão de recriar. Levo aproximadamente 3 dias, sendo 1 dia para a prática de análise temática; 1 dia para a prática de mapas conceituais e 1 dia para a prática de reflexão da capacidade de recriar. A primeira

prática de recriar que realizo na ferramenta é a análise temática. Apresento seu resultado visual na Figura 23 e desdobre a seguir.

Figura 23 – Resultado da análise temática



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

Realizo as três fases da análise temática: (1) mergulho analítico, em que transcrevo as histórias de vida ainda na etapa de escuta, para fazer a leitura fluante do material e, por consequência mais uma escuta dele; (2) identificação dos temas, em que escolho as categorias pra cada histórias de vida, elencando um tema central prioritário, uma vez que podem surgir diversos assuntos distintos ao longo do relato; e (3) interpretação de significados, em que faço rodadas

individualmente para agrupar relatos de outras histórias ao tema central categorizado, discutindo inferências e interpretações sempre que necessário.

Começo pelo mergulho analítico, realizando a transcrição e a leitura flutuante das histórias de vida e para visualizar todas as informações, começar a organizar as ideias e decidir se é necessário e viável coletar mais histórias de vida de outra perspectiva. Após esse planejamento, realizo a identificação dos temas e a interpretação de significados diretamente na ferramenta de design estratégico. Para estas duas etapas, identifico um tema central para cada histórias, relacionando um trecho na primeira linha e, a cada nova rodada, trago trechos relacionados aos temas, porém de outras histórias. Acredito ser importante para organizar os insumos coletados em categorias e procurar recriar as histórias de vida, a partir de suas inter-relações.

Os temas identificados são: necessidade de acolhimento das perspectivas nas relações; despreparo de profissionais de saúde; potência das perspectivas interseccionais; transformação pessoal; preparo de profissionais de saúde; e desconforto com memórias. Sugiro temas com base na centralidade de cada história, atentando para não impossibilitar a inter-relação entre todas as histórias de vida.

No primeiro tema, trago trechos que destacam a necessidade de acolhimento das perspectivas nas relações, sejam relacionamentos familiares, sejam relacionamentos amorosos, sejam relacionamentos de amizade, e, até mesmo, relacionamentos com profissionais de saúde. As perspectivas interseccionais das pessoas participantes são valorizadas quando as relações valorizam e praticam esse acolhimento e as fortalecem a lidar melhor com a ausência dele nas demais relações. Conforme as cores correspondentes da Figura 16, apresento os trechos reunidos como exemplos desses relatos:

*“...conheci meu marido, antes de se tornar um homem trans, que na época não tinha passado pela transição, eu tinha noção de que eu estava me envolvendo com uma pessoa e não com um gênero. (...) Eu tenho certeza de que ele vai se sentir muito melhor podendo deixar ir tudo que ele não se identifica mais. E sabe, para mim, ele sempre foi um menino. Mesmo quando era ela, eu olhava para ela e via ele. (...) À medida que outros homens trans ganhavam visibilidade, mais ganhava força para se dispor a passar por isso. E tendo força, o primeiro passo foi procurar um médico, pedir orientação para iniciar o tratamento e entender todas as consequências, tudo que pode ser positivo e negativo, porque tem que*

*tomar a testosterona para sempre.” (HISTÓRIA DE VIDA 1 – Cor cinza claro).*

*“Eu não precisei ter que me sentir forte com a minha ginecologista atual, eu sempre me senti eu mesma com ela e escutada por ela. É doido porque eu sempre fui uma pessoa que teve que ir em muitos médicos por várias questões de saúde e quando eu falo que só aos 24 anos que eu encontrei a primeira médica que me escutasse. Imagina, foi a primeira médica de todos que eu fui que me deu esse sentimento. Até hoje é muito difícil encontrar algum que te escute e hoje, aos 29, eu tenho duas: minha dermatologista e minha ginecologista. Agora se eu precisar ir em qualquer outro médico eu não tenho vontade porque não me sinto confortável. Qualquer outra especialidade que deveria nos cuidar, não faz direito.” (HISTÓRIA DE VIDA 2 – Cor cinza).*

*“...meu objetivo como mãe de educar um homem consciente. Imagina, meu filho é um menino, loiro, branco. Em características ele está no topo, e mesmo considerando nossa classe social, tudo vai ser feito pra privilegiar ele. Então, meu objetivo como mãe é fazê-lo entender isso. Se uma mulher ou pessoas pretas estudarem tanto quanto ele, ele vai ser o preferido. E mesmo sendo meu objetivo é um desafio muito grande, eu não sei o que fazer para ele entender isso sem traumas. É pesado, sendo bem sincera é pesado. (...) Fico feliz em ter um marido que respeita minha essência e faz o papel dele como pai, para que nosso filho não dependa só de mim.” (HISTÓRIA DE VIDA 3 – Cor roxa).*

*“...outras pessoas trans que eu indiquei são acompanhadas por ele e eu fico feliz por ter ajudado, se não fosse eu o encontrar, ele não estaria conseguindo ajudar tantas outras pessoas que passam pelo que eu passei. Mesmo ele não fazendo ideia de como começar, ele foi atrás de conhecimento e conseguiu me orientar da melhor maneira possível. Comecei a me transformar como pessoa com 13 anos. Não fazia ideia, não tinha condições financeiras e não tinha acesso do que era possível acompanhar a transição junto com médicos. O medo tomava conta, não ia atrás do conhecimento porque tinha medo de falar sobre isso e sentir o preconceito da sociedade.” (HISTÓRIA DE VIDA 4 – Cor rosa).*

*“Até que eu comecei a trocar várias experiências com amigas e clientes que vinham aqui na estética e todas as mulheres, com suas individualidades, tiveram experiências diferentes, mas na sua maioria foram experiências positivas depois de parar de tomar o anticoncepcional e começar a usar o DIU.” (HISTÓRIA DE VIDA 5 – Cor vermelha).*

*“É uma sensação de quase de explosão no grupo de amigos, porque a situação que eu estava vivendo com 15 anos, nenhuma amiga estava vivendo. E foram poucas as que se dispuseram pra viver isso comigo. (...) Me sentia excluída, achava que tinha menos amigos que eu imaginava. Mas hoje eu entendo, eu estava vivendo uma fase que elas não compreendiam. Eu estava vivendo uma fase que era pra viver agora, e*

*estava antecipando aquilo. (...) Minha mãe foi minha rede de apoio por muito tempo, depois meu marido veio pra somar, e fazer toda diferença pra hoje eu sentir que nós 3 conseguimos criar ela juntos, tendo um ao outro.” (HISTÓRIA DE VIDA 6 – Cor laranja).*

No segundo tema, trago trechos na direção oposta da abordagem acolhedora, integradora e holística, os quais denunciam o despreparo de profissionais de saúde, em diferentes especialidades, espaços de saúde e situações. As pessoas participantes se deparam com assistência médica incapacitada a exercer a saúde humanizada para atender as demandas relativas às suas perspectivas interseccionais. Além do despreparo, elas evidenciam a negligência e desserviço com as pessoas, seja por ausência de recurso ou pela atitude de profissionais ao reproduzir a opressão em um espaço que deveria ser seguro para pacientes. Os trechos reunidos são exemplos de desserviço:

*“O problema é marcar uma consulta, ninguém responde ou demoram muito para retornar... E ele está há muito tempo pra marcar essa consulta que vai ser com a médica que vai colocar o nome dele na fila pra cirurgia. Mesmo sendo muito legal a gente ter achado esse Centro, é uma pena porque dá pra ver que falta investimento. Não tem ninguém pra responder, porque não tem pessoas suficientes trabalhando lá...” (HISTÓRIA DE VIDA 1 – Cor cinza claro).*

*“...quando eu falei que era bissexual, ela nem considerou a possibilidade de eu também transar com outras mulheres. (...) só ignorou esse fato, continuou tratando simplesmente o meu namorado, então assim, se eu estava namorando com um cara é porque eu era heterossexual e então todas as recomendações foram para isso.” (HISTÓRIA DE VIDA 2 – Cor cinza).*

*“... no sistema de saúde, nunca me perguntaram se eu também fico com mulheres, nunca me orientaram em nada nesse sentido. Nunca perguntaram o status do meu casamento. Todo mundo assume que eu estou num relacionamento heterossexual, com filho e que nosso casamento é fechado. Nunca me perguntaram se eu também tenho outros parceiros ou parceiras. E mesmo que perguntassem, eu não me sentiria confortável pra falar com a minha ginecologista, que é super tradicional. Inclusive estou protelando minha consulta anual porque eu não gosto de ir lá.” (HISTÓRIA DE VIDA 3 – Cor roxa).*

*“Quando eu tive meu filho, hoje eu vejo que foi uma cesárea compulsória e que eu não precisava ter passado por aquilo. Esse é outro motivo pelo qual eu não quero ter outro filho. Não quero passar por isso de novo. Sinto que fui enganada. Lembro que foi um evento muito traumático. Os*

*médicos estavam falando de futebol, meu marido não estava na sala, eu estava sozinha, era nova, nunca tinha feito uma cirurgia, não tinha escolhido ter um filho. Ninguém reparou que eu estava passando mal e quando finalmente me notaram, falaram que já tinham feito cesáreas 10x naquele mesmo dia. E eu tenho certeza de que o parto poderia ter sido do jeito que eu queria desde o começo, normal e sem intervenções. Mas eu era despreparada, desinformada e mesmo tendo plano de saúde por causa do trabalho, não tive o cuidado que eu precisava. Foi horrível. Só mais um número para eles.” (HISTÓRIA DE VIDA 4 – Cor rosa).*

*“Eu já fui em muitos profissionais de saúde, como psicólogos, por exemplo, que já me falaram que não era o caminho certo. Imagina, psicólogo me perguntando ‘é isso mesmo que você quer?’ e tentando fazer minha cabeça pra eu não seguir em frente, que não era a coisa certa a se fazer. Foi aí que eu fui trocando de especialista até achar alguém que me escutasse. É muito complicado, e dentre todas as coisas que sinto, o pior de tudo é sentir o preconceito. (...) Não é fácil o acompanhamento sendo homem trans. Homens vão em urologistas e mulheres vão em ginecologistas. Acho que além da endócrino, preciso ir a ginecologistas também. Mas faz muito tempo que não vou e quando isso acontecer espero encontrar alguém que esteja preparado para me receber...” (HISTÓRIA DE VIDA 4 – Cor rosa).*

*“Digamos que meu histórico com médicas ginecologistas não tenha sido muito positivo, já fui atendida por várias médicas que eram muito grossas durante a consulta. Não tenho plano e sempre que precisei consultar tive que pagar particular. É muito frustrante um momento que você já está desconfortável naturalmente e se você ainda é mal atendida, fica tudo pior.” (HISTÓRIA DE VIDA 5 – Cor vermelha).*

*“Hoje quando fui fazer um exame transvaginal de rotina a médica me perguntou se eu tinha filho(a) e eu disse que sim, aos 15 anos. Ela comentou que eu era bem novinha e tal, perguntou se pretendo ter mais filhos, daí eu disse que no momento não.” (HISTÓRIA DE VIDA 6 – Cor laranja).*

No terceiro tema, trago trechos que aprofundam a potência das perspectivas interseccionais das pessoas participantes e que moldam a sua visão alternativa de mundo. As pessoas participantes relatam suas dificuldades em praticar e expor suas visões, reforçando que precisam adotar uma postura defensiva em diversos momentos. Constantemente invalidadas, procuram provar que suas perspectivas interseccionais são potentes e válidas, além de reforçar o quanto a necessidade de acolhimento de suas perspectivas nas relações faz a diferença para enfrentar os padrões normativos da sociedade. Os trechos reunidos são exemplos de como lidam com os desafios:



*“Acho que eu nunca me cobrei em relação a nada, a nenhum rótulo. Eu me considero bissexual e acredito que a geração que estamos, principalmente as pessoas que nascem meninas não precisam mais se preocupar tanto com tabus. Então eu nunca me vi preocupada em definir o que eu sou, o que eu gosto, e vejo que, pelo menos entre meu círculo de amizades, todas puderam experimentar a sexualidade, sem sentir essa necessidade de ser ou estar em algum lugar específico para se encaixar.”* (HISTÓRIA DE VIDA 1 – Cor cinza claro).

*“(...)sempre me senti forte, especialmente quando assumi esse cargo porque eu estava conseguindo fazer com que as pessoas me escutassem, que antes não era assim. Até muito por causa do meu estilo, eu sempre tive cabelo todo colorido, toda tatuada, um lado da cabeça raspado, um modo de vestimenta que não era considerado padrão do corporativo. E eu estava começando a ser escutada, mesmo sendo do meu jeito. Eu estava começando a me sentir forte, que até pouco tempo atrás eu não me sentia. Mas com essa médica, tudo aquilo que eu estava começando a construir como uma fortaleza minha, (...) foi me diminuir totalmente.”* (HISTÓRIA DE VIDA 2 – Cor cinza).

*“Eu já reparei que a criação que eu dou vai no contrafluxo de coisas que vem da escola. Ele já me disse que azul é cor de menino, que menino não pode usar maquiagem porque isso é coisa de menina... Eu tive que falar: ‘Quem foi que falou isso? Garanto que nunca viu nenhum coleguinha maquiado por causa disso, né? Mas vou te falar uma coisa, existem maquiadores excelentes que são homens, sabia? E eles maquam outros homens. Não precisa ser mulher para ser maquiada’. Então, por essas e outras que, muitas vezes, eu preferia ter tido uma filha mulher para acolher, do que compartilhar essas histórias pra ele entender que ele tem que respeitar mulheres.”* (HISTÓRIA DE VIDA 3 – Cor roxa).

*Comecei a me transformar como pessoa com 13 anos. Não fazia ideia, não tinha condições financeiras e não tinha acesso do que era possível acompanhar a transição junto com médicos. O medo tomava conta, não ia atrás do conhecimento porque tinha medo de falar sobre isso e sentir o preconceito da sociedade.”* (HISTÓRIA DE VIDA 4 – Cor rosa).

*“Hoje eu mudei o meu método contraceptivo, coloquei o DIU de cobre. (...) Sempre tomei anticoncepcional durante a minha vida toda praticamente, desde antes dos 14 anos (...) A minha opção foi o DIU de cobre, por não ter hormônios, eu não queria mais usar hormônios por conta dos malefícios.”* (HISTÓRIA DE VIDA 5 – Cor vermelha).

*“A gente está acostumado a ver um cenário ‘perfeito’ de dois adultos que se amam e que têm filhos, mas existem muitos cenários que diante das suas imperfeições também são perfeitos. Eu considero que fui mãe-solo até eu casar, minha filha tinha 9 anos e antes disso eu tive namorados, mas nenhum de fato assumiu a paternidade e quis ocupar esse papel nas nossas vidas, só meu marido.”* (HISTÓRIA DE VIDA 6 – Cor laranja).



No quarto tema, trago trechos que aprofundam a transformação pessoal que experimentam a partir da autonomia. É o que as fortalece, mesmo diante a falta de acolhimento, ao despreparo de profissionais de saúde, aos desafios de enfrentar padrões normativos. Além de fortalecer quem passa pelas mesmas situações. Os trechos reunidos são exemplos de como é essa transformação:

*“...ele tomou essa decisão e veio compartilhar comigo, que queria se tornar um homem, que queria se masculinizar, que queria um novo nome. E esse processo de escolha de nome foi muito lindo, acho que todas as pessoas deveriam ter a oportunidade de escolher seu nome, imagina se você pudesse escolher seu nome? E quando ele compartilhou comigo, na minha cabeça não mudou absolutamente nada. (...) para mim sempre foi além do gênero e eu já via ele ali. Desde sempre quando eu fui comprar presentes, era uma cueca, era uma camisa na seção masculina da loja, era ele sempre. E eu não vejo a hora dele fazer a cirurgia e se enxergar ainda mais como ele quer.”* (HISTÓRIA DE VIDA 1 – Cor cinza claro).

*“(...) diferente daquela ginecologista que eu falei, que me fez eu me sentir fraca. Eu estava num momento da minha vida que eu estava em ascensão profissional. Lembro direitinho que eu comecei a ter problemas de esquecimento com o anticoncepcional porque eu assumi meu primeiro cargo de gestão. Então eu estava muito focada na minha vida profissional, que para mim naturalmente tem um foco muito grande. Renunciei muitas coisas por causa da minha vida profissional. E eu era muito nova e precisava exercer esse trabalho da melhor maneira possível.”* (HISTÓRIA DE VIDA 2 – Cor cinza).

*“...temos um relacionamento há 10 anos. Quando eu comecei a namorar ele, eu tinha 20 anos. Com essa idade, a gente acha que sabe de tudo, mas não sabemos nada. Acho que eu tinha uns 27 anos que eu entendi que eu também gostava de mulheres e a gente já era casado. (...) Na época eu pensei: ‘Não, como pode? Sou casada, tenho filho, não posso ser bissexual’. (...) hoje eu vejo que tenho uma tendência a sentir mais atração por mulheres do que por homens. Eu acho que essa descoberta foi muito reveladora.”* (HISTÓRIA DE VIDA 3 – Cor roxa).

*“Espero já ter feito a cirurgia que eu vou me sentir melhor com o meu corpo. Até para sair, não saio muito por causa disso, minha vida social não é muito ativa. Só que para mim é muito difícil, eu não tenho uma camiseta que eu goste de vestir, não consigo me apertar, meu peito dói demais, e isso me deixa triste por isso, mas eu sei que está chegando a hora e logo tudo vai mudar. E não dá mais para postergar, não tenho vontade de ir em lugar nenhum. Não dá pra ir a um parque aquático sem as pessoas ficarem apontando e falando ‘homem com peito’, ‘tem barba e tem peito’. Ficam chamando ‘olha ali, olha ali’. A cirurgia é uma forma de me libertar disso (...)”* (HISTÓRIA DE VIDA 4 – Cor rosa).

*“Faz só 20 dias que parei de usar anticoncepcional e, parece exagero, mas já estou me sentindo outra pessoa! A pessoa que o anticoncepcional inibia antes. Libertador!” (HISTÓRIA DE VIDA 5 – Cor vermelha).*

*“Eu não amava o pai da minha filha e foi uma situação que eu me vi e me senti sozinha. Não conseguia falar pra minha mãe, mesmo podendo eu não queria porque eu passei por muito tempo por uma não-aceitação da realidade. Isso foi muito ruim pra mim. Por isso eu não conseguia nem falar com a barriga, também tenho pouquíssimas fotos, e são coisas que me marcam dessa época. (...) O que faltou foi entender que, mesmo me sentindo sozinha, eu não estava sozinha. Tem muita gente que passam pela mesma situação que eu passei nessa idade. E tá tudo bem.” (HISTÓRIA DE VIDA 6 – Cor laranja).*

No quinto tema, trago trechos que apresentam que, mesmo que em menor proporção, há preparo de profissionais de saúde, que se capacitam para assistir as pessoas marginalizadas, considerando suas perspectivas interseccionais. As pessoas participantes relatam situações que encontram confiança, escuta e segurança, tão necessárias nos espaços de saúde. Os trechos reunidos são exemplos de experiências que impactam positivamente a sua vida e, por consequência, a vida de toda sua rede de apoio:

*“Ele notou um preparo principalmente na endocrinologista, que faz o acompanhamento dos hormônios. A médica recebeu o prontuário com o nome feminino, mas ela foi até a recepção perguntar quem era a próxima consulta para não chamar pelo nome errado.” (HISTÓRIA DE VIDA 1 – Cor cinza claro).*

*“...fui em outra ginecologista e foi totalmente o contraponto. Com ela eu pude falar de tudo, e foi diferente, ela pediu todos os exames, por causa dela descobri que o que eu tinha era clamídia, e não candidíase, porque ela quem viu que eu não tinha feito todos os exames e quem pediu outros mais detalhados e não só os mais conhecidos. E, quando eu falei da minha vontade de tomar um contraceptivo diferente que me ajudasse e, também, sobre minha atividade sexual, ela acolheu. Foi muito diferente. Eu nunca mais larguei ela por isso (...) demorei 24 anos para encontrar um médico que me escutasse.” (HISTÓRIA DE VIDA 2 – Cor cinza).*

*“Até que encontrei meu psicólogo atual, que já tem seus 60 anos e nunca tinha passado pela experiência de orientar uma pessoa em transição de gênero e fez questão de me atender e me ajudar. Ele em nenhum momento me questionou algo, só me ajudou e eu sinto que também pude ajudar ele, para que ele agora possa compartilhar conhecimentos com outras pessoas.” (HISTÓRIA DE VIDA 4 – Cor rosa).*

*“Até encontrei uma ginecologista que me atendia super bem e eu me sentia superconfortável de falar tudo com ela, inclusive a minha mãe consultava com ela também, porém ela não colocava DIU, então eu tive que procurar outra pessoa. E aí, bem nesse momento, eu conheci a minha ginecologista atual, que foi quem me atendeu hoje e foi uma experiência superpositiva, muito tranquila. (...) prezo muito pelas pessoas se sentirem confortáveis e me identifiquei muito com a forma como ela atende e cuida das pessoas e mais pessoas deveriam ter essa experiência. Demorei muito para encontrar alguém assim e o mais importante é que estou muito feliz com a minha decisão...” (HISTÓRIA DE VIDA 5 – Cor vermelha).*

*“as enfermeiras me ajudaram a amamentar, foi bem difícil nos primeiros dias e elas se colocaram à disposição, falaram que eu podia tocar a campainha toda hora e eu realmente tocava toda hora (...) Essa enfermeira ia lá em casa pelo menos uma vez ao mês pra perguntar como estava a amamentação, pra pesar, pra ver se estava tudo bem e especialmente me ajudar na amamentação porque naturalmente é uma dificuldade pro bebe pegar a mama e pra mim doía muito e eu não queria mais amamentar porque estava doendo muito. Ela ia lá em casa fazer todo esse acompanhamento, enfim ela era maravilhosa, me ajudou muito! Até a introdução alimentar ela fez parte, ajudou, tirava fotos. Achei fundamental essa participação...” (HISTÓRIA DE VIDA 6 – Cor laranja).*

Por fim, no sexto e último tema, trago trechos que aprofundam desconforto com memórias que as pessoas participantes experimentam como consequência das discussões realizadas até então. São memórias difíceis, que geram gatilhos, situações constrangedoras e traumas que elas acabam carregando por muito tempo, na esperança de superar um dia. Os trechos reunidos são exemplos dessas memórias difíceis:

*“...esse processo tem sido bem doido de acompanhar, porque tem várias situações do dia a dia que você não para pensar que pode ser uma situação constrangedora. Você não precisa pensar muito. Já ele não, ele vai ficar pensando como vai ser todas as idas ao banheiro, como se apresenta para alguém. Por exemplo, ele agora tá trabalhando na Uber e a gente estava conversando ele quer sair, procurar um trabalho já na cidade que a gente vai morar. A gente está se mudando, e ele não vai conseguir realizar nada dessas coisas antes de fazer a cirurgia do peito e fazer a alteração do nome. Imagina, aí ele consegue um emprego, se apresenta com o nome dele, e tem que entregar os documentos de uma pessoa que ele não é mais.” (HISTÓRIA DE VIDA 1 – Cor cinza claro).*

*“Para mim foi uma experiência ruim, pois eu senti uma falta de respeito dela comigo. Eu falei que queria trocar o método, dizendo que eu pesquisei algumas opções como a injeção e o DIU e ela respondeu: ‘Não’.*

*Sério, ela respondeu literalmente assim: ‘Não, se você quiser engravidar, eu troco o método. Se você não quiser engravidar, toma a pílula direito’. E foi isso. Simplesmente eu não tive a minha própria vontade nem sequer escutada. Além disso, na época eu achava que estava tendo crises de candidíase, tinha muitas crises, e eu pedi alguns remédios, pois já tinha tentado muitas coisas e nada tinha adiantado.” (HISTÓRIA DE VIDA 2 – Cor cinza).*

*“Às vezes, eu preferia ter tido uma filha, é um grande desafio criar um filho tendo tanta raiva de homem quanto eu por tantas coisas que já passei. Mas a vida me deu um desafio maior e eu tenho um filho menino. Esses dias ele falou uma frase que eu fiquei mal porque sei que é reflexo dos meus traumas. Ele disse: ‘Eu não gosto de meninas porque você sempre diz que não gosta de homens, então eu também não gosto delas’. Aí eu fiquei em choque e pensei, gente, não é por aí... Como eu faço pra falar pra ele que eu reclamo de homens no calor do momento, em tom de brincadeira, mas com fundo de verdade. Então eu respirei fundo e falei: ‘A mamãe acaba falando que não gosta de homens porque a mamãe tem medo de homens. Vou te explicar agora uma coisa, ela é muito séria, mas tenta entender. E, se ficar com dúvidas, você me pergunta, certo? A mamãe e o papai são diferentes, eu nasci menina e o papai nasceu menino. Desde sempre, papai pode andar na rua sem medo de ser estuprado, mas a mamãe não. Você sabe o que é isso?’. Ele falou que não sabia e eu tive que continuar dizendo: ‘É quando, geralmente, um homem tenta forçar a mamãe ou outra mulher a fazer algo que vai machucar muito. É isso que acontece. E o papai não tem esse medo de andar na rua e sofrer esse tipo de violência. Ele pode ser assaltado, podem levar as coisas dele, mas provavelmente ele não vai passar por uma violência como as mulheres passam todos os dias’...” (HISTÓRIA DE VIDA 3 – Cor roxa).*

*“...ouvindo coisas de outros homens como ‘tem barba, mas nunca vai ser homem de verdade’ e isso machuca bastante. Essa frase dói ainda mais quando o sistema te exclui, (...) precisava ir ao banheiro e quando entrei num posto de gasolina, só tinha mictório. Eu não conseguia mais segurar e usei do jeito que deu, sentindo muito desconforto e humilhação. Eu nem falei para ninguém, mas eu saí de lá e chorei. Já entrei em festas que eu não sabia o que eu fazia. Entrava no banheiro masculino e os homens me tiravam, entrava no feminino e as mulheres ficavam assustadas. Pelo menos no banheiro feminino se elas viam que eu tenho peito elas ainda acolhiam. Mas já tive que levantar a blusa para acreditarem em mim. Muito invasivo.” (HISTÓRIA DE VIDA 4 – Cor rosa).*

*“...fiquei por quase 10 anos tomando o mesmo, e ele bloqueava a produção de testosterona, ou seja, eu não ganhava massa muscular. Posso estar falando errado, mas é mais ou menos isso (...) troquei o anticoncepcional por um que era pra ser com menos hormônio e foi horrível a experiência, fiquei muito inchada e outros efeitos colaterais. Até que eu comecei a trocar várias experiências com amigas e clientes que*

*vinham aqui na estética e todas as mulheres, com suas individualidades, tiveram experiências diferentes, mas na sua maioria foram experiências positivas depois de parar de tomar o anticoncepcional e começar a usar o DIU.” (HISTÓRIA DE VIDA 5 – Cor vermelha).*

*“Eu criei um bloqueio interno por causa do que eu vivi lá atrás aos meus 15 anos, embora eu tivesse plano de saúde porque eu era dependente da minha mãe ainda. Mas não só isso, eu era dependente dela tanto emocionalmente, quanto financeiramente. (...) não era algo desejado e muito menos estruturado na minha vida. Quando precisava comprar fralda eu pedia pra minha mãe. Não ter um parceiro na gestação, não ter ninguém além dela pra acompanhar minha gestação, não ter uma renda sendo uma criança sustentando uma criança... Não era uma gravidez desejada, nem planejada. Estava dentro de uma situação que não podia fugir daquilo (...) não tenho lembranças de sentimentos bons dentro de mim. Eu me culpava, não entendia, não desejava, me sentia julgada pela sociedade.” (HISTÓRIA DE VIDA 6 – Cor laranja).*

A rodada de análise de conteúdo das histórias de vida apresenta a necessidade de acolhimento das perspectivas nas relações; o despreparo de profissionais de saúde; a potência das perspectivas interseccionais; a transformação pessoal; o preparo de profissionais de saúde; e o desconforto com memórias. São temas profundos que reforçam a importância de escutar, de perguntar, de aproximar e de acalantar essas diferentes perspectivas interseccionais. São temas essenciais para promover a saúde de pessoas marginalizadas, garantindo que tenham acesso a um atendimento de saúde de qualidade, livre de discriminação, preconceito e opressão. Uma saúde livre e humanizada que melhore a qualidade de vida e saúde dessas pessoas, visando equidade e respeito à diversidade.

Cabe a profissionais de saúde oferecer um ambiente preparado para lidar com as necessidades específicas dessas pessoas. Aqui envolve escutar suas necessidades, perguntar sobre as suas limitações e preconceitos sofridos ao longo da vida, distanciar de suas perspectivas de privilégios para aproximar das perspectivas de opressão e, assim, acalantar as pessoas com um ambiente seguro. como designers, que podem contribuir com soluções que facilitem uma abordagem acolhedora, integradora e holística, sensibilizando pessoas sobre a importância das tecnologias sociais e da saúde humanizada com exercícios práticos que ajudem a evidenciar isto. Sensibilização que faço a partir de mapas mentais, a segunda prática de recriar que realizo na ferramenta. Apresento seu resultado visual na Figura 24 e desdobre a seguir.



As palavras-chaves da questão de pesquisa se localizam às margens do mapa e envolvem: lentes feministas para a geração de ideias; capacidades feministas para a promoção da saúde; design e a tecnologia como aliados da saúde; serviços centrados nas perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas; soluções centradas nas necessidades das pessoas e transformação sociocultural para romper com os sistemas de opressão. Distribuo as palavras ao redor do mapa pois entendo que influenciam na geração de seus insumos relacionados.

Entre as oportunidades de soluções estão: ambiência; clínica amparada e compartilhada; dispositivos, equipamentos ou produtos; gestão participativa e cogestão; inovações gerenciais; procedimentos, técnicas e ferramentas; e serviços. Entre as ações necessárias estão: assistência para a pessoa e não para a doença; compreensão das necessidades das pessoas; consciência para mudar a lógica; conscientização e suporte; informação e conhecimento; desenvolvimento de tecnologias com significado; incentivo a representatividade; reconhecimento dos paradigmas da sociedade; preparo de profissionais; respeito à diversidade e às relações sociais; senso de responsabilidade; e valorização de profissionais. E, entre os impactos positivos estão: abordagem acolhedora, integradora e holística; acessibilidade e autonomia para as pessoas na saúde; aproximação das organizações com a sociedade; equidade, relevância e responsabilidade social; e inovações sociais organizacionais. Insumos que utilizo para finalizar o exercício da capacidade feminista de recriar. Apresento seu resultado visual na Figura 25 e desdobro a seguir.

Figura 25 – Resultado da reflexão de recriar



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

Reflico sobre as imaginações que surgiram e que me fizeram construir a partir de realidades desconhecidas e tangibilizar o que eu ainda não sabia; sobre as memórias que me fizeram contestar verdades que me foram contadas para centralizar nas verdades das narrativas das histórias de vida coletadas; e sobre as indignações que me levam a subverter a obediência para reinventar estruturas por meio de ações feministas e, assim, pensar no desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada pelo design estratégico.

A primeira reflexão que faço sobre a capacidade de recriar é praticando a ação de imaginar. Imagino as lentes feministas sendo utilizadas em futuras pesquisas, descentralizando as perspectivas sociais que sempre estiveram no centro, e eu estou entre essas perspectivas. Imagino que quanto mais camadas de perspectivas interseccionais uma pessoa possui, mais vulnerável e oprimida ela se sente ao procurar cuidados com suas necessidades de saúde. Isso porque profissionais da saúde acabam se influenciando, de maneira estrutural, pelo sistema de opressão e, conseqüentemente exercem uma prática exclusiva e preconceituosa. A prática da imaginação me faz visualizar as realidades que assombram frente às desvantagens sociais em meio aos sistemas de opressão para não as esquecer.

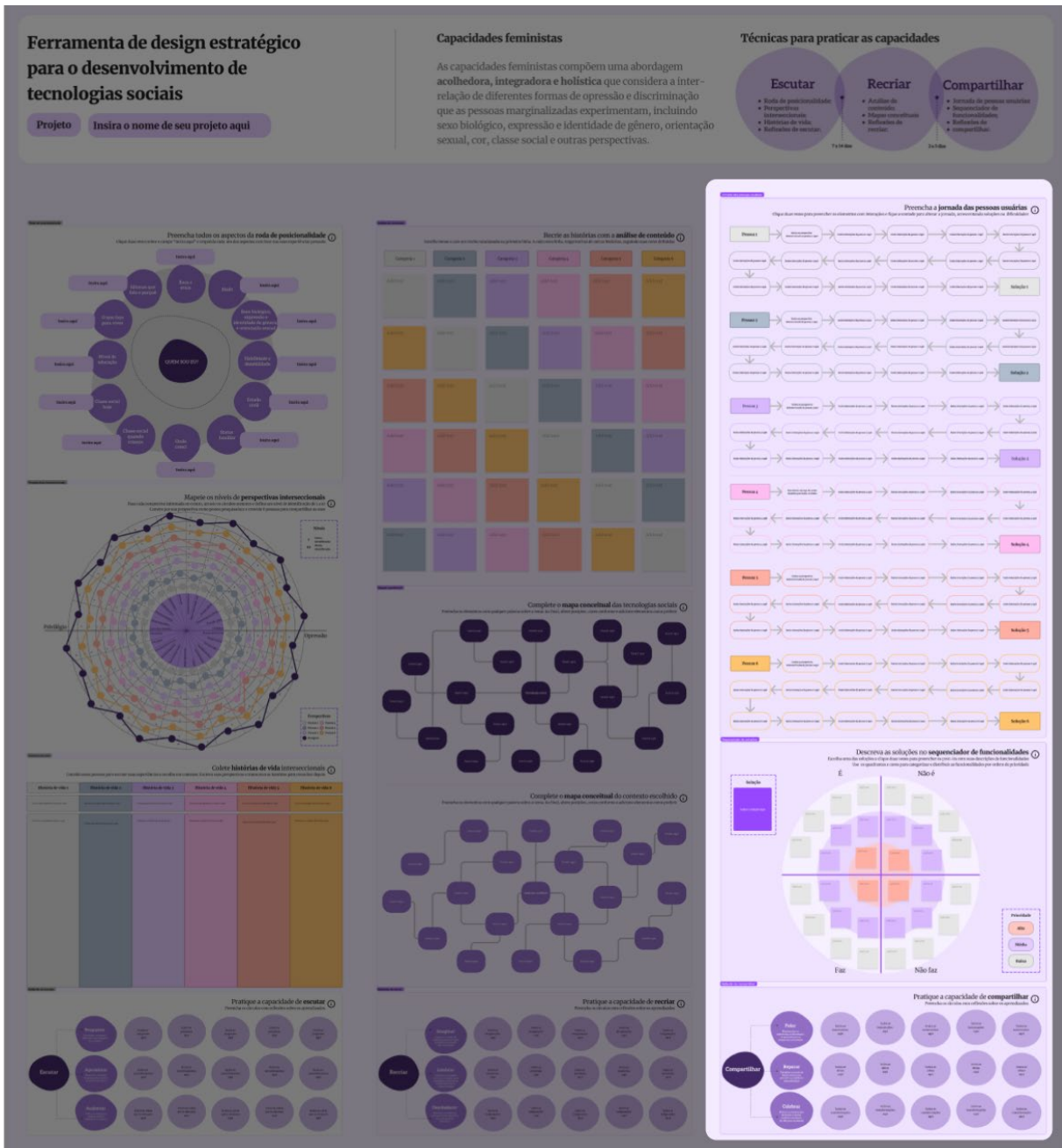
A segunda reflexão que faço sobre a capacidade de recriar é praticando a ação de lembrar. Lembro que minha jornada como pesquisadora iniciou muito próxima das perspectivas de privilégio e muito distante das perspectivas de opressão. Lembro que sem a revisão teórica e a metodologia do estudo, eu poderia ter praticado uma pesquisa exclusiva, sem a compreensão das experiências das perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas. As memórias me permitem reparar nessas experiências, no sentido de observar o desconforto, para então repará-las, no sentido curar esse desconforto. E é possível observar que o desconforto é comum às histórias de vida de diferentes perspectivas interseccionais, as quais também se interseccionam entre si e permitem desobedecer às estruturas.

E por fim, a terceira e última reflexão que faço sobre a capacidade de recriar é de desobedecer. Desobedeço a abordagem objetivista para destacar as lentes feministas que habilitam pessoas pesquisadoras em novas formas de sentir, pensar e fazer design. Desobedeço a tendência de isolar perspectivas para me aproximar de perspectivas interseccionais que podem transformar a ciência. Subverto meu papel de designer, construindo capacidades feministas para desenvolver o senso de responsabilidade e, assim, desafiar os sistemas de opressão.



Sem necessidade de pausa, avanço para as práticas das capacidades de compartilhar, as quais apresento na Figura 26 e desdubro a seguir.

Figura 26 – Práticas da capacidade de compartilhar

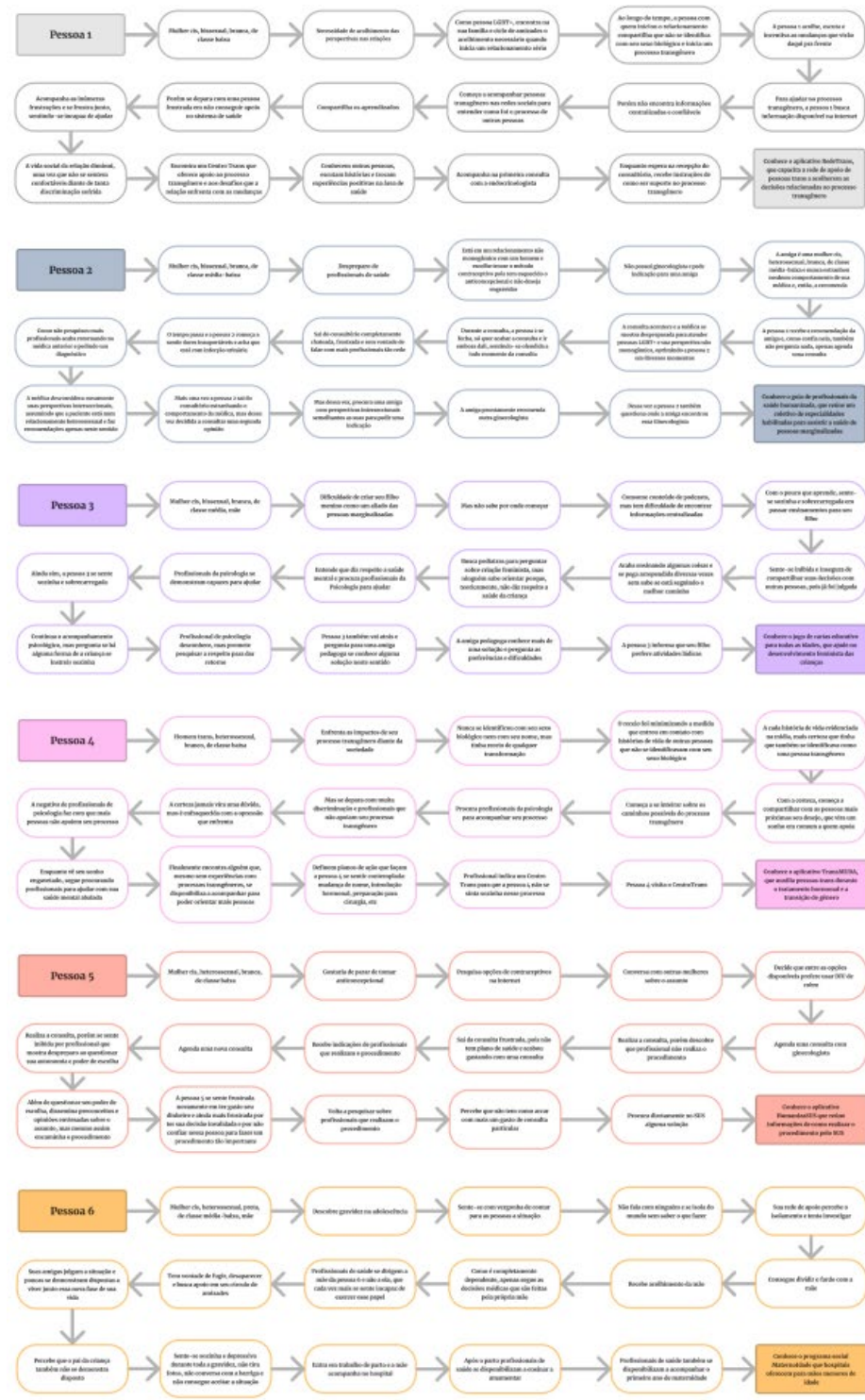


Fonte: Elaborada pela autora. Disponível em: [Ferramenta de design estratégico](#).

Ao exercitar as capacidades de compartilhar, realizo as práticas de jornada das pessoas usuárias; sequenciador de funcionalidades; e reflexão de compartilhar. Levo aproximadamente 3 dias, sendo 1 dia para a prática de jornada das pessoas usuárias; 1 dia para a prática de sequenciador de funcionalidades e 1 dia para a

prática de reflexão da capacidade de compartilhar. A primeira prática de compartilhar que realizo na ferramenta é jornada das pessoas usuárias. Apresento seu resultado visual na Figura 27 e desdubro a seguir.

Figura 27 – Resultado da jornada das pessoas usuárias



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

A primeira prática de compartilhar que realizo na ferramenta é a jornada das pessoas usuárias. Entendo que seja um exercício fundamental para descrever o percurso das pessoas que compartilharam suas histórias de vida de saúde, a partir dos insumos coletados nessas histórias. Para realizá-lo, inseri as pessoas conforme a ordem e as cores que representam suas perspectivas, as quais também são informadas no exercício para situar o restante da jornada. Decido como ponto de partida alguma interação que chamou atenção nas histórias de vida e vou escrevendo as interações seguintes baseadas na anterior. Neste ponto, a história original pode ser alterada, adicionando outras histórias correlatas, acrescentando soluções ou dificuldades enfrentadas, bem como os sentimentos ao longo do processo. Ao final da jornada, sugiro uma tecnologia social conceitual, que não existe no mercado, como solução para cada uma das jornadas mapeadas.

A jornada da pessoa 1, uma mulher cis, bissexual, branca, de classe baixa, enfrenta a necessidade de acolhimento das perspectivas nas relações. Como pessoa LGBTQ+, encontra na sua família e ciclo de amizades o acolhimento necessário quando inicia um relacionamento sério. Ao longo do tempo, a pessoa com quem iniciou o relacionamento compartilha que não se identifica com seu sexo biológico e inicia um processo transgênero. A pessoa 1 acolhe, escuta e incentiva as mudanças que virão daqui para frente e, para ajudar no processo transgênero, busca informação disponível na internet, porém não encontra informações centralizadas e confiáveis. Começa então a acompanhar pessoas transgênero nas redes sociais para entender como foi o processo de outras pessoas e compartilha os aprendizados, mas se depara com uma pessoa frustrada em não conseguir apoio no sistema de saúde. Acompanha as inúmeras frustrações e se frustra junto, sentindo-se incapaz de ajudar e isso começa a impactar na vida social da relação que diminui, uma vez que não se sentem confortáveis diante de tanta discriminação sofrida. Depois de muita frustração, finalmente encontra um Centro Trans que oferece apoio ao processo transgênero e aos desafios que a relação enfrenta com as mudanças e conhecem outras pessoas, escutam histórias e trocam experiências positivas na área de saúde. Fica feliz em poder acompanhar a primeira consulta com endocrinologista preparada para assistir o processo transgênero e se informa na recepção de que forma pode ser um melhor suporte nesse processo. Conhece o aplicativo RedeTrans, que capacita a rede de apoio de pessoas trans a acolherem as decisões relacionadas ao processo transgênero.

A jornada da pessoa 2, uma mulher cis, bissexual, branca, de classe média-baixa, enfrenta o despreparo de profissionais de saúde. Está em um relacionamento não monogâmico com um homem e escolhe trocar o método contraceptivo pois tem esquecido o anticoncepcional e não deseja engravidar. Como não possui ginecologista, pede indicação para uma amiga, mas essa amiga é uma mulher cis, heterossexual, branca, de classe média-baixa e nunca estranhou nenhum comportamento de sua médica e, então, só a recomenda sem pensar muito. A pessoa 2 recebe a recomendação da amiga e, como confia nela, também não pergunta nada, apenas agenda uma consulta. A consulta acontece e a médica se mostra despreparada para atender pessoas LGBTQ+ e sua perspectiva não monogâmica. Durante a consulta, a pessoa 2 se sente oprimida em diversos momentos e se fecha, só quer acabar a consulta e ir embora dali, sentindo-se ofendida a todo momento. Ela sai do consultório completamente chateada, frustrada e sem vontade de falar com mais profissionais tão cedo. O tempo passa e a pessoa 2 começa a sentir dores insuportáveis e acha que está com infecção urinária e, como não pesquisou mais profissionais, acaba retornando na médica anterior sem vontade e pedindo um diagnóstico. A médica desconsidera novamente suas perspectivas interseccionais, assumindo que a paciente está num relacionamento heterossexual e faz recomendações apenas neste sentido. Mais uma vez a pessoa 2 sai do consultório estranhando o comportamento da médica, mas dessa vez decidida a consultar uma segunda opinião, mas dessa vez, procura uma amiga com perspectivas interseccionais semelhantes as suas para pedir uma indicação, que prontamente recomenda outra ginecologista. Dessa vez a pessoa 2 também questiona onde a amiga encontrou essa ginecologista, procurando uma solução tecnológica para seu problema e assim descobre o guia de profissionais da saúde humanizada, que reúne um coletivo de especialidades habilitadas para assistir a saúde de pessoas marginalizadas.

A jornada da pessoa 3, uma mulher cis, bissexual, branca, de classe média, mãe, enfrenta a dificuldade de criar seu filho menino como um aliado das pessoas marginalizadas. Ela não sabe por onde começar, tenta consumir conteúdo de *podcasts*, mas tem dificuldade de encontrar informações centralizadas e confiáveis. Com o pouco que aprende, sente-se sozinha e sobrecarregada em passar ensinamentos para seu filho, sente-se inibida e insegura de compartilhar suas decisões com outras pessoas, pois já foi julgada. Ela acaba ensinando algumas

coisas e se pega arrependida diversas vezes sem sabe se está seguindo o melhor caminho. Busca pediatras para perguntar sobre criação feminista, mas ninguém sabe orientar porque, teoricamente, não diz respeito a saúde da criança. Mas ela não aceita pois entende que diz respeito a saúde mental e procura profissionais da psicologia para ajudar. Profissionais da psicologia se demonstram capazes para ajudar a desenvolver capacidades feministas na pessoa 3 que, ainda sim, segue se sentindo sozinha e sobrecarregada. Continua o acompanhamento psicológico, mas pergunta se há alguma forma de a criança se instruir sozinha, mas profissional de psicologia desconhece, e promete pesquisar a respeito para dar retorno. Enquanto isso, a pessoa 3 também vai atrás e pergunta para uma amiga pedagoga se conhece alguma solução tecnológica neste sentido. Felizmente, a amiga pedagoga conhece mais de uma solução e pergunta das preferências e dificuldades para recomendar então um jogo de cartas educativo para todas as idades, que ajude no desenvolvimento feminista das crianças.

A jornada da pessoa 4, um homem trans, heterossexual, branco, de classe baixa, enfrenta impactos de seu processo transgênero diante da sociedade. Antes de iniciar o processo transgênero, considerava-se uma pessoa masculinizada, nunca se identificou com seu sexo biológico nem com seu nome, mas tinha receio de qualquer transformação. O receio foi minimizando à medida que entrou em contato com histórias de vida de outras pessoas que não se identificavam com seu sexo biológico. A cada história de vida evidenciada na mídia, mais certeza que tinha que também se identificava como uma pessoa transgênero. Com a certeza, começa a compartilhar com as pessoas mais próximas seu desejo, que vira um sonho em comum a quem apoia. Também começa a se inteirar sobre os caminhos possíveis do processo transgênero e procura profissionais da psicologia para acompanhar seu processo. Porém, acaba se deparando com muita discriminação e profissionais que não apoiam seu processo transgênero. Aquela certeza jamais vira uma dúvida, mas é enfraquecida com a opressão que enfrenta, ainda mais com a negativa de profissionais de psicologia, que faz com que mais pessoas não apoiem seu processo. Enquanto vê seu sonho engavetado, segue procurando profissionais para ajudar com sua saúde mental abalada. Finalmente encontra alguém que, mesmo sem experiências com processos transgêneros, se disponibiliza a acompanhar para poder orientar mais pessoas. Definem planos de ação que façam a pessoa 4 se sentir contemplada: mudança de nome, introdução hormonal, preparação para

cirurgia etc. Profissional também indica um Centro Trans para que a pessoa 4 não se sinta sozinha nesse processo, em que também conhece o aplicativo “TransMuda”, que auxilia pessoas trans durante o tratamento hormonal e a transição de gênero.

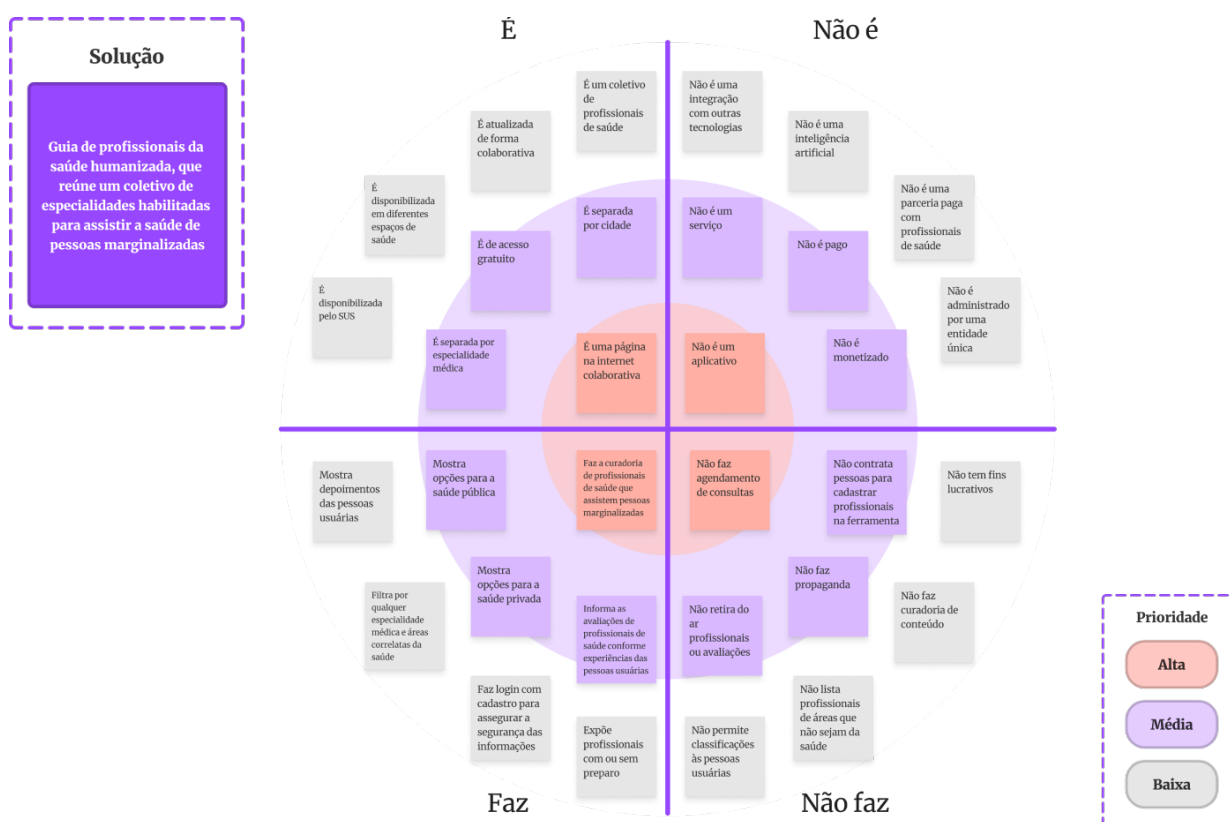
A jornada da pessoa 5, uma mulher cis, heterossexual, branca, de classe baixa, enfrenta a necessidade de parar de tomar anticoncepcional. Começa pesquisando outras opções de contraceptivos na internet, sem hormônios. Conversa com outras mulheres sobre o assunto e decide que entre as opções disponíveis prefere usar DIU de cobre. Agenda uma consulta com ginecologista, mas ao realizar a consulta, porém descobre que profissional não realiza o procedimento. Sai da consulta frustrada, pois não tem plano de saúde e acabou gastando com uma consulta. Recebe novas indicações de profissionais que realizam o procedimento e agenda uma nova consulta. Porém, dessa vez, profissional mostra despreparo ao questionar sua autonomia e poder de escolha. Além de questionar seu poder de escolha, dissemina preconceitos e opiniões enviesadas sobre o assunto, mesmo assim encaminha o procedimento. A pessoa 5 se sente frustrada novamente em ter gasto seu dinheiro e ainda mais frustrada por ter sua decisão invalidada e por não confiar nessa pessoa para fazer um procedimento tão importante. Volta a pesquisar sobre profissionais que realizam o procedimento, mas percebe que não tem como arcar com mais um gasto de consulta particular. Procura diretamente no SUS alguma solução tecnológica e conhece o aplicativo “HumanizaSUS” que reúne informações de como realizar o procedimento pelo SUS.

Por fim, a jornada da pessoa 6, uma mulher cis, heterossexual, preta, de classe média-baixa, mãe, enfrenta desconforto com memórias de sua gravidez na adolescência. Sente-se com trauma em lembrar da vergonha que foi contar para as pessoas a situação. Não falava com ninguém e se isola do mundo sem saber o que fazer. Sua rede de apoio até percebe o isolamento e tenta investigar, isso faz com que ela consiga dividir o fardo com a mãe e receber seu acolhimento. Lembra o quanto era completamente dependente, apenas seguia as decisões médicas que são feitas pela própria mãe. Entre as dificuldades enfrentadas, profissionais de saúde se dirigiam a mãe da pessoa 6 e não a ela, que cada vez mais se sentia incapaz de exercer esse papel. Teve vontade de fugir, desaparecer e, ao buscar apoio em seu círculo de amizades, duas amigas julgam a situação e poucas se demonstram dispostas a viver junto essa nova fase de sua vida. Também percebe

que o pai da criança também não se demonstra disposto e se sente sozinha e depressiva durante toda a gravidez, não tira fotos, não conversa com a barriga e não consegue aceitar a situação. Suas lembranças melhoram a partir do trabalho de parto, do apoio incondicional da sua mãe no hospital e o quanto profissionais de saúde se disponibilizam a ensinar a amamentar e a acompanhar o primeiro ano de sua maternidade. Assim conheceu o programa social Maternoldade que hospitais oferecem para mães menores de idade e finalmente pode ter uma experiência de acolhimento em um momento tão desafiador.

As jornadas ajudam a visualizar as necessidades desassistidas e gerar ideias de soluções tecnológicas, mesmo que inexistentes, para assistir essas pessoas no sistema de saúde. Com essas ideias visíveis, foi preciso definir prioridades para o desenvolvimento, escolhendo uma das propostas de solução para descrever no sequenciador de funcionalidades, a segunda prática de compartilhar que realizo na ferramenta. Apresento seu resultado visual na Figura 28 e desdobre a seguir.

Figura 28 – Resultado do sequenciador de funcionalidades



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

Faço rodadas individuais para preencher os quadrantes da matriz, que interseccionam um círculo para listar *post-its* nas respectivas prioridades alta, média ou baixa. Naturalmente surgem mais prioridades para definir como priorização e, por este motivo, quanto maior a prioridade, menos prioridades são listadas, para acelerar a implementação e depois planejar as que ficaram pendentes nas outras prioridades. Além de esclarecer e alinhar as pessoas envolvidas sobre a solução tecnológica, é possível decidir estrategicamente a partir das definições. É importante que essas prioridades sejam esclarecidas e documentadas de maneira mais técnica posteriormente, acrescentando outras ferramentas correlatas para orientar o seu desenvolvimento, como *design sprint* e outras metodologias ágeis.

Neste exemplo aplicado, entre as ideias geradas na prática de jornada de pessoas usuárias, sugiro que seja sequenciada a solução de um guia de profissionais da saúde humanizada, que reúne um coletivo de especialidades habilitadas para assistir a saúde de pessoas marginalizadas. Como alta prioridade para o desenvolvimento da tecnologia, entendo que é uma página na internet colaborativa, mas não é um aplicativo. Também faz a curadoria de profissionais de saúde que assistem a saúde dessas pessoas, mas não faz o agendamento de consultas.

Como média prioridade para o desenvolvimento da tecnologia, entendo que é de acesso gratuito e é segmentada por especialidade médica e por cidade. Sendo assim, não é monetizado ou pago e não é um serviço. Além disso, faz filtragem por opções para a saúde pública e privada, além de informar as avaliações de profissionais de saúde conforme as experiências das pessoas usuárias, para garantir a confiabilidade e a segurança. Por isto, não faz propaganda e tampouco retira do ar profissionais de saúde ou avaliações. Por ser uma tecnologia social colaborativa, não contrata pessoas para cadastrar profissionais na ferramenta.

E, como baixa prioridade para o desenvolvimento da tecnologia, entendo que é um coletivo de profissionais de saúde, atualizada de forma colaborativa, disponibilizada em diferentes espaços de saúde, tanto privado quanto pelo SUS. Não é uma integração com outras tecnologias, não é uma inteligência artificial, não é uma parceria paga com profissionais de saúde e não é administrada por uma entidade única. Sendo assim, faz login com cadastro para assegurar a segurança das informações e para que as pessoas usuárias informem suas avaliações e procurem profissionais de saúde, filtrando por qualquer especialidade médica e



áreas correlatas da saúde e mostrando depoimentos sobre profissionais com ou sem preparo. Por outro lado, não permite classificações às pessoas usuárias, não lista profissionais de áreas que não sejam da saúde e não faz curadoria de conteúdo, pois não tem fins lucrativos.

A prática sequenciador de funcionalidades objetiva propor uma solução tecnológica minimamente viável, que é definida a partir do mapeamento das jornadas das pessoas usuárias e de possíveis prioridades para a solução. É uma prática para compartilhar planos de ação e comunicar as pessoas envolvidas sobre os próximos passos e tomadas de decisão.

O intuito é priorizar as prioridades mínimas necessárias para que a solução seja implementada o quanto antes e recomendar prioridades que façam isso acontecer juntamente com as equipes técnicas de designers e pessoas desenvolvedoras. Para detalhar as prioridades em tarefas, é preciso envolver essas equipes técnicas para estimar o esforço, o tempo e o custo necessário para implementação.

Como a ferramenta está sendo aplicada pela primeira vez, não apresento detalhamentos sobre a tecnologia e sigo para a reflexão de compartilhar, a terceira e última prática que realizo na ferramenta. Apresento seu resultado visual na Figura 29 e desdubro a seguir.

Figura 29 – Resultado da reflexão de compartilhar



Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

Reflico sobre as falas das experiências, diferenças e opressões que testemunhei as pessoas serem submetidas, sobre as ideias que tive ao reparar o mundo de forma atenta para perceber as realidades desconhecidas e ajudar a curar essas opressões, e sobre a importância de celebrar para praticar o compromisso de buscar melhores condições de vida para essas pessoas.

A primeira reflexão que faço sobre a capacidade de compartilhar é que para falar não precisa de bocas, a própria tecnologia pode comunicar e ser usada para subverter o poder. Entendo que essa solução tecnológica proposta testemunha por si só a existência das opressões que as pessoas são submetidas. A tecnologia social colaborativa valoriza que as pessoas marginalizadas têm muito a falar, enquanto as pessoas com privilégios sociais têm muito a escutar e, depois de muito escutar, as segundas devem ser testemunhas das opressões existentes.

A segunda reflexão que faço sobre a capacidade de compartilhar é que escolhi a solução tecnológica que achei mais emergente e possível de implementar, e que acaba atendendo as outras soluções, indiretamente. Entendo que reunir profissionais de saúde capazes de assistir pessoas marginalizadas é reparar nas suas necessidades, tanto no sentido de as observar, quanto no sentido de as curar. E, reparar o mundo pelas lentes feministas é um caminho sem volta, não me é mais possível enxergar o design, a tecnologia e a saúde por outras lentes.

A terceira e última reflexão que faço sobre a capacidade de compartilhar é sobre o processo de transformação que fui submetida a partir de novas formas de sentir, pensar e fazer design. É preciso celebrar essas novas formas, ainda que não seja um processo fácil e simples de exercitar, pois exige lembrar as violências vividas, tanto individuais quanto coletivas. Mas se faz importante celebrar as melhores condições de vida para as pessoas e, assim, permitir encerrar o ciclo de se deixar afetar pelo que causa estranhamentos. Reconhecendo, portanto, pequenos a grandes feitos, individuais e coletivos para celebrar a união.

Como mencionei anteriormente, estruturei a ferramenta de design estratégico com exercícios práticos para explorar minha questão de pesquisa e facilitar a prática das capacidades feministas através de uma abordagem acolhedora, integradora e holística. Uma abordagem que considera a inter-relação de diferentes formas de opressão e discriminação que as pessoas marginalizadas enfrentam. Uma vez aplicada diretamente neste estudo, não realizei validações com pessoas usuárias e equipes técnicas de design para obter aprendizados com diferentes aplicações.

Por este motivo, para fins qualitativos de revisão técnica, sinto a necessidade de convidar uma pessoa que trabalhe com design e que se relacione com as perspectivas sociais da pesquisa, mas que não teve contato com ela para uma sessão de *design critique* (Apêndice D). Retomo os exercícios de roda de posicionalidade e de perspectivas interseccionais para conhecer a pessoa convidada, uma mulher cis, bissexual, de cor e classe baixa. Em aproximadamente 30 minutos, apresento as discussões geradas a partir do exemplo de aplicação da ferramenta de design estratégico, mostrando como se deu a minha imersão individual nos exercícios práticos propostos para cada uma das capacidades.

Apesar de uma certa insegurança para apresentar a ferramenta na sessão de *design critique* devido a ausência de validações quantitativas, recebo retornos que considero como aprendizados valiosos. A partir da revisão técnica, entendo que a ferramenta de design estratégico é útil e aplicável como metodologia de design que tem potencial de ajudar na exploração criativa de possíveis soluções tecnológicas na saúde. Embora a ferramenta tenha sido apresentada de forma direcionada ao contexto da saúde, também há o incentivo de oferecer uma ferramenta aberta para abordar diferentes contextos, sem limitar especificamente a saúde.

A pessoa convidada considera que a ferramenta deva ser disponibilizada gratuitamente, possibilitando a edição para personalização das práticas de histórias de vida e de mapas conceituais dentro ou fora do contexto da saúde. Facilitando, assim, a condução em qualquer contexto, sem depender de um recorte escolhido para a coleta das histórias de vida. Além disso, sugere que a aplicação coletiva da ferramenta seja feita para validar sua efetividade, e considera importante capacitar pessoas que assumam a facilitação e esclareçam o momento de imersão por meio de materiais instrucionais.

Por fim, entende que a ferramenta cumpre com os objetivos propostos e recomenda para futuras pesquisas e práticas em design e tecnologia. Após os feedbacks, modifico os textos instrucionais da ferramenta presentes em cada quadrante, de modo a não delimitar a saúde como recorte, e construo a ferramenta em plataformas colaborativas de design (FigmaJam e Miro), e assim disponibilizá-la para designers e outras pessoas interessadas em aplicar a ferramenta em suas pesquisas e práticas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa posicionada nas lentes feminista explora novos olhares e perspectivas interseccionais nas áreas de design, tecnologia e saúde. Dentre as principais descobertas, entendo que designers podem praticar capacidades feministas de escutar, recriar e compartilhar para desenvolver tecnologias sociais para a saúde humanizada. São capacidades que envolvem uma abordagem acolhedora, integradora e holística, para orientar quaisquer projetos centrados em perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas e nos interesses da sociedade, e não dos interesses movidos pelo mercado. Essas perspectivas interseccionais, por sua vez, englobam diversas camadas de identidade, evitando que a pesquisa exclua perspectivas ou foque em apenas uma camada de identidade, além de possibilitar novas relações entre essas diferentes perspectivas.

Entendo que as lentes feministas ampliam as discussões para além de uma camada de perspectiva, como o gênero, por exemplo, a partir da construção de capacidades feministas para a ação projetual estratégica. São capacidades feministas de escutar, recriar e compartilhar, as quais direcionam diferentes implicações feministas para as abordagens de design estratégico, tecnologias sociais e saúde humanizada. Implicações que ajudam a responder à questão de pesquisa e entender de que forma as lentes feministas podem orientar o design estratégico no desenvolvimento de tecnologias para a saúde, através de uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considere diferentes perspectivas sociais.

Entre as principais descobertas, penso que existem várias formas de me habilitar como pesquisadora a me distanciar de minha posição de privilégio social e desenvolver essa abordagem, a partir do meu próprio distanciamento das perspectivas de privilégio. Além de ampliar as noções de identidade para além do gênero, através das perspectivas interseccionais como abordagem, também aumenta o senso de responsabilidade nas pesquisas e nas propostas de soluções tecnológicas para a saúde. Senso de responsabilidade que pode ser desenvolvido a partir dessas capacidades feministas, que também orientam a operação metodológica e a postura ética de toda a pesquisa.

De fato, busco incorporar as capacidades feministas durante toda a pesquisa, desde a escolha das pessoas autoras até a forma como disserto o texto, acolhendo

perspectivas interseccionais e levando em conta quem se beneficiará das tecnologias de saúde propostas pelo design. Entre as capacidades feministas que mais prático ao longo do estudo, creio que seja a de desobedecer aos sistemas de opressão dominantes e propor novas formas de sentir, pensar e fazer design. Uma forma que escuta, recria e compartilha soluções centradas na saúde de pessoas marginalizadas e suas perspectivas interseccionais.

Como resultado, desenvolvo uma ferramenta de design estratégico que tem como objetivo facilitar o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada dessas pessoas marginalizadas. A ideia é que tanto eu, como pesquisadora e designer, quanto mais profissionais da área possam utilizar essa ferramenta, individualmente ou em grupo, para fazer descobertas de forma iterativa e livre, escolhendo os exercícios práticos propostos de acordo com sua própria preferência. São recomendados os exercícios práticos de roda de posicionalidade; perspectivas interseccionais; histórias de vida; reflexão de escutar; análise de conteúdo; mapas conceituais; reflexão de recriar, jornada das pessoas usuárias; sequenciador de funcionalidades e reflexão de compartilhar.

Para melhor orientá-los, apresento um exemplo de aplicação da ferramenta, simulando a ação projetual estratégica a partir da questão de pesquisa, fazendo uma imersão individual nas capacidades feministas de escutar, recriar e compartilhar para realizar os exercícios. Escolho uma série de exercícios abordados ao longo da revisão teórica e outros complementares para cada uma das capacidades e, assim, orientar a ação projetual estratégica de design. Os exercícios escolhidos para estruturar a ferramenta são pautados por um caráter ético, uma vez que implicam em visões com ressignificações sobre as experiências vividas.

Recomendo ciclos de imersão para orientar os exercícios práticos, especialmente para a capacidade de escutar, devido à sua profundidade. Entendo que escutar envolve uma capacidade crítica de assombrar-me, deixar-me afetar e perguntar para interpretar contextos. Sendo uma capacidade que exige a autorreflexão, por meio de uma escuta interna feita como pesquisadora; e uma reflexão externa sobre as perspectivas interseccionais, com uma escuta ativa direcionada às pessoas marginalizadas. As capacidades de recriar e compartilhar são aplicadas em menor profundidade e proporção de imersão, em que entendo que recriar envolve a capacidade criativa de imaginar e antecipar acontecimentos, enquanto compartilhar envolve a capacidade prática de dialogar com outras pessoas

através de ideias e conceitos. Todas essas capacidades são construídas a partir de implicações feministas em design, tecnologia e saúde, com uma revisão teórica da literatura posicionada em lentes feministas.

Ao final, apresento a ferramenta de design estratégico para uma pessoa convidada que tenha relação com as perspectivas sociais, mas que não teve contato com a pesquisa. Como retorno, obtenho a recomendação da ferramenta como útil e aplicável em diferentes contextos para além da saúde. A revisão técnica ajuda a visualizar possibilidades de personalização por mais designers, alternando entre diferentes recortes que não somente a saúde. Destaca o mapa de perspectivas interseccionais como prática em potencial que permite tomar decisões sobre as perspectivas consideradas e não consideradas na ação projetual estratégica. E, por fim, recomenda a sua evolução aliando outras ferramentas para aprimorar o conceito da solução tecnológica em potencial. Concordo que a ferramenta expande os processos de design a partir das capacidades feministas e facilita a coleta de histórias de vida de diferentes perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas.

Preciso dizer que é um caminho sem volta: não me é mais possível parar de estranhar, de fazer perguntas e de olhar o mundo sem essas lentes. Para o sistema suplementar de saúde, estranhei tanta visibilidade, atingindo pouco mais de 20% da população (ANS, 2022). Para a empresa que promete cuidar das pessoas, perguntei que pessoas serão realmente cuidadas, se não há confiabilidade nas decisões médicas e nos dados disponíveis. E pro mundo olhei através das lentes e me dei conta que, mesmo quando afirmativas, a maioria das tecnologias são centradas no privilégio social de mulheres cisgêneros, heterossexuais e de classe alta e média-alta, que têm o casamento e a maternidade como destino imputado pela sociedade.

A partir das lentes feministas, também não me é possível parar de perceber que os sistemas de opressão estão em todos os lugares. Perceber isto foi o mais impactante, pois me fez refletir sobre todo processo da minha formação e as escolhas que fiz até então. Estranhei o quão pouco fui apresentada a pesquisadoras mulheres e, tampouco, a perspectivas interseccionais das pessoas marginalizadas na produção de conhecimento. Pelo contrário, muito fui apresentada aos mesmos homens, cisgêneros, heterossexuais, brancos, de classe alta e média-alta e europeus. Para onde quer que eu olhasse, por onde quer que eu passasse, por quem quer que eu conhecesse, mais clareza eu tinha de que os sistemas de

opressão se fortalecem ao não atentar para eles e, por este motivo, que minha responsabilidade como designer deve ser ajudar a rompê-los.

Portanto, acredito que as lentes feministas são necessárias para orientar o design estratégico no desenvolvimento de tecnologias sociais que promovam a saúde humanizada. Ao descentralizar as perspectivas de opressão e se aproximar das perspectivas marginalizadas, posso romper com práticas excludentes movidas pelos interesses do mercado e construir capacidades feministas através de uma metodologia de design estratégico que oriente as ações de escutar, recriar e compartilhar.

Para pesquisas futuras, sugiro a aplicação da ferramenta de design estratégico para criar tecnologias sociais que priorizem a saúde humanizada dessas pessoas marginalizadas. Entendo que há potencial para aprimorá-la à medida que novos insumos são obtidos e que é necessário combinar outras ferramentas para desenvolver soluções tecnológicas ainda mais eficientes e inclusivas. Por fim, destaco a importância de desenvolver o senso de responsabilidade nas pesquisas, posicionando estudos em lentes feministas e seguir construindo capacidades feministas que promovam a abordagem acolhedora, integradora e holística para as áreas de design, tecnologia e saúde como aliadas da sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALMINHANA, Vanessa O. **Cuidados em saúde na população não-binária: um estudo exploratório com identidades que transcendem a binaridade de gênero.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS. Porto Alegre, p. 70. 2020.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: **Números do setor.** Brasília, Ministério da Saúde, 2022. Disponível em [www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor](http://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor). Acesso em 09 mai 2022.

AWIS, Association for Women in Science. In: **Intersectionality a Critical Framework for STEM Equity.** 2022. Disponível em: [www.awis.org/intersectionality](http://www.awis.org/intersectionality). Acesso em 21 mai 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARDZELL, Shaowen. Utopias of Participation: Feminism, Design, and the Futures. ACM Trans. **ComputHum. Interact.** 25, 1, Article 6, 2018. Disponível em: [dl.acm.org/doi/10.1145/3127359](https://dl.acm.org/doi/10.1145/3127359). Acesso em 20 jun 2021.

BOTTON, Andressa *et al.* Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. In: **Revista Mudanças Psicologia da Saúde**, 25(1), 67-72. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** 1ª edição, 1ª reimpressão. Ministério da Saúde, 2013.

BRAUN, Virginia.; CLARKE, Victoria. **Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.



CAROLI, Paulo. **Lean Inception. Como alinhar pessoas e construir o produto certo** – 1ª edição atualizada – São Paulo: Editora Caroli, 2018.

CRUZ, L. E. de M. P., BARRETO, M. L. da S., DAZZANI, M. V. M. Do gênero aos papéis sociais: a construção da identidade da pessoa transexual. In: **Interfaces Científicas**. Educação, 8(2), 299-314. 2020. <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n2p299-314>.

COSTANZA-CHOCK, Sasha. **Design Justice: community-led practices to build the worlds we need**. Massachusetts: The MIT Press, 2020.

CRENSHAW, Kimberle. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In: University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Disponível em: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Acesso em 14 mai 2022.

CRIADO-PÉREZ, Caroline. **Mulheres invisíveis: O viés dos dados em um mundo projetado para homens**. Rio de Janeiro: Intrínseca. 2022.

DARC, Larissa. **Vem cá: vamos conversar sobre a saúde sexual de lésbicas e bissexuais**. São Paulo: Dita Livros. 2019.

DAGNINO, Renato. **Tecnologia social: contribuições conceituais e metodológica**. São Paulo: Editora Insular. 2014.

DINIZ, Debora; CARINO, Giselle. Violência obstétrica, uma forma de desumanização das mulheres. In: **El País**. 20 mar 2019. Disponível em: [www.brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734\\_101001](http://www.brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734_101001). Acesso em 14 mai 2022.

DINIZ, Debora; GEBARA, Ivone. **Esperança feminista**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 2022.

ENRICONI, Louise. O que são minorias? In: **Politize**. Brasil, 31 ago 2017. Disponível [www.politize.com.br/o-que-sao-minorias](http://www.politize.com.br/o-que-sao-minorias). Acesso em 13 nov 2022.

FERNANDES, Ana Beatriz Rabelo Andrade. **O design na articulação de feminismos em rede: da representação de identidades individuais à**

**construção de uma identidade política feminista.** 2018. 129 f., il. Dissertação (Mestrado em Design). Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

FRANZATO, Carlo. Inovação cultural e social: design estratégico e ecossistemas criativos. In: FREIRE, Karine (org.). **Design estratégico para a inovação cultural e social** [livro eletrônico]. Porto Alegre, 2021. Ed. dos Autores.

FREIRE, Karine de Mello. Inovação social dirigida pelo Design. In: **Ecovisões projetuais: pesquisas em design e sustentabilidade no Brasil.** São Paulo: Blucher, 2017. p.111-124

FREIRE, Karine de Mello. Movimentos de pesquisa em Design Estratégico. In: BORBA, Gustavo *et al.* (org.). **Métodos, processos e práticas em design estratégico.** Porto Alegre, 2021. p. 45-49. Disponível em [www.ppgdesignunisinios.wixsite.com/ppgdesign/post/](http://www.ppgdesignunisinios.wixsite.com/ppgdesign/post/). Acesso em 05 dez 2021.

FREIRE, Karine de Mello. Design Estratégico: Origens e Desdobramentos. **Blucher Design Proceedings.** v.1, n.4, nov. 2014.

GARCIA, Sylvia G. A tecnologia social como alternativa para a reorientação da economia. In: **Estudos Avançados** 28 (82), 2014.

IBERDOLA. A tecnologia social e os ODS. In: Iberdola. Compromisso social. 2022. Disponível em [www.iberdola.com/compromisso-social/tecnologias-sociais](http://www.iberdola.com/compromisso-social/tecnologias-sociais). Acesso em 05 mai 2022.

GUNTER, Jen. **The vagina bible.** London: Piatkus. 2019.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In: **Cadernos Pagu** (5) p. 07-41. Tradução de Mariza Corrêa. 1995.

HARDING, Sandra. **The feminist standpoint revisited and other essays.** Westview Press, 2015.

HOOKS, Bell. **Teoria Feminista: da margem ao centro.** 1ª edição. 4ª reimpressão. Tradução Rainer Patriota. São Paulo: Editora Perspectiva. 2019. - (Palavras negras).

ITS – INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL. **Caderno de Debate Tecnologia Social no Brasil**. São Paulo, 2004.

KARLSSON, Amanda. Whose bodies? Approaching the quantified menstruating body through a feminist ethnography. In: **The Quantification of Bodies in Health: Multidisciplinary Perspectives**. Emerald Publishing Limited, Bingley, P. 119-134. 2022. [doi.org/10.1108/978-1-80071-883-820211011](https://doi.org/10.1108/978-1-80071-883-820211011).

KETZER, Patrícia. Epistemologia Feminista. In: **Universidade Estadual de Campinas: Mulheres na Filosofia**. V.7, N2, 2021. P.P. 1-27.

KOMINEK, Andrea M. V.; VANALI, Ana C. Tecnologia e gênero repensando relações. In: **Cadernos de Gênero e Tecnologia**. V. 10, N. 36, 2017.

MANZINI, Ezio. **Design quando todos fazem design**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2015

MANZINI, Ezio; JEGOU, Francois. Overview: multi-local city scenario. In: **Sustainable everyday: scenarios of urban life**. Milano: Edizione Ambiente, 2003. p.133-156.

MARCONI, Dieison. Bichas intelectuais: um manifesto pelos saberes localizados. In: **Cadernos De Comunicação**, 21(3), 2017. [doi.org/10.5902/2316882X29247](https://doi.org/10.5902/2316882X29247). Disponível em: [periodicos.ufsm.br/ccomunicacao/article/view/29247/pdf](http://periodicos.ufsm.br/ccomunicacao/article/view/29247/pdf). Acesso em 26 dez 2022.

MARTINS, V. Ana Paula. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. In: **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2020. v. 27, n. 1, jan.-mar, p. 241-264.

MAURI, Francesco. **Progettare progettando strategia**. Milano: Masson S.p.A, 1996.

MERONI, Anna. Strategic Design: where are we now? Reflection around the foundations of a recent discipline. **Strategic Design Research Journal**, v.1, n.1, Dec 1, p.31-38. 2008.

NOGUEIRA, Conceição. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. Salvador, Nahia: Editora Devires, 2017.

NOGUEIRA, Maria Luísa M.; BARROS, Vanessa A.; ARAUJO, Adriana D. G.; PIMENTA, Denise A. O. O método de história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. In: **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del-Rei, v. 12, n. 2, p. 466-485, ago. 2017. Disponível em [www.pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/16.pdf](http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/16.pdf)

OLIVEIRA, Débora P.; ARAÚJO, Daniela C.; KANASHIRO, Marta M. Tecnologias, infraestruturas e redes feministas: potências no processo de ruptura com o legado colonial e androcêntrico. In: **cadernos pagu**. (59), 2020.

ONU, Organização das Nações Unidas. Brasil tem segunda maior taxa de homicídios da América do Sul. In: **ONU Brasil. Notícias**. Brasil, 8 jul 2019. Disponível em [www.brasil.un.org/pt-br/83647-brasil-tem-segunda-maior-taxa-de-homicidios-da-america-do-sul-diz-relatorio-da-onu](http://www.brasil.un.org/pt-br/83647-brasil-tem-segunda-maior-taxa-de-homicidios-da-america-do-sul-diz-relatorio-da-onu). Acesso em 30 mai 2022.

ONU, Organização das Nações Unidas. Lei Maria da Penha completa 15 anos promovendo o enfrentamento da violência baseada no gênero. In: **ONU Brasil. Notícias**. Brasil, 10 ago 2021. Disponível em [www.brasil.un.org/pt-br/72703-onu-taxa-de-feminicidios-no-brasil-e-quinta-maior-do-mundo-diretrizes-nacionais-buscam](http://www.brasil.un.org/pt-br/72703-onu-taxa-de-feminicidios-no-brasil-e-quinta-maior-do-mundo-diretrizes-nacionais-buscam). Acesso em 30 mai 2022.

ONU, Organização das Nações Unidas. Taxa de feminicídios no Brasil é quinta maior do mundo. In: **ONU Brasil. Notícias**. Brasil, 9 abr 2016. Disponível em [www.brasil.un.org/pt-br/72703-onu-taxa-de-feminicidios-no-brasil-e-quinta-maior-do-mundo-diretrizes-nacionais-buscam](http://www.brasil.un.org/pt-br/72703-onu-taxa-de-feminicidios-no-brasil-e-quinta-maior-do-mundo-diretrizes-nacionais-buscam). Acesso em 30 mai 2022.

ONU, Organização das Nações Unidas. Fatos sobre a Mutilação Genital Feminina. In: **ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas**. Brasil, 6 fev 2019. Disponível em [www.news.un.org/pt/story/2019/02/1658751](http://www.news.un.org/pt/story/2019/02/1658751). Acesso em 30 jan 2022.

OUDEN, D. Elke. **Innovation design: creating value for people, organizations and society**. Springer: London, 2012.

RADZIKOWSKA, Milena; ROBERTS-SMITH, Jennifer; ZHOU, Xinyue; RUECKER, Stan. A Speculative Feminist Approach to Design Project Management. In: **Strategic Design Research Journal**, volume 12, number 01, Jan-Apr. P 94-113, 2019.

REINHARZ, Shulamit. **Feminist methods in social research**. Oxford University Press, 2017.

ROCHA, Anna V. A medicina não foi feita para o corpo feminino. In: Oya Care Dia de Beauté. 28 set 2021. Disponível em [www.diadebeaute.com/2021/09/28/a-medicina-nao-foi-feita-para-o-corpo-feminino](http://www.diadebeaute.com/2021/09/28/a-medicina-nao-foi-feita-para-o-corpo-feminino). Acesso em 13 mai 2022.

ROCHA, Júlia. O SUS e a humanização da saúde. TEDxLaçador. In: **Youtube**, 26 jul 2018. Disponível em: [www.youtube.com/watch?v=GE2v0GmESdq](http://www.youtube.com/watch?v=GE2v0GmESdq). Acesso em 16 out 2022.

ROCHA, Isadora D.; SILVA, Gessica P. A. “Esperança Feminista”: uma resenha. In: **Revista Direito e Feminismos**. V 1,N 2, Dez. de 2022.

ROCON, Pablo C; RODRIGUES, Alexandro; ZAMBONI, Jésio; PEDRINI, Mateus D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva** 21 (8), Ago 2016, <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>.

RODRIGUES, Julliana L.; FALCÃO, Marcia Thereza C. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. In: **Artigos originais. Saúde e sociedade**. 30 (1). 2021.

SANDERS, Elizabeth; STAPPERS, Pieter Jan. Co-creation and the new landscapes of design. In: **CoDesign**. Taylor & Francis, P.5-18. Mar 2008.

SARDENBERG, Cecilia. Epistemologias Feministas Perspectivistas. Youtube, 13 de mai. de 2022. Disponível em: [www.youtube.com/watch?v=iyDDskCtJCU](http://www.youtube.com/watch?v=iyDDskCtJCU). Acesso em 16 mai 2022.

SCHIEBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru-SP, EDUSC, 2001.

SCHMIDT, Rita T. **Descentramentos/convergências: ensaios de crítica feminista**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017. 448p.

SILVA, Luciana L.; PIRES, Marcelo. Ciência e Medicina: o viés machista. In: **Outras Palavras**. 28 mar 2017. Disponível em: [www.outraspalavras.net/desigualdades-mundo/ciencia-e-medicina-o-vies-machista](http://www.outraspalavras.net/desigualdades-mundo/ciencia-e-medicina-o-vies-machista). Acesso em 14 mai 2022.

SILVA, Roseane A.; MENEZES, Jaileila A. A interseccionalidade na produção científica brasileira. In: **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 15(4), São João del-Rei, out-dez de 2020. E-3252.

TORRES, Carolina. Quarta onda do feminismo: entenda as características do movimento feminista no século 21. In: **Politize**. Brasil, 11 ago 2021. Disponível em [www.politize.com.br/quarta-onda-do-feminismo](http://www.politize.com.br/quarta-onda-do-feminismo). Acesso em 13 nov 2022.

TLOSTANOVA, Madina. On decolonizing design. In: **Design Philosophy Papers**, v. 15, n. 1, p. 51 - 61, 2017.

TROMBINI, Miguel. Precauções para pessoas com útero manterem a saúde sexual em dia. In: **Queer.iG**. Brasil, ago de 2022. Disponível em [www.queer.ig.com.br/2022-08-13/saude-sexual-pessoas-com-utero](http://www.queer.ig.com.br/2022-08-13/saude-sexual-pessoas-com-utero). Acesso em 29 nov 2022.

VARELA, Nubia. Feminismo para principiantes. **Editor digital**: Titivillus, 2014.

VERGANTI, Roberto. **Design driven innovation: mudando as regras da competição: a inovação radical do significado de produtos**. São Paulo: Camal Certo, 2012.

VIANNA, Maurício; Ysmar, ADLER, K. Isabel, LUCENA, Brenda; RUSSO, Beatriz. **Design Thinking – Inovação em negócios**. Rio de Janeiro: MJV Press, 2012.

ZURLO, Francesco. 2004. In: ZURLO, Francesco. Design Strategico. In: **XXI Secolo**, vol. IV, Gli spazi e le arti. Roma: Enciclopedia Treccani. 2010.

WHO – World Health Organization. **WHO Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva; 2015.

## ANEXO A – RELATO DE PALESTRA DE MÉDICA DO SUS

*“Eu sou especialista em gente, sou médica de família e comunidade e meu trabalho é basicamente cuidar das pessoas, mas eu não cuido da doença. Eu cuido da pessoa que leva à doença e isso faz toda a diferença. Eu trabalho no SUS desde que me formei e posso dizer para vocês que a realidade do sistema de saúde é muito mais complexa e desafiadora do que o que nos conta uma faculdade. Desde o primeiro dia de trabalho eu percebi o tanto que eu não estava preparada. Eu achava que o conhecimento técnico puramente científico estava acima de tudo e, inclusive, das pessoas. Eu falhei inúmeras vezes tentando impor aos meus pacientes aquilo que eu achava que era certo que era o melhor para eles. Mas eu fazia isso sem ouvi-los, sem considerá-los, sem entender quais eram as suas expectativas diante de um diagnóstico e de um tratamento. É claro que não dava certo.*

*Foi no SUS que eu encontrei como médica e muitos de vocês não se lembram sabem por que são muito jovens mesmo, mas antes do SUS saúde era a caridade. Milhões de brasileiros e brasileiras não tinham acesso a um sistema de saúde. O SUS nasceu no final da década de 80 e fez uma revolução. Transformou saúde em direito e trouxe dignidade para essas milhões de pessoas. No SUS, ninguém mais precisava da caridade ou da pena de ninguém para ser atendido por um médico, por um enfermeiro, por um psicólogo e isso me fascinava me fascina até hoje. SUS é o maior sistema público de saúde do mundo e foi nele que eu encontrei como médica, principalmente quando eu conhecia medicina de família e comunidade.*

*Na residência médica, eu aprendi que ética, empatia e habilidade de comunicação são coisas que podem ser treinadas e que a gente pode aprender a ser ético e que a gente pode aprimorar a nossa habilidade de comunicação. Mais do que isso, eu aprendi que tão importante quanto prescrever o melhor medicamento, é ser, eu mesma, o medicamento que meu paciente precisa. Balint, um psicanalista húngaro, que nasceu no final do século 19, ele dizia que o médico a pessoa do médico é o primeiro remédio que se administra o paciente.*

*A nossa personalidade, a nossa empatia, a nossa capacidade de se mobilizar no cuidado com o outro. Tudo o que eu aprendi passou a fazer sentido. Na assistência à saúde, humanizar é isso. É qualificar a nossa atitude diante do outro. É uma intenção e um aprimoramento moral e ético que nos faz enxergar o outro na sua totalidade. Mais ou menos cinco anos eu comecei a escrever textos relatando os encontros que eu tinha com os meus pacientes na unidade básica de saúde que o trabalho no SUS.*

*Eram textos bastante despretensiosos e eu comecei a publicar isso nas redes sociais e o alcance desses textos rapidamente saiu do meu*

*controle. Centenas de milhares de pessoas começaram a ler o que eu escrevia e a compartilhar muitos textos ganharam visibilidade nacional e até internacional e eu comecei a receber de muitas pessoas no Brasil e no mundo inteiro mensagens que me parabenizavam pelo meu trabalho. Eu achava aquilo superinteressante porque eu não entendia final o que de tão incrível estava fazendo para merecer os parabéns já que aquilo era só o relato do meu dia a dia numa unidade básica de saúde na periferia de uma grande cidade. Eu me perguntava isso tempo todo que afinal há de tão incrível nisso e um primo muito querido me respondeu a essa pergunta dizendo o seguinte: você em noção do quanto é difícil ser escutado uma consulta com um profissional de saúde? Você tem noção do quanto as pessoas estão sedentas por esse cuidado que você relata prestar? Foi muito chocante para mim e escutar essas coisas porque a gente está falando de gente que estudou e se qualificou para cuidar da saúde das pessoas e para entrar em contato com o sofrimento mais agudo de muita gente. E essas pessoas que estão desconectadas completamente da dor do outro, são essas pessoas que perderam a capacidade de se conectarem com o sofrimento do outro, com o sofrimento de seu paciente.*

*E quando foi que nós médicos perdemos essa capacidade? Será que foi pelo excesso de trabalho, pelo esgotamento físico mental? Será que foi pelas longas jornadas? Será que foi uma falha da nossa formação? Eu não tenho essa resposta para dar para vocês, mas eu tenho plena certeza de que nós estamos cada vez mais nos afastando disso que é central na nossa vida como profissionais de saúde: o cuidado verdadeiro. Eu sei que no SUS, a realidade não é exatamente como eu sonho. Ultimamente tem ficado cada vez mais distante dos meus sonhos, mas hoje eu não estou aqui para falar daquilo que ainda nos falta. Eu queria dizer sobre o que dá para fazer com aquilo que a gente já tem. Se a gente tem porta dentro do nosso consultório dá para gente fechar e garantir a privacidade do nosso paciente, então por que a gente ainda insiste em atender o paciente com a porta aberta? Se a gente tem o lençol, por que ainda a gente não cobriu o corpo da mulher que está nua para ser examinada? Dá para gente chamar pelo nome e dá para chamar pelo nome que a pessoa deseja ser chamada. Dá para gente dar autonomia ou respeito e respeitar a autonomia do paciente, da pessoa. Dá para gente entender que o caminho dessa pessoa é só dela e que ela tem uma capacidade incrível de ressignificar a sua história sua existência.*

*Há uns três anos eu estava no meu consultório e era uma manhã típica de uma unidade básica de saúde no SUS. Um acolhimento lotado, já era quase à hora do almoço e ainda faltava tanta gente para ser atendida até à hora do almoço. Eu chamei uma paciente que ela não sabia, mas ela ia mudar a minha forma de enxergar o meu trabalho, o meu jeito de ver a vida. Ela me transformou como médico e como ser humano. O nome dela é Helena. Eu cheguei até a porta do consultório para chamar ela e, quando chamei dona Helena, levantou-se uma mulher negra entristecida e o semblante dela era tão desanimado que eu tive certeza para mim que ela tinha vindo me procurar porque ela queria falar daquela tristeza. E aí*



*logo na minha soberba da minha arrogância, eu disse que bom estudei depressão ontem, está tudo fresquinho. Na minha cabeça tenho certeza: dona Helena vem comigo e vai dar tudo certo. 'Dona Helena, bom dia pode se sentar, como é que eu posso ajudar a senhora?' E ela me respondeu: 'doutora, eu vim porque estou com uma dor neste ombro'. Aí eu dei aquela murchada na cadeira e toda aquela minha preparação tinha ido embora.*

*Eu fechei a gavetinha da depressão, que é assim que muitas vezes a gente trata os nossos pacientes. A gente separa as doenças em caixinhas que não se comunicam, que não se interagem e não conversam entre si. Abri minha gavetinha de dor no ombro e pensei poxa eu sei tratar a dor no ombro. Eu estudei tanto isso na residência, vai dar certo, Dona Helena. Faço de conta que não fiz nenhuma especulação a respeito do seu caso. Vamos lá, abri a gavetinha de dor no ombro, coloquei todos os meus livros e artigos em cima da mesa e a dona Helena começou a dizer para mim...*

*Eu falei 'fala, Dona Helena, me conta, me explica como é que é essa dor no ombro'. Ela disse assim: 'doutora Júlia, é uma dor que me acompanha tem mais ou menos dois anos e cada dado que ela me falava eu ia murchando um pouquinho mais na cadeira. Eu já fiz gelo, calor, já fiz fisioterapia, alongamento, yoga, acupuntura'. O que sobrou para mim, né? 'Inclusive, numa consulta alguns meses atrás eu fui encaminhada pelo ortopedista ele indicou que o meu caso era cirúrgico até operei meu ombro...'. Poxa, porque não veio antes, né tinha ainda alguma coisa para fazer. '...mas eu não vim foi por causa desse ombro, não. Está doendo pra caramba, mas agora a dor está passando para esse outro'.*

*Eu pensei 'cara, essa mulher já fez tudo o que a medicina tinha para oferecer para ela, o que é que eu vou fazer como eu posso ajudar essa pessoa?' Sabe, eu não tinha essa resposta e resolvi seguir a minha intuição. Voltei lá no começo da consulta quando eu vi aquela moça entrando para o para o consultório entristecida. Eu olhei para ela e falei: 'Dona Helena, é só o ombro mesmo? Tem mais alguma coisa que a senhora quer falar para mim?'*

*Nessa hora a Dona Helena começou a chorar muito, copiosamente. A gente sabe que as consultas no SUS muitas vezes são interrompidas, às vezes a gente é o único médico que está na unidade, às vezes alguém chega numa urgência, alguém precisa falar com a gente. E a Dona Helena não podia ser interrompida naquele momento. Foi quando eu decidi: dei a volta na mesa, tranquei a porta e me sentei na cadeira do acompanhante. Ela tinha vindo sozinha eu me sentei de frente para ela e falei 'dona helena, a senhora quer falar?' E segurando as mãos dela, escutei o seguinte:*

*'Doutora Júlia, hoje está fazendo dois anos e dois meses que eu perdi a minha filha. Ela foi queimada viva pelo marido. Tem sido muito triste*

*porque essa tristeza me consome eu não tenho com quem falar sobre isso. Eu tento conversar com meu marido, mas ele me pede: eu não dou conta, eu não consigo mais conviver com esse sofrimento e toda vez que você me fala, toda aquela tristeza do momento da partida dela retorna. Eu tento falar isso com meu filho, mas ele não dá conta de lidar com essa dor e isso tem me adoecido muito. Eu cuido do meu neto que ela deixou, eu olho para ele e vejo ela correndo pela casa. Doutora Júlia, é muita tristeza, eu tenho tanta saudade de quando ela chegava em casa e a gente abria uma cervejinha bem gelada. Ela fazia um tira-gosto enquanto eu lavava roupa. Eu não sei mais o que fazer, eu não sei como é que eu vou conviver com isso’.*

*Eu olhei dentro do olho dela e falei: ‘Dona Helena, faça de conta que eu sou a sua filha. O que você quer falar comigo, mãe?’ Ela fechou os olhos, colocou as mãos no meu rosto e começou a me acariciar de olhos fechados e falar: ‘Ah, minha filha, que saudade que eu estava de você, minha filha! Que bom te ver de novo, minha filha, mãe tem tanta coisa para falar para você. A mãe queria matar essa saudade. Eu tenho tanta saudade de quando você chegava em casa na sexta feira a gente tomava nossa cervejinha. Ah, minha filha é tão difícil cuidar do seu filho. Tão difícil cuidar dele sem você aqui por perto...’*

*E eu, claro, não me segurei e chorei junto com ela, que era aquilo que eu deveria fazer. Não está nos livros, mas eu ali não era mais uma médica. Eu segurei, apertei as mãos dela e falei: ‘Mãe, eu estou bem. Eu estou bem! Fica tranquila, eu estou bem. A gente vai se encontrar de novo, eu preciso que a senhora se equilibre, busque esse equilíbrio para poder seguir cuidando da nossa família como você sempre fez. Mas eu também estou esperando você aqui onde estou eu estou. Eu estou tranquila. Vai bem!’*

*Nós nos abraçamos, longamente, enxugamos juntas as nossas lágrimas, eu voltei para minha cadeira de médica e fui cuidar do ombro dela. Vocês lembram que ela estava com dor no ombro? Depois de alguns encaminhamentos, remédios prescritos, ela me disse assim: ‘Doutora, sempre que faz mais um mês da partida da minha filha, eu costumo ir lá o túmulo onde ela foi enterrada para poder me sentir mais perto dela. E hoje eu estava na dúvida se eu vinha para cá ou eu ia para lá, mas que bom que eu vim aqui porque desde que ela partiu, nunca tinha me sentido tão perto dela. Muito obrigado por ter sido essa ponte, eu precisava tanto desse ombro.’*

*Humanizar é isso. humanizar é ser simplesmente um ser humano atendendo outro ser humano. Humanizar não é o destino, é o caminho. De onde eu vim, outros homens e mulheres estão se formando lapidando suas habilidades de comunicação, suas habilidades técnicas e científicas para serem agentes transformadores nesse SUS que a gente acredita e pelo qual a gente luta. Atualmente eu trabalho numa unidade de saúde no*

*meio de uma comunidade violentíssima, em uma cidade próxima a Belo Horizonte.*

*São 15 mil pessoas sob os nossos cuidados, somos cinco equipes de saúde. Quando lá na residência foi tocada por essa ideia de que a humanização era possível, eu passei a ser agente transformadora dos locais onde eu trabalhava e outras pessoas foram tocadas pela ideia da humanização. O impacto disso é que cada equipe que é transformada, transforma a vida de três mil pessoas. São três mil pessoas que vão passar a ser ouvidas e enxergados nas suas demandas em saúde. O SUS que a gente acredita, dá para a gente construir. A humanização não é o destino. Ela é o caminho” (ROCHA, 2019).*

# APÊNCICE A – APLICAÇÃO DA FERRAMENTA DE DESIGN ESTRATÉGICO

## Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais

**Projeto** DESIGN E TECNOLOGIA PARA A SAÚDE

### Capacidades feministas

As capacidades feministas compõem uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considera a inter-relação de diferentes formas de opressão e discriminação que as pessoas marginalizadas experimentam, incluindo sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, cor, classe social e outras perspectivas.

### Técnicas para praticar as capacidades

**Escutar**

- Roda de posicionalidade
- Percepções interseccionais
- Histórias de vida
- Reflexões de escutar

**Recriar**

- Análise de conteúdo
- Mapas conceituais
- Reflexões de recriar

**Compartilhar**

- Jornada de pessoas usuárias
- Sequências de funcionalidades
- Reflexões de compartilhar

### Escutar

**Preencha todos os aspectos da roda de posicionalidade**

**Mapeie os níveis de perspectivas interseccionais**

**Colore histórias de vida interseccionais**

| História de vida 1 | História de vida 2 | História de vida 3 | História de vida 4 | História de vida 5 |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| ...                | ...                | ...                | ...                | ...                |

**Pratique a capacidade de escutar**

### Recriar

**Recrie as histórias com a análise de conteúdo**

| Identificação de temas | Identificação de palavras-chave | Identificação de sentimentos | Identificação de atitudes | Identificação de valores |
|------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| ...                    | ...                             | ...                          | ...                       | ...                      |

**Complete o mapa conceitual das tecnologias sociais**

**Complete o mapa conceitual do contexto escolhido**

**Pratique a capacidade de recriar**

### Compartilhar

**Preencha a jornada das pessoas usuárias**

**Descreva as soluções no sequenciamento de funcionalidades**

**Pratique a capacidade de compartilhar**

Fonte: Elaborada pela autora.

Disponível em: [Aplicação da ferramenta de design estratégico.](#)

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido para a pesquisa de mestrado intitulada “**DESIGN E TECNOLOGIA PARA A SAÚDE: Ferramenta de design estratégico para o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada**”.

O estudo tem como questão de pesquisa descobrir “De que forma as lentes feministas podem orientar o design estratégico no desenvolvimento de tecnologias para a saúde, a partir de uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considere diferentes perspectivas sociais?”

Entendo que as lentes feministas descentralizam as perspectivas sociais que sempre estiveram no centro, como a minha de pessoa cisgênera, heterossexual, branca e de classe média, por exemplo, para centralizar as dessas outras pessoas que estão às margens da sociedade devido às suas perspectivas de sexo biológico, expressão e identidade de gênero, orientação sexual, raça, etnia, classe social, entre outras.

Por este motivo, estou construindo capacidades feministas que representam uma abordagem acolhedora, integradora e holística que considera a inter-relação de diferentes formas de opressão e discriminação que as pessoas marginalizadas experimentam pelas suas histórias de vida em espaços de saúde. E, como resultado, aspiro tangibilizar uma ferramenta de design estratégico para guiar o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada de pessoas marginalizadas.

A coleta dessas histórias tem duração de, em média, 30 minutos e será realizada por videoconferência ou presencialmente, conforme a preferência e agendamento prévio em consenso de ambas as partes. As histórias de vida servirão de insumo pra aplicar de design estratégico e propor o desenvolvimento de tecnologias sociais centradas na saúde humanizada. Com isto, ao se disponibilizar a relatar histórias de vida você:

- Aceita a participação, o que corresponderá à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a ser enviado a pesquisadora. O mesmo poderá ser impresso, se assim o desejar.
- Está seguro de que pode compartilhar apenas o que se sentir confortável. O encontro será por meio de videoconferência ou presencialmente, e pode ser respondido no momento e local de sua

preferência, a ser acordado previamente junto ao a pesquisadora. Não é preciso contar nada que não desejar.

- Está ciente de que a coleta não acarreta despesas ou remunerações; e que você pode se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer necessidade de justificativa.
- Concede a gravação do encontro para fins de transcrição das respostas, as quais serão transcritas veridicamente.
- Pode solicitar para retirar relatos compartilhados a qualquer momento do encontro, os quais não serão incluídos no estudo.

O acompanhamento será realizado por mim, Marina Orestes Blum, aluna do curso de Design da Universidade do Vale dos Sinos, responsável pela coleta das histórias de vida e tratamento dos resultados. Para garantir a confidencialidade e a privacidade dos participantes, todos os insumos serão citados de forma anônima. Asseguro o sigilo de todos os dados obtidos na coleta das histórias de vida e. Todas as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente com finalidades científicas, quais sejam: publicações da dissertação, artigos e/ou revistas nacionais e internacionais, entre outros periódicos científicos, conforme previsto no consentimento do participante. Solicito, portanto, a sua autorização para o uso das histórias de vida para a produção de conhecimento:

Declaro que estou ciente sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes. Estou ciente que todos os dados relacionados ao meu respeito serão sigilosos e utilizados de forma codificada para publicação científica do presente estudo. E, também, sobre a necessidade da gravação do encontro, para assegurar a veracidade delas. Também compreendo que a pesquisa não acarreta despesas ou remunerações, e que posso me retirar a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNCICE C – HISTÓRIAS DE VIDA

Mulher cis, bissexual, branca, de classe baixa

*“Acho que eu nunca me cobrei em relação a nada, a nenhum rótulo. Eu me considero bissexual e acredito que a geração que estamos, principalmente as pessoas que nascem meninas não precisam mais se preocupar tanto com tabus. Então eu nunca me vi preocupada em definir o que eu sou, o que eu gosto, e vejo que, pelo menos entre meu círculo de amizades, todas puderam experimentar a sexualidade, sem sentir essa necessidade de ser ou estar em algum lugar específico para se encaixar.*

*Tanto que, quando eu saí, e conheci meu marido, antes de se tornar um homem trans, que na época não tinha passado pela transição, eu tinha noção de que eu estava me envolvendo com uma pessoa e não com um gênero. E para mim, estar em um relacionamento sério com uma mulher não com queria dizer que a partir de hoje, agora, eu sou lésbica. Até antes de conhecê-lo, eu tinha relacionamentos heterossexuais, com dois meninos que namorei e fiquei com várias meninas ao longo da vida. Nunca me cobrei por nada. E quando eu o conheci, eu lembro que de cara eu já me apaixonei pela pessoa que ele era.*

*Não vou negar que não tive preocupação de apresentar para minha família porque logo na festa tiramos muitas fotos juntos e eu não queria que eles soubessem por outras pessoas, até porque eu sentia que seria algo maior. Mas, nossa, minha família sempre me apoiou e nunca passei por nenhuma situação de preconceito. Sei que eu sou uma exceção e que a regra é que as pessoas acabam sofrendo e passando por esse tipo de coisa. Meu marido é um exemplo, sempre me conta situações ruins que passa, principalmente por ter um nome oficial nos documentos e ser e se colocar no mundo com outro nome.*

*Então esse processo tem sido bem doido de acompanhar, porque tem várias situações do dia a dia que você não para pensar que pode ser uma situação constrangedora. Você não precisa pensar muito. Já ele não, ele vai ficar pensando como vai ser todas as idas ao banheiro, como se apresenta para alguém. Por exemplo, ele agora tá trabalhando na Uber e a gente estava conversando que ele quer sair, procurar um trabalho já na cidade que a gente vai morar. A gente está se mudando, e ele não vai conseguir realizar nada dessas coisas antes de fazer a cirurgia do peito e fazer a alteração do nome. Imagina, aí ele consegue um emprego, se apresenta com o nome dele, e tem que entregar os documentos de uma pessoa que ele não é mais. Eu até tive essa conversa com ele essa semana, falei para ele: ‘Acho que a gente tem que aproveitar e fazer a cirurgia agora, nos próximos 4 meses, aproveitando o tempo que está no seguro-desemprego. Porque quando for entrar em um novo emprego não vai mais ter nada vinculado a ela. Ela vai ter morrido’. Eu tenho certeza de que ele vai se sentir muito melhor podendo deixar ir tudo que ele não se*

*identifica mais. E sabe, para mim, ele sempre foi um menino. Mesmo quando era ela, eu olhava para ela e via ele. Mas o que eu descobri na minha sexualidade é que o que mais me atraía era o fato de pôr fora ter características masculinas, o jeito de menino, mas por dentro ter as características biológicas femininas. A mistura da sensibilidade, do corpo, do jeito e da forma de se portar foi o que mais me atraiu.*

*No início da nossa relação, antes da transição, sendo ela, não falava em tratamento hormonal, nem tinha a consciência de fazer a transição. E na época, quando me disse que queria fazer a transição, o que veio foi: 'Eu nunca tive tempo pra pensar sobre isso, ou eu estava estudando, ou eu estava trabalhando, ou os dois... Nunca consegui parar pra pensar se eu queria fazer algo em relação a mim, se eu quisesse mudar'. E aí foi uma virada de chave, assim, começou a acompanhar várias pessoas na internet, muitos transgêneros que fazem a cirurgia e a o tratamento hormonal. À medida que outros homens trans ganhavam visibilidade, mais ganhava força para se dispor a passar por isso. E tendo força, o primeiro passo foi procurar um médico, pedir orientação para iniciar o tratamento e entender todas as consequências, tudo que pode ser positivo e negativo, porque tem que tomar a testosterona para sempre.*

*Enfim, ele tomou essa decisão e veio compartilhar comigo, que queria se tornar um homem, que queria se masculinizar, que queria um novo nome. E esse processo de escolha de nome foi muito lindo, acho que todas as pessoas deveriam ter a oportunidade de escolher seu nome, imagina se você pudesse escolher seu nome? E quando ele compartilhou comigo, na minha cabeça não mudou absolutamente nada. Como eu te disse, para mim sempre foi além do gênero e eu já via ele ali. Desde sempre quando eu fui comprar presentes, era uma cueca, era uma camisa na seção masculina da loja, era ele sempre. E eu não vejo a hora dele fazer a cirurgia e se enxergar ainda mais como ele quer.*

*Ele está tentando a fila do SUS para fazer cirurgia. Enquanto isso, existe um local num posto de saúde que é um Centro Trans, onde várias pessoas se reúnem para fazer consultas em grupo, se escutam, compartilham experiências... E lá tem pessoas de todos os gêneros e identidades. Tem pessoas não-binárias, tem pessoas trans, tem pessoas que estão na fila para fazer cirurgia também e pessoas que estão lá para apenas para se sentirem representadas. O problema é marcar uma consulta, ninguém responde ou demoram muito para retornar... E ele está há muito tempo pra marcar essa consulta que vai ser com a médica que vai colocar o nome dele na fila pra cirurgia. Mesmo sendo muito legal a gente ter achado esse Centro, é uma pena porque dá pra ver que falta investimento. Não tem ninguém pra responder, porque não tem pessoas suficientes trabalhando lá, mas pelo menos as reuniões sempre acontecem, toda terça e quinta, se não me engano.*

*Além disso, todos os profissionais de saúde que ele foi estavam preparados para receber ele, sempre respeitosos, queridos e legais com*



*ele. Ele notou um preparo principalmente na endocrinologista, que faz o acompanhamento dos hormônios. A médica recebeu o prontuário com o nome feminino, mas ela foi até a recepção perguntar quem era a próxima consulta para não chamar pelo nome errado.”*

Mulher cis, bissexual, branca, de classe média-baixa

*“Eu sou muito chata com médicos, gosto de encontrar um médico que eu me sinta confortável e que eu queira voltar. Mas, lembrei de uma situação, uns anos atrás, que eu queria trocar o meu contraceptivo, pois estava tomando pílula, andava esquecendo muito e namorava com um homem, na época. Pensei que poderia acabar engravidando, daqui a pouco. Daí eu fui a uma ginecologista, por indicação, porque eu não tinha ainda uma ginecologista fixa, viva trocando só para fazer os exames, mesmo. E essa, em questão, me deixou bem insatisfeita porque ela me perguntou sobre como era a minha atividade sexual e, quando eu falei que era bissexual, ela nem considerou a possibilidade de eu também transar com outras mulheres. Quando eu falei para ela isso, ela só ignorou esse fato, continuou tratando simplesmente o meu namorado, então assim, se eu estava namorando com um cara é porque eu era heterossexual e então todas as recomendações foram para isso. Pelo menos o sentimento que eu tive foi com base nisso.*

*Para mim foi uma experiência ruim, pois eu senti uma falta de respeito dela comigo. Eu falei que queria trocar o método, dizendo que eu pesquisei algumas opções como a injeção e o DIU e ela respondeu: ‘Não’. Sério, ela respondeu literalmente assim: ‘Não, se você quiser engravidar, eu troco o método. Se você não quiser engravidar, toma a pílula direito’. E foi isso. Simplesmente eu não tive a minha própria vontade nem sequer escutada. Além disso, na época eu achava que estava tendo crises de candidíase, tinha muitas crises, e eu pedi alguns remédios, pois já tinha tentado muitas coisas e nada tinha adiantado. E ela não me pediu nenhum exame, nenhum exame de DST. Me pediu um exame de gravidez e me recomendou banho de assento.*

*Enfim, não sai nenhum pouco satisfeita e, em menos de 1 mês, fui em outra ginecologista e foi totalmente o contraponto. Com ela eu pude falar de tudo, e foi diferente, ela pediu todos os exames, por causa dela descobri que o que eu tinha era clamídia, e não candidíase, porque ela quem viu que eu não tinha feito todos os exames e quem pediu outros mais detalhados e não só os mais conhecidos. E, quando eu falei da minha vontade de tomar um contraceptivo diferente que me ajudasse e, também, sobre minha atividade sexual, ela acolheu. Foi muito diferente. Eu nunca mais larguei ela por isso, e vou nela vai fazer 5 anos por causa disso. Foi a primeira pessoa, desde que eu vou em ginecologistas que eu me senti bem. Pensa, eu tenho 29 anos, e na época eu estava com 24, então eu demorei 24 anos para encontrar um médico que me escutasse. Todos os outros médicos que fui, nunca tive espaço de poder falar. Somente perguntavam: ‘Qual é o seu sintoma? O que você precisa?’. Não*

*tinha um espaço de troca, sabe. Então eu demorei esse tempo para encontrar uma médica que cuidasse da minha saúde e que eu me sentisse confortável para cuidar da minha saúde. Isso foi muito impactante.*

*E, da mesma forma, falar sobre ser bissexual com ela sempre foi muito bom porque ela fala o que eu preciso fazer quando eu for transar com uma mulher. Então ela me dá as orientações para se eu quiser ter relacionamentos com o mesmo sexo, o que nunca tinha acontecido com outros médicos com quem já tinha falado sobre. Além dela, também tive uma experiência muito boa com a minha dermatologista, mesmo não tendo nada a ver com a minha saúde sexual, mas conversando sobre o assunto ela perguntou se eu sabia que para transar com mulheres não é simplesmente só transar e que também tem que ter cuidados. Tipo, é uma coisa que não falam, sabe, por exemplo, não pode estar com a unha longa. Tem até uma brincadeira de que 'DJ bom não arranha o disco', mas vai muito além disso. Além de poder machucar, a sujeira que está na unha pode levar uma infecção para a pessoa, e não sabe se a pessoa não está com um micro corte, então pode levar uma infecção pior ainda.*

*Bem diferente daquela ginecologista que eu falei, que me fez eu me sentir fraca. Eu estava num momento da minha vida que eu estava em ascensão profissional. Lembro direitinho que eu comecei a ter problemas de esquecimento com o anticoncepcional porque eu assumi meu primeiro cargo de gestão. Então eu estava muito focada na minha vida profissional, que para mim naturalmente tem um foco muito grande. Renunciei muitas coisas por causa da minha vida profissional. E eu era muito nova e precisava exercer esse trabalho da melhor maneira possível.*

*Por causa da minha vida profissional eu sempre me senti forte, especialmente quando assumi esse cargo porque eu estava conseguindo fazer com que as pessoas me escutassem, que antes não era assim. Até muito por causa do meu estilo, eu sempre tive cabelo todo colorido, toda tatuada, um lado da cabeça raspado, um modo de vestimenta que não era considerado padrão do corporativo. E eu estava começando a ser escutada, mesmo sendo do meu jeito. Eu estava começando a me sentir forte, que até pouco tempo atrás eu não me sentia. Mas com essa médica, tudo aquilo que eu estava começando a construir como uma fortaleza minha, de pensar 'sou foda' mesmo dentro do que eu posso, foi me diminuir totalmente. Me senti um grãozinho de areia porque simplesmente tudo que eu falei pra ela parece que entrou por um ouvido e saiu pelo outro, bem quando eu finalmente estava sendo escutada por outras pessoas. Meu sentimento de fraqueza foi muito grande e eu saí da médica e mesmo com exames pra fazer e eu nunca mais voltei, não tinha motivos pra voltar.*

*Lembro que eu não entendi o porquê de a pessoa que me indicou continuava indo nela, mas depois, perguntando, ela me falou que essa médica era a mesma da mãe dela e, então, sempre foi nessa por causa*

*disso. Mas eu fiquei me perguntando se em algum momento ela já se questionou se as recomendações dela eram válidas de fato porque ela simplesmente repetiu um padrão da mãe dela de ir à mesma desde sempre, sem ter outro parâmetro.*

*Eu não precisei ter que me sentir forte com a minha ginecologista atual, eu sempre me senti eu mesma com ela e escutada por ela. É doido porque eu sempre fui uma pessoa que teve que ir em muitos médicos por várias questões de saúde e quando eu falo que só aos 24 anos que eu encontrei a primeira médica que me escutasse. Imagina, foi a primeira médica de todos que eu fui que me deu esse sentimento. Até hoje é muito difícil encontrar algum que te escute e hoje, aos 29, eu tenho duas: minha dermatologista e minha ginecologista. Agora se eu precisar ir em qualquer outro médico eu não tenho vontade porque não me sinto confortável. Qualquer outra especialidade que deveria nos cuidar, não faz direito. E isso que eu tenho plano particular por causa do meu trabalho.*

*Já a minha mãe, que tem 63 anos e ela não tem plano de saúde que nem eu até porque o plano de saúde é muito caro pra ela, mais de R\$ 1.000,00 por mês, então ela é atendida pelo SUS e mora na rua do postinho. Só que ela é amiga de todos os médicos dentro do postinho, ela é amiga das enfermeiras, das mulheres que atendem e dos médicos. Tem até dois médicos que tem lá que ela sempre fala, que sempre que eu vou marcar consulta para ela pelo 156 ou pelo aplicativo, ela sempre diz pra eu escolher qualquer um e ela nem tem preferência porque eles são uns amores com ela. O nível de empatia e de cuidado deles com ela é incrível. E é muito doido porque eu comparo o SUS, que sabemos que tem falhas e alguns problemas estruturais, com UNIMED, que é o meu caso, médicos particulares por um dos planos de saúde bons que tem por aí. Então é muito doido fazer essa comparação”.*

Mulher cis, bissexual, branca, de classe média, mãe

*“Às vezes, eu preferia ter tido uma filha, é um grande desafio criar um filho tendo tanta raiva de homem quanto eu por tantas coisas que já passei. Mas a vida me deu um desafio maior e eu tenho um filho menino. Esses dias ele falou uma frase que eu fiquei mal porque sei que é reflexo dos meus traumas. Ele disse: ‘Eu não gosto de meninas porque você sempre diz que não gosta de homens, então eu também não gosto delas’. Aí eu fiquei em choque e pensei, gente, não é por aí... Como eu faço pra falar pra ele que eu reclamo de homens no calor do momento, em tom de brincadeira, mas com fundo de verdade.*

*Então eu respirei fundo e falei: ‘A mamãe acaba falando que não gosta de homens porque a mamãe tem medo de homens. Vou te explicar agora uma coisa, ela é muito séria, mas tenta entender. E, se ficar com dúvidas, você me pergunta, certo? A mamãe e o papai são diferentes, eu nasci menina e o papai nasceu menino. Desde sempre, papai pode andar na*

*rua sem medo de ser estuprado, mas a mamãe não. Você sabe o que é isso?'. Ele falou que não sabia e eu tive que continuar dizendo: 'É quando, geralmente, um homem tenta forçar a mamãe ou outra mulher a fazer algo que vai machucar muito. É isso que acontece. E o papai não tem esse medo de andar na rua e sofrer esse tipo de violência. Ele pode ser assaltado, podem levar as coisas dele, mas provavelmente ele não vai passar por uma violência como as mulheres passam todos os dias'.*

*Ele é novo, né, tem só 7 anos, então eu senti que aquela conversa tocou ele. Aí eu disse: 'Agora você entende quando a mamãe diz que não gosta de homens, não são todos que fazem isso, mas mulheres tem medo da grande maioria. Você, seu vô e seu pai são os únicos que eu não sinto medo. E não é só a mamãe que sente, é a vovó, as suas tias, as suas primas... Todas nós passamos por isso todos os dias e vamos passar por muito tempo. Eu quero que você entenda que não é tudo bem eu falar dessa forma, mas quando eu falo é porque tem motivos. Mas você não pode falar que você não gosta de mulheres porque elas não vão dar motivos pra você se sentir inseguro'.*

*Nunca tinha tido uma conversa com ele nesse sentido, e eu fico pensando em formas para seguir no meu objetivo como mãe de educar um homem consciente. Imagina, meu filho é um menino, loiro, branco. Em características ele está no topo, e mesmo considerando nossa classe social, tudo vai ser feito pra privilegiar ele. Então, meu objetivo como mãe é fazê-lo entender isso. Se uma mulher ou pessoas pretas estudarem tanto quanto ele, ele vai ser o preferido. E mesmo sendo meu objetivo é um desafio muito grande, eu não sei o que fazer para ele entender isso sem traumas. É pesado, sendo bem sincera é pesado.*

*Eu já reparei que a criação que eu dou vai no contra fluxo de coisas que vem da escola. Ele já me disse que azul é cor de menino, que menino não pode usar maquiagem porque isso é coisa de menina... Eu tive que falar: 'Quem foi que falou isso? Garanto que nunca viu nenhum coleguinha maquiado por causa disso, né? Mas vou te falar uma coisa, existem maquiadores excelentes que são homens, sabia? E eles maquam outros homens. Não precisa ser mulher para ser maquiada'. Então, por essas e outras que, muitas vezes, eu preferia ter tido uma filha mulher para acolher, do que compartilhar essas histórias pra ele entender que ele tem que respeitar mulheres.*

*E eu duvido de mim todos os dias, lá em casa o meu irmão mais velho que eu, teve exatamente a mesma criação que eu. Ele limpava a casa, ajudava eu e minha mãe e mesmo assim ele se tornou a pessoa mais machista que eu me relaciono. Briguento, agressivo, trai a esposa. Não faz nada em casa e ainda diz que não vai fazer 'porque tem mulher pra isso'. Aí eu lembro da criação que a gente recebeu e fico pensando, onde está o erro? Eu sei que mãe não é perfeita, mas eu a vi ensinar ele a ser responsável, a ser respeitoso, a ser funcional e a cuidar da família. E*

*então eu fico me perguntando, será que o que eu estou fazendo é o suficiente para que meu filho não se torne uma pessoa assim?*

*E se eu for recorrer aos profissionais de saúde, eu não sei quem estaria preparado para me ajudar nesse sentido. Qual especialidade ia me ajudar a criar um menino que respeite mulheres? Ou que psicólogo vai ter um pensamento disruptivos para conversar sobre comportamentos que evitem que ele se torne desrespeitoso. É um sentimento de desamparo, que eu estou sozinha nisso.*

*Além disso, eu e meu parceiro temos um relacionamento há 10 anos. Quando eu comecei a namorar ele, eu tinha 20 anos. Com essa idade, a gente acha que sabe de tudo, mas não sabemos nada. Acho que eu tinha uns 27 anos que eu entendi que eu também gostava de mulheres e a gente já era casado. As pessoas não entendem, mas sim, em conversas com amigas lésbicas, bissexuais e, também, heterossexuais, que elas sugeriram: 'Amiga, você é bissexual'. Na época eu pensei: 'Não, como pode? Sou casada, tenho filho, não posso ser bissexual'. E digo mais, depois que eu descobri, hoje eu vejo que tenho uma tendência a sentir mais atração por mulheres do que por homens. Eu acho que essa descoberta foi muito reveladora para mim.*

*E eu mudei muito, especialmente depois de ter filho. Além de descobrir que eu era bissexual, eu também passei a perceber que eu sempre tive menos liberdade de escolha do que qualquer homem. Sempre tive menos liberdade que o meu marido, mesmo tendo o mesmo filho. Sou cobrada periodicamente pela minha ginecologista a ter mais um filho para fazer companhia pra ele, porque, segundo ela 'eles sofrem demais sem irmãos'. Sabe, ela nem me perguntou se eu gostei de engravidar, de ser mãe.*

*Para mim foi uma experiência traumática engravidar, parir, criar um filho. Fora que filho é caro, eu precisaria pausar minha carreira de novo para ter um filho. Não quero isso. Eu entendo que poderia ser bacana para o meu filho ter um irmão, mas pode ser que não seja. E especialmente para mim. Nunca vou ter outro filho por causa dele ou de qualquer outra pessoa. A escolha tem que ser minha, e no máximo decidir junto com o meu marido, mas muito mais minha. Acho que ser mãe me mostrou essas coisas. Além de conseguir me conhecer muito mais eu também passei a entender a importância de ter a minha individualidade preservada.*

*Me sinto cobrada e autocobrada sempre. E a autocobrança é uma das piores coisas. Ano que vem vou fazer uma viagem só eu e minha mãe, que é um sonho de muitos anos nosso. Vai ser a primeira viagem internacional das duas e eu abri mão e muitas coisas para fazer isso acontecer. Mas com frequência, e vou te falar, acho que todos os dias que eu penso na viagem eu fico me cobrando que eu poderia estar indo com o meu filho e com o meu marido para algum lugar que eles também queiram, juntos. Mas ao mesmo tempo é uma coisa que é um grande*

*sonho meu, e não deles. E mesmo assim eu me cobro por conta dessa escolha. Sofro bastante com isso.*

*Fico feliz em ter um marido que respeita minha essência e faz o papel dele como pai, para que nosso filho não dependa só de mim. Mas pode ter certeza de que se ele não fosse assim, a gente nem estaria mais junto, porque isso pra mim é fundamental. Não me cobra, nunca falou nada em eu ir viajar sem ele, ou sair sozinha com as minhas amigas, nunca ouvi comentário sobre meu peso, sobre minha roupa e eu acho que toda mulher heterossexual ou bissexual que tenha um parceiro deveria ter um assim. E é o mínimo. Todos deveriam ser assim”*

*Mas no sistema de saúde, nunca me perguntaram se eu também fico com mulheres, nunca me orientaram em nada nesse sentido. Nunca perguntaram o status do meu casamento. Todo mundo assume que eu estou num relacionamento heterossexual, com filho e que nosso casamento é fechado. Nunca me perguntaram se eu também tenho outros parceiros ou parceiras. E mesmo que perguntassem, eu não me sentiria confortável pra falar com a minha ginecologista, que é super tradicional. Inclusive estou protelando minha consulta anual porque eu não gosto de ir lá. Quero trocar de médica por conta disso.*

*E não é a primeira vez. Quando eu tive meu filho, hoje eu vejo que foi uma cesárea compulsória e que eu não precisava ter passado por aquilo. Esse é outro motivo pelo qual eu não quero ter outro filho. Não quero passar por isso de novo. Sinto que fui enganada. Lembro que foi um evento muito traumático. Os médicos estavam falando de futebol, meu marido não estava na sala, eu estava sozinha, era nova, nunca tinha feito uma cirurgia, não tinha escolhido ter um filho. Ninguém reparou que eu estava passando mal e quando finalmente me notaram, falaram que já tinham feito cesáreas 10x naquele mesmo dia. E eu tenho certeza de que o parto poderia ter sido do jeito que eu queria desde o começo, normal e sem intervenções. Mas eu era despreparada, desinformada e mesmo tendo plano de saúde por causa do trabalho, não tive o cuidado que eu precisava. Foi horrível. Só mais um número para eles’.*

Homem trans, heterossexual, branco, de classe baixa

*“Eu já fui em muitos profissionais de saúde, como psicólogos, por exemplo, que já me falaram que não era o caminho certo. Imagina, psicólogo me perguntando ‘é isso mesmo que você quer?’ e tentando fazer minha cabeça pra eu não seguir em frente, que não era a coisa certa a se fazer. Foi aí que eu fui trocando de especialista até achar alguém que me escutasse. É muito complicado, e dentre todas as coisas que sinto, o pior de tudo é sentir o preconceito.*

*Até que encontrei meu psicólogo atual, que já tem seus 60 anos e nunca tinha passado pela experiência de orientar uma pessoa em transição de*

*gênero e fez questão de me atender e me ajudar. Ele em nenhum momento me questionou algo, só me ajudou e eu sinto que também pude ajudar ele, para que ele agora possa compartilhar conhecimentos com outras pessoas.*

*Hoje outras pessoas trans que eu indiquei são acompanhadas por ele e eu fico feliz por ter ajudado, se não fosse eu o encontrar, ele não estaria conseguindo ajudar tantas outras pessoas que passam pelo que eu passei. Mesmo ele não fazendo ideia de como começar, ele foi atrás de conhecimento e conseguiu me orientar da melhor maneira possível.*

*Comecei a me transformar como pessoa com 13 anos. Não fazia ideia, não tinha condições financeiras e não tinha acesso do que era possível acompanhar a transição junto com médicos. O medo tomava conta, não ia atrás do conhecimento porque tinha medo de falar sobre isso e sentir o preconceito da sociedade.*

*Hoje em dia, tem muito mais acesso à informação e, mesmo sem plano, fazendo consultas particulares, já consigo me organizar para tomar os hormônios, para realizar os exames e as consultas necessárias. Mas é um gasto pesado. Além disso, participo do Ambulatório de Trans, que fez toda diferença no meu processo, queria poder ter acessado antes. Só é difícil de conseguir consulta lá.*

*Estou há dois meses para conseguir uma consulta, tipo agora tive que desembolsar quase R\$ 500,00 para consultar e não perder o prazo para tomar os hormônios. É toda hora um gasto diferente, mas virou minha prioridade. Eu sempre tive vontade de tomar hormônio e de me libertar, só que eu nunca tive condições financeiras. Foi bem difícil, mas eu consegui priorizar agora. Agora meu foco é realizar a cirurgia, ainda ter peito é algo que me incomoda muito, tanto no meu corpo como na forma como as pessoas reagem. Já aconteceu de não me deixarem entrar no banheiro, nem no feminino, nem no masculino, é bem constrangedor. Diria que estou nos 80% do caminho para me sentir completo, só falta realizar a cirurgia que vai ser a realização completa do sonho, para me sentir 100% eu mesmo. Desses 20% que faltam, só falta a cirurgia mesmo.*

*Até lá, fico ouvindo coisas de outros homens como 'tem barba, mas nunca vai ser homem de verdade' e isso machuca bastante. Essa frase dói ainda mais quando o sistema te exclui, como teve uma situação que eu precisava ir ao banheiro e quando entrei num posto de gasolina, só tinha mictório. Eu não conseguia mais segurar e usei do jeito que deu, sentindo muito desconforto e humilhação. Eu nem falei para ninguém, mas eu saí de lá e chorei. Já entrei em festas que eu não sabia o que eu fazia. Entrava no banheiro masculino e os homens me tiravam, entrava no feminino e as mulheres ficavam assustadas. Pelo menos no banheiro feminino se elas viam que eu tenho peito elas ainda acolhiam. Mas já tive que levantar a blusa para acreditarem em mim. Muito invasivo.*

*São muitos desafios. Só uma consulta para pegar a receita é R\$300,00, e tem que ir 3 vezes por ano. A testosterona é mais ou menos R\$ 80,00 por mês, que dá mais ou menos, R\$ 300,00 a cada 3 meses. No início, quando compartilhei com minha esposa sobre os valores, a gente se apavorou. Mas agora a gente trata como prioridade, que nem pagar a água e a luz, tem que ter dinheiro para o hormônio, para a consulta, pra tudo que for necessário. Principalmente para ter consultas regulares com endocrinologistas, que são os profissionais essenciais para o tratamento hormonal de pessoas trans.*

*Hoje até já me sinto mais maduro para lidar com as situações desconfortáveis, mas eu sempre fico imaginando outras pessoas passando por isso. Que nem nas reuniões que eu participo, tem pessoas trans que frequentam que têm 12 anos. Aí eu me lembro de todo preconceito que passei desde aquela época e penso que mesmo com mais acesso à informação, acho que hoje parece ter mais preconceito ainda. É um retrocesso. Pelo menos o acesso à informação tem impactado os profissionais de saúde, quando fui em endocrinologistas, que é a principal especialidade que me acompanha, eu me senti acolhido e não tenho o que reclamar.*

*Não é fácil o acompanhamento sendo homem trans. Homens vão em urologistas e mulheres vão em ginecologistas. Acho que além da endócrino, preciso ir a ginecologistas também. Mas faz muito tempo que não vou e quando isso acontecer espero encontrar alguém que esteja preparado para me receber, assim como meu psicólogo e a endocrinologista estiveram, mas desde que comecei a usar os hormônios nunca mais fui. Ano que vem eu vou me organizar para ir querendo ou não. Mas não faço ideia de como vai ser.*

*Espero já ter feito a cirurgia que eu vou me sentir melhor com o meu corpo. Até para sair, não saio muito por causa disso, minha vida social não é muito ativa. Só que para mim é muito difícil, eu não tenho uma camiseta que eu goste de vestir, não consigo me apertar, meu peito dói demais, e isso me deixa triste por isso, mas eu sei que está chegando a hora e logo tudo vai mudar. E não dá mais para postergar, não tenho vontade de ir em lugar nenhum. Não dá pra ir a um parque aquático sem as pessoas ficarem apontando e falando 'homem com peito', 'tem barba e tem peito'. Ficam chamando 'olha ali, olha ali'. A cirurgia é uma forma de me libertar disso. Se as pessoas encarassem com naturalidade talvez seria diferente. Mas ninguém fala sobre isso.*

*Pouco falam que não existem só dois gêneros, homem ou mulher. Nas reuniões que eu vou tem muitas pessoas diversas, pessoas não-binárias, pessoas que ainda não sabem como se identificar ou se expressar. Lá é simplesmente incrível, a gente chora bastante e se conecta. No último encontro, a gente não sabia se ria, se chorava, se consolava uns aos outros. É bem profundo. Tem muitas pessoas que não são aceitas pelas suas próprias famílias, que deveriam ser os maiores portos seguros. Tem*



*peças que se identificam com os dois gêneros, gostam de usar roupas que são consideradas masculinas e acessórios ou maquiagens que são considerados femininos pela sociedade. Novamente, se as pessoas encarassem com mais naturalidade tudo isso, seria menos sofrido pra todos nós.”*

Mulher cis, heterossexual, branca, de classe baixa

*“Hoje eu mudei o meu método contraceptivo, coloquei o DIU de cobre e eu vou contar um pouquinho da minha experiência de uns anos para cá com médicas ginecologistas. Digamos que meu histórico com médicas ginecologistas não tenha sido muito positivo, já fui atendida por várias médicas que eram muito grossas durante a consulta. Não tenho plano e sempre que precisei consultar tive que pagar particular. É muito frustrante um momento que você já está desconfortável naturalmente e se você ainda é mal atendida, fica tudo pior. Sempre tomei anticoncepcional durante a minha vida toda praticamente, desde antes dos 14 anos.*

*Ultimamente vinha amadurecendo a ideia de colocar o DIU, porque, o que acontece, o primeiro anticoncepcional que eu tomei, eu fiquei por quase 10 anos tomando o mesmo, e ele bloqueava a produção de testosterona, ou seja, eu não ganhava massa muscular. Posso estar falando errado, mas é mais ou menos isso, não ganhava massa e era muito magra e tal. Aí eu troquei o anticoncepcional por um que era pra ser com menos hormônio e foi horrível a experiência, fiquei muito inchada e outros efeitos colaterais. Até que eu comecei a trocar várias experiências com amigas e clientes que vinham aqui na estética e todas as mulheres, com suas individualidades, tiveram experiências diferentes, mas na sua maioria foram experiências positivas depois de parar de tomar o anticoncepcional e começar a usar o DIU.*

*A minha opção foi o DIU de cobre, por não ter hormônios, eu não queria mais usar hormônios por conta dos malefícios. Até encontrei uma ginecologista que me atendia super bem e eu me sentia superconfortável de falar tudo com ela, inclusive a minha mãe consultava com ela também, porém ela não colocava DIU, então eu tive que procurar outra pessoa. E aí, bem nesse momento, eu conheci a minha ginecologista atual, que foi quem me atendeu hoje e foi uma experiência superpositiva, muito tranquila. Eu estava muito nervosa e o meu nível de ansiedade foi de uma maneira que eu nem dormi essa noite direito. Fui dormir as 2 horas da manhã, louca de medo da dor, tem gente que fala que dói muito, tem gente que fala que não dói nada, tem gente que fala que é uma dor suportável. Eu considero que tenho um nível de resistência alta para dor, cheia de tatuagem, não poderia ser diferente, mas ainda sim tive medo. Mas para mim foi super, supertranquilo, sem contar o atendimento que foi incrível.*

*99% das minhas clientes são mulheres e pelo que escuto delas, acho que quase todas passaram por situações constrangedoras ou embaraçosas com ginecologista e eu prezo muito pelas pessoas se sentirem confortáveis e me identifiquei muito com a forma como ela atende e cuida das pessoas e mais pessoas deveriam ter essa experiência. Demorei muito para encontrar alguém assim e o mais importante é que estou muito feliz com a minha decisão. Faz só 20 dias que parei de usar anticoncepcional e, parece exagero, mas já estou me sentindo outra pessoa! A pessoa que o anticoncepcional inibia antes. Libertador!”*

Mulher cis, heterossexual, preta, de classe média-baixa, mãe

*“Hoje quando fui fazer um exame transvaginal de rotina a médica me perguntou se eu tinha filho(a) e eu disse que sim, aos 15 anos. Ela comentou que eu era bem novinha e tal, perguntou se pretendo ter mais filhos, daí eu disse que no momento não, mas não digo que não pra sempre, mas enfim talvez aconteça. Eu criei um bloqueio interno por causa do que eu vivi lá atrás aos meus 15 anos, embora eu tivesse plano de saúde porque eu era dependente da minha mãe ainda. Mas não só isso, eu era dependente dela tanto emocionalmente, quanto financeiramente. Eu era uma criança ainda.*

*E hoje, se eu viesse a engravidar de novo, seria outra realidade, seria outra gravidez e eu ia vivenciar essa gravidez de uma forma diferente. Por exemplo, eu conversaria com a barriga, coisa tão básica que nem isso eu consegui fazer por não assimilar o que estava acontecendo comigo direito. Acho que engravidar hoje seria uma experiência melhor, embora eu tenha ficado com esse trauma. Não sei nem sei é trauma, mas com certeza é um bloqueio que eu tenho e por isso até hoje eu não decidi engravidar de novo.*

*Digo que foi traumatizante porque não era algo desejado, não sofri nenhuma violência nem nada, mas não era algo desejado e muito menos estruturado na minha vida. Quando precisava comprar fralda eu pedia pra minha mãe. Não ter um parceiro na gestação, não ter ninguém além dela pra acompanhar minha gestação, não ter uma renda sendo uma criança sustentando uma criança... Não era uma gravidez desejada, nem planejada. Estava dentro de uma situação que não podia fugir daquilo, e por algum tempo eu não queria contar pros meus pais.*

*Eu não amava o pai da minha filha e foi uma situação que eu me vi e me senti sozinha. Não conseguia falar pra minha mãe, mesmo podendo eu não queria porque eu passei por muito tempo por uma não-aceitação da realidade. Isso foi muito ruim pra mim. Por isso eu não conseguia nem falar com a barriga, também tenho pouquíssimas fotos, e são coisas que me marcam dessa época.*

*É uma sensação de quase de explosão no grupo de amigos, porque a situação que eu estava vivendo com 15 anos, nenhuma amiga estava vivendo. E foram poucas as que se dispuseram pra viver isso comigo. Poucas vieram me fazer essa parceria. Me sentia excluída, achava que tinha menos amigos que eu imaginava. Mas hoje eu entendo, eu estava vivendo uma fase que elas não compreendiam. Eu estava vivendo uma fase que era pra viver agora, e estava antecipando aquilo. Mas não tenho lembranças de sentimentos bons dentro de mim. Eu me culpava, não entendia, não desejava, me sentia julgada pela sociedade, como um todo. Tudo no negativo.*

*Felizmente, minha médica foi muito querida comigo, desde o princípio. Fez todo o pré-natal, era pelo plano de saúde da UNIMED, foi uma tratativa muito boa, não tenho queixas. Depois fiz o parto no Hospital de Clínicas e as enfermeiras me ajudaram a amamentar, foi bem difícil nos primeiros dias e elas se colocaram à disposição, falaram que eu podia tocar a campainha toda hora e eu realmente tocava toda hora pra elas me ajudarem. Fui muito bem acolhida no hospital, que ofereceu um acompanhamento com uma enfermeira durante o primeiro ano de vida da minha filha.*

*Essa enfermeira ia lá em casa pelo menos uma vez ao mês pra perguntar como estava a amamentação, pra pesar, pra ver se estava tudo bem e especialmente me ajudar na amamentação porque naturalmente é uma dificuldade pro bebe pegar a mama e pra mim doía muito e eu não queria mais amamentar porque estava doendo muito. Ela ia lá em casa fazer todo esse acompanhamento, enfim ela era maravilhosa, me ajudou muito! Até a introdução alimentar ela fez parte, ajudou, tirava fotos. Achei fundamental essa participação e acho que foi totalmente fora do plano, uma iniciativa do próprio hospital para acompanhar o primeiro ano de vida de bebês de mães menores de idade. E até uns anos atrás, sei lá, acho que uns 5 anos atrás, me ligaram porque eles queriam saber se estava tudo bem, me convidaram pra ir lá no hospital com a minha filha. Só não fui porque estava na correria de estudo e trabalho, mas achei super bacana o interesse deles em dar seguimento na pesquisa, só eu que não pude dar continuidade mesmo.*

*O que faltou foi entender que, mesmo me sentindo sozinha, eu não estava sozinha. Tem muita gente que passam pela mesma situação que eu passei nessa idade. E tá tudo bem A gente está acostumado a ver um cenário 'perfeito' de dois adultos que se amam e que têm filhos, mas existem muitos cenários que diante das suas imperfeições também são perfeitos. Eu considero que fui mãe-solo até eu casar, minha filha tinha 9 anos e antes disso eu tive namorados, mas nenhum de fato assumiu a paternidade e quis ocupar esse papel nas nossas vidas, só meu marido. E se a gravidez e a infância foram difíceis, nossa é uma fase que requer bastante atenção, requer cuidado e é cansativa, mas a fase da adolescência, a partir dos 12 até não sei quando que vai, com certeza é a fase que mais nos exige como mãe e como pai de estar presente, de*

*educar, de dar exemplo, de dar valores. Isso é o mais difícil de tudo, porque alimentar, dar atenção, brincar, levar na escola, buscar na escola, ajudar a fazer tema... Tudo isso se dá um jeito e faz, mas dar bons exemplos pra criar um 'ser-humaninho' com valores que tu pode confiar é o mais difícil.*

*Esse tem sido o meu maior desafio, e felizmente eu pude dividir com o meu marido que já estava na minha vida e me ajudou muito e ela está se tornando uma mulher bem responsável, ela já é jovem aprendiz em uma empresa, tem o cachorrinho dela que ela cuida, meu neto, e tudo isso tem feito ela mais responsável. Ele fez toda a diferença, antes tinha minha mãe, mas vó é diferente, é diferente de uma presença paterna, que agora ela tem e poder contar e confiar. Minha mãe foi minha rede de apoio por muito tempo, depois meu marido veio pra somar, e faz toda diferença pra hoje eu sentir que nós 3 conseguimos criar ela juntos, tendo um ao outro.”*

## APÊNDICE D – DESIGN CRITIQUE

*“Primeiramente, parabéns pela pesquisa, essa ferramenta de design estratégico que você propôs é muito inteligente, estou impressionada, de verdade! É um resultado que considero útil e aplicável como processo de design, que ajuda na exploração criativa de soluções tecnológicas. No início fiquei com dúvida se a ferramenta poderia ser utilizada*

*em outros contextos para além do contexto de pesquisas em saúde, e ao longo da tua explicação percebi que sim. Mesmo estando definido como recorte a saúde, acredito que pessoas pesquisadoras e designers poderiam facilmente personalizar a ferramenta em diferentes contextos, substituindo o recorte de saúde por outros de sua preferência. Destaco essa possibilidade como recomendação para futuras pesquisas, e por este motivo me parece ser uma ferramenta muito inteligente.*

*Como vai ser disponibilizada em plataformas de colaboração online, permite que quem vá aplicá-la personalize as práticas de histórias de vida e de mapas conceituais e, por consequência a jornada das pessoas usuárias e o sequenciador de funcionalidades. Vejo que serve de inspiração para outros modelos de pesquisa e isso pode estar descrito nas considerações finais, recomendando como uma ferramenta aberta para exploração, para que não fiquem restritas a um único recorte. Também já poderia disponibilizar uma versão da ferramenta sem a saúde como recorte. Essas foram as percepções que eu tive conforme foi apresentada. Assim, a ferramenta não será limitadora, mas sim, uma ferramenta que expande os processos de design, a partir das capacidades feministas.*

*É uma ferramenta que expande os processos porque vejo como facilitadora para coleta de histórias de vida de diferentes perspectivas interseccionais. Além disso, à medida que as pessoas pesquisadoras e designers vão desdobrando as outras práticas, é possível conduzi-las em qualquer contexto, afinal depende do recorte que as histórias de vida serão contadas. Isso pode até servir de insights para novas práticas, de acordo com o interesse da coleta.*

*Acho importante que a ferramenta seja aplicada de forma coletiva para validar se funciona da mesma forma, vejo que individualmente está bem resolvida. Principalmente na parte das reflexões de cada capacidade feminista, se as pessoas entendem como elas vão praticar os desdobramentos de escutar, recriar e compartilhar. E, aqui entendo que de forma coletiva pode precisar de uma pessoa que assuma a facilitação para esclarecer esse momento de imersão. Não precisaria alterar a descrição da ferramenta, mas sim pensar em como instruir as pessoas a aplicarem, que pode ser por um vídeo ou algum outro material orientativo, justificando como tu chegou nessas práticas.*

*Acho que essas reflexões são um dos pontos-chave das capacidades feministas, à medida que foi aplicando me parece que permeiam todo o processo. Você foi aplicando e eu fui relacionando as reflexões, até chegar na sugestão de tecnologia social a partir da coleta. Também vejo que poderia evoluir aliando outras ferramentas para aprimorar nessa sugestão de tecnologia social, que vai precisar ser desenvolvida com equipes de desenvolvimento. Vai ser bem importante recomendar essa aplicação coletiva para avaliar como outras pessoas pesquisadoras e designers vão utilizá-la em seus projetos. É uma forma de capacitá-las como facilitadoras de processos que questionem o status quo. A essência é essa, entender que não estamos numa posição de hierarquia, mas sim de mediação de processos mais acolhedores, integradores e holísticos.*

*Enfim, realmente achei uma ferramenta incrível, vi que tem os tutoriais para aplicar as práticas e destaco o mapa de perspectivas interseccionais que permite tomar decisões sobre as perspectivas que estão e que não estão sendo consideradas no projeto. Achei muito incrível poder mapeá-las só arrastando as bolinhas, de acordo com cada pessoa que será convidada para a escuta. Parece ser uma ferramenta completa, que dá conta da abordagem acolhedora, integradora e holística que você propõe e me parece estar muito alinhada com toda a tua linha de pesquisa. Tem muitas possibilidades, eu adorei! Dá vontade de usar tanto como pesquisadora, como designer e como pessoa que faz parte da coleta das histórias de vida e que vai se beneficiar de alguma solução.”*