

A Hora da Estrela que não vem: Macabéa como cartografia do cuidado às mulheres invisibilizadas na Estratégia Saúde da Família

The Hour of the Star That Never Comes: Macabéa as a cartography of care for women made invisible in the Family Health Strategy

La Hora de la Estrella que no llega: Macabéa como cartografía del cuidado a las mujeres invisibilizadas en la Estrategia de Salud de la Familia

Lucas Tavares de Vasconcelos¹ , Denise Mota Araripe Pereira Fernandes¹ , Ravenna Gomes Oliveira de Alencar² 

¹Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil.

²Afya Paraíba – Cabedelo (PB), Brasil.

Resumo

Introdução: Macabéa, protagonista de *A Hora da Estrela*, é um retrato sobre a invisibilidade das mulheres na saúde pública. Tal como a personagem de Clarice Lispector, muitas mulheres seguem silenciadas em seus sofrimentos, negligenciadas por políticas estatais ineficazes e expostas a múltiplas formas de violência: simbólica, institucional e estrutural. **Objetivo:** Refletir, a partir da figura de Macabéa, sobre o cuidado às mulheres invisibilizadas e suas expressões de sofrimento na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Trata-se de um estudo teórico documental. A partir da cartografia do cuidado, da Medicina Centrada na Pessoa (MCCP) e da clínica ampliada, foram construídos blocos narrativos baseados em diários de campo, reuniões de equipe e visitas domiciliares, compondo territórios afetivos e éticos que emergem da prática clínica cotidiana. **Resultados:** Os relatos revelam queixas aparentemente banais, como dores vagas, insônia e “cansaço acumulado”, que ocultam histórias de violência estrutural, sobrecarga de cuidado e silenciamentos históricos. Ainda que políticas públicas tenham ampliado o escopo da saúde da mulher ao longo dos anos, muitas dessas experiências continuam à margem da clínica tradicional. A escuta, nesses casos, não pode se limitar à queixa; exige presença, paciência e disposição para reconhecer o que ainda não tem nome. **Conclusões:** O ensaio propõe uma clínica que acolhe ausências, espera sem pressa e forma médicos capazes de sustentar a complexidade sem reduzi-la a um diagnóstico. Ao final, sugere que, mesmo quando a “hora da estrela” não chega, o cuidado se reinventa na escuta radical e no gesto de permanecer.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da mulher; Medicina de família e comunidade.

Autor correspondente:

Lucas Tavares de Vasconcelos
E-mail: ltv@academico.ufpb.br

Fonte de financiamento:

Não se aplica.

Parecer CEP:

Não se aplica.

TCLE:

Não se aplica.

Procedência:

Não encomendado.

Avaliação por pares:

Externa.

Recebido em: 15/08/2025.

Aprovado em: 10/12/2025.

Editor associado:

Bruno Pereira Stelet.

Como citar: Vasconcelos LT, Fernandes DMAP, Alencar RGO. The Hour of the Star That Never Comes: Macabéa as a cartography of care for women made invisible in the Family Health Strategy. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4962. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4962](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4962)



Abstract

Introduction: Macabéa, the protagonist of *The Hour of the Star*, portrays the invisibility of women in public health. Like Clarice Lispector's character, many women remain silenced in their suffering, neglected by ineffective state policies, and exposed to multiple forms of violence: symbolic, institutional, and structural. **Objective:** This study aimed to reflect, through the figure of Macabéa, on the care provided to invisible women and their expressions of suffering within the Family Health Strategy. **Methods:** This is a theoretical-documentary study. Based on care cartography, person-centered medicine, and expanded clinic, narrative blocks were built using field diaries, team meetings, and home visits, forming affective and ethical territories that emerge from daily clinical practice. **Results:** The narratives reveal seemingly banal complaints — such as vague pains, insomnia, and “accumulated fatigue” — that conceal stories of structural violence, care overload, and historical silencing. Although public policies have expanded the scope of women's health over the years, many of these experiences remain at the margins of traditional clinical care. Listening, in these cases, cannot be limited to symptoms; it demands presence, patience, and willingness to recognize what has yet to be named. **Conclusions:** The essay proposes a clinic that embraces absences, waits without haste, and trains physicians capable of sustaining complexity without reducing it to a diagnosis. It suggests that even when the “hour of the star” never comes, care is reinvented through radical listening and the gesture of staying.

Keywords: Primary health care; Women's health; Family practice.

Resumen

Introducción: Macabéa, protagonista de *La hora de la estrella*, representa la invisibilidad de las mujeres en la salud pública. Al igual que el personaje de Clarice Lispector, muchas mujeres siguen silenciadas en su sufrimiento, desatendidas por políticas estatales ineficaces y expuestas a múltiples formas de violencia: simbólica, institucional y estructural. **Objetivo:** Reflexionar, a partir de la figura de Macabéa, sobre el cuidado de las mujeres invisibilizadas y sus expresiones de sufrimiento en la Estrategia de Salud de la Familia. **Métodos:** Se trata de un estudio teórico-documental. A partir de la cartografía del cuidado, la Medicina Centrada en la Persona y la clínica ampliada, se construyeron bloques narrativos basados en diarios de campo, reuniones de equipo y visitas domiciliarias, conformando territorios afectivos y éticos que emergen de la práctica clínica cotidiana. **Resultados:** Los relatos revelan quejas aparentemente banales — como dolores vagos, insomnio y “cansancio acumulado” — que ocultan historias de violencia estructural, sobrecarga de cuidados y silenciamientos históricos. Aunque las políticas públicas hayan ampliado el alcance de la salud de la mujer a lo largo de los años, muchas de estas experiencias siguen al margen de la clínica tradicional. La escucha, en estos casos, no puede limitarse al síntoma; exige presencia, paciencia y disposición para reconocer lo que aún no tiene nombre. **Conclusiones:** El ensayo propone una clínica que acoja ausencias, espere sin prisa y forme médicos capaces de sostener la complejidad sin reducirla a un diagnóstico. Sugiere que, incluso cuando no llega “la hora de la estrella”, el cuidado se reinventa en la escucha radical y en el gesto de permanecer.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Salud de la mujer; Medicina familiar y comunitaria.

INTRODUÇÃO

Em diferentes momentos da história, as mulheres foram convocadas à sobrevivência: à negligência estatal, à maternidade compulsória, à sobrecarga do cuidado e à violência doméstica. Nos espaços da Atenção Primária à Saúde (APS), essa sobrevivência, muitas vezes, se expressa em corpos exaustos, exames normais e diagnósticos evasivos. A queixa, quase sempre trivializada, revela uma existência biologicamente viva, mas subjetivamente silenciada.¹

Essa condição de sobrevivência que ultrapassa o corpo físico e adentra o território da subjetividade encontra eco também na literatura, espaço em que a mulher é frequentemente retratada em estado de resistência silenciosa.

Clarice Lispector, ucraniana de nascimento e recifense por necessidade, transformou sua experiência de pobreza no Nordeste em sensibilidade e olhar humano — atributos necessários àqueles que atuam nos cuidados primários.^{2,3} Em sua obra, Clarice retrata com delicadeza e força a resistência silenciosa da mulher diante da invisibilidade e da ausência de pertencimento.

Sua última personagem, Macabéa, protagonista de *A Hora da Estrela*, encarna esse corpo que permanece no mundo sem plenitude. Nordestina, empobrecida, solitária e alheia ao próprio desejo, representa aquilo que a clínica frequentemente ignora: a vida que resiste. Macabéa “não sabia que

existia”, e, talvez por isso, vivesse de menos.⁴ Sua apatia e sua existência pálida indicam alienação, efeito de múltiplas violências estruturais que a reduziram ao quase-nada.⁵

Assim como na ficção, na realidade brasileira a invisibilidade feminina também tornou-se um campo de enfrentamento histórico. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, rompeu com a visão centrada na reprodução, propondo um cuidado integral e humanizado.⁶ Depois, o Viva Mulher fortaleceu o rastreamento do câncer de colo uterino e de mama, e a Rede Cegonha, de 2011, ampliou a atenção ao ciclo gravídico-puerperal, com foco no parto humanizado. Apesar dos avanços, persistem lacunas no acolhimento da mulher que, embora tenha sobrevivido, segue adoecendo em sintomas e dores que escapam à lógica clínica.⁷

Esse descompasso se intensifica quando a medicina, em lugar de escutar o sofrimento, transforma a singularidade da experiência feminina em patologia. Vieira⁸ descreve a medicalização do feminino como uma forma de controle, naturalizando a ideia do corpo da mulher em constante vigilância. A menstruação, a gravidez e a menopausa passaram a ser tratadas como eventos clínicos passíveis de correção, silenciando a experiência subjetiva em nome de uma normatividade biomédica.

Tal distância entre sintoma e sentido é discutida pela Medicina Narrativa, que busca reconectar a prática clínica às histórias humanas. Para Vankova⁹, narrar e escutar são gestos éticos que reintroduzem a singularidade no adoecimento. Grossman e Cardoso¹⁰ destacam a escrita reflexiva como meio de elaborar o vivido e de manter o cuidado contínuo. Assim, narrar torna-se também uma forma de cuidar.

Dessa forma, este artigo objetiva cruzar Macabéa com as mulheres ordinárias que “aparecem” na Estratégia Saúde da Família (ESF) e queixas que se apresentam como problemas médicos, mas que se revelam, no fundo, expressões de violências sociais e estruturais ainda pouco reconhecidas pela clínica. Como afirma Lispector⁴, há momentos em que não se trata mais de escrever com arte, mas de reconhecer que “há o direito ao grito” e, então, gritar.

MÉTODOS

Caminhos percorridos e sentidos construídos

Este ensaio qualitativo adota como fundamento a cartografia do cuidado, articulado à Medicina Centrada na Pessoa (MCCP) e à clínica ampliada, com o objetivo de refletir sobre os modos de adoecimento e de cuidado das mulheres invisibilizadas no cotidiano da ESF.

A cartografia do cuidado: fundamentos e princípios

A cartografia, conforme delineada por Deleuze e Guattari¹¹ em *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, não busca representar a realidade, mas acompanhá-la em seu movimento, mapeando forças, afetos e processos de subjetivação em constante transformação. Nessa perspectiva, cartografar é seguir o processo, não fixar um produto final.

Inspiramo-nos, também, nas contribuições de autores brasileiros como Oliveira e Sampaio¹², que ampliam o conceito de cartografia como dispositivo ético-estético-político no campo da saúde. Segundo esses autores, a cartografia do cuidado parte do princípio da implicação: o pesquisador não se coloca fora do campo, mas se torna parte dele, sendo também afetado pelas relações que o acompanham. A pesquisa se constitui, assim, como processo de coafetação, em que conhecer é também cuidar, escutar e transformar-se junto ao outro.

Diários de campo como material científico

Os diários de campo, produzidos logo após os atendimentos e as visitas domiciliares, foram utilizados como dispositivo de registro e de elaboração dos encontros. Não se buscou transcrever falas ou descrever eventos de modo factual, mas produzir narrativas sensíveis que captassem os movimentos do cuidado.

Seguindo Passos e Benvídes¹³ e Passos et al.¹⁴, esses registros foram tratados como materiais de produção de sentido, não como dados empíricos no sentido positivista. Foram analisados de forma reflexiva em reuniões com a equipe de saúde, em um movimento coletivo de interpretação e reconstrução de significados. Dessa análise emergiram micronarrativas clínicas, que revelam as tramas entre dor, silenciamento e resistência presentes no cotidiano do cuidado às mulheres. Ao final, foi possível construir mapas afetivos e analíticos, que ressignificam as vivências.

Justificativa da abordagem

A opção pela cartografia do cuidado mostrou-se particularmente adequada ao objeto deste estudo: os modos de adoecimento e de cuidado de mulheres invisibilizadas, por permitir acolher a complexidade, a singularidade e a dimensão subjetiva dessas experiências. Ao contrário de métodos descritivos e estatísticos, a cartografia possibilita dar visibilidade ao invisível, acompanhando processos sutis que escapam às lógicas tradicionais de mensuração, mas que são essenciais para compreender o cuidado em sua dimensão humana e relacional.

Ao ser articulada à MCCP¹⁵, a escuta cartográfica ampliou o campo clínico, rompendo com a hegemonia da anamnese biomédica e reconhecendo a mulher como sujeito de saber. Já a clínica ampliada^{16,17} ofereceu o horizonte ético de compreender o cuidado como produção de vínculo e sentido — deslocando o foco do diagnóstico fechado para o encontro inventivo.

Ética e construção narrativa

Por compromisso ético, os blocos narrativos apresentados não se ancoram em falas diretas ou identificáveis de usuárias, mas em temas emergentes da experiência clínica, trabalhados como territórios afetivos e linhas de sentido. Inspirados na escrita de *A Hora da Estrela*, de Clarice Lispector, os fragmentos narrativos compõem camadas clínicas, éticas, subjetivas e docentes, expressando o que foi vivido, refletido e transformado no exercício cotidiano do cuidado em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao futuro ou Ela que se arranje

Este ensaio não oferece respostas nem diagnósticos. Ele é, antes de tudo, o exercício do direito ao grito. Um grito que atravessa o consultório, a sala de aula e os corredores da unidade e encontra eco em Macabéa e em tantas outras que, como ela, não sabem gritar ou desaprenderam. Como escreveu Clarice Lispector⁴: *“O cotidiano me aniquila [...]. Vejo que escrevo alguém e além de mim. Não me responsabilizo pelo que escrevo agora”*. Então, o que fazemos? Gritamos. Para que haja espanto, bagunçando a letra

dos livros — nossos livros clínicos nos ensinam tudo e não nos dão nada para nos ajudar na travessia —; para que haja incômodo naqueles que precisam se deixar incomodar para mudar; e para que quem cuida também se escute. Os blocos narrativos a seguir foram organizados a partir de alguns títulos alternativos do livro. Porque, como Macabéa, muitas mulheres que atendemos não têm nome no sistema, nem lugar no protocolo, mas existem. E esperam que as vejamos.

A culpa é minha ou Saída discreta pela porta dos fundos

Há momentos em que a consulta termina e paira um peso. Não por algo dito, mas por tudo aquilo que escapou. Uma sensação turva de que a paciente foi embora como chegou: cheia de perguntas. São consultas em que o protocolo foi cumprido: pressão aferida, receita impressa, conduta explicada, mas em que o silêncio pesou mais que o diálogo.

Logo ao sair da sala, às vezes penso: a culpa é nossa. Porque precisamos saber se algo estava ali, insinuando, mas somos incapazes de tocar. Talvez porque nos falte tempo — ou coragem. A culpa é do sistema? Porque nenhuma escuta resiste a dez minutos e a uma fila cheia. No fundo, não é só isso. A culpa é difusa. Ela atravessa a formação, o jeito como não aprendemos a ouvir, a ideia de que a clínica precisa chegar a um nome — e que, sem diagnóstico, não há cuidado.

Clarice Lispector, por Rodrigo S. M., expressa um sentimento semelhante ao observar Macabéa viver apagada: *“Quanto à moça, ela vive num limbo impessoal, sem alcançar o pior nem o melhor. Ela somente vive, inspirando e expirando, inspirando e expirando. [...] Mas por que estou me sentindo culpado? E procurando aliviar-me do peso de nada ter feito de concreto em benefício da moça?”*⁴.

São mulheres que vivem num fio tênue de sobrevivência, entre uma queixa vaga e um exame normal, entre um pedido de atenção e uma recusa de si mesmas, o mesmo peso: o de não ter feito o bastante. Ou apenas o que era possível — e o possível, às vezes, é pouco.

Existem também as antimacabéas. Não silenciam, gritam; não sugerem, exigem. Desafiam com sua presença e raiva, recusando o mínimo. Pedem exames, laudos, escuta, e por isso são vistas como exageradas, suspeitas. Aprendemos a identificar o sofrimento como algo contido, educado, “razoável”, e as que transbordam são vistas com suspeita — ou com cansaço. Esquecemos que essa valsa de exagero, muitas vezes, é a forma como a dor encontrou de aparecer — depois de anos de silêncio inerte.

O MCCP nos lembra que o cuidado não é sobre nós, agentes do cuidado, nem sobre o quanto a consulta nos desgasta. É sobre o que aquilo significa para ela. Ela, nossa paciente; nosso motivo, nossa centralidade. É sobre reconhecer que o grito também é diagnóstico, que a intensidade também é linguagem, e que a escuta verdadeira não se faz apenas com técnica, mas com presença.

Entre o método e a carne, há um abismo. O método diz para acolher; a carne, por vezes, se enrijece. O método diz para perguntar mais; a carne quer terminar logo. O método diz que há valor no que não é dito; a carne tem medo de escutar demais. E é nesse embate — entre o cuidado ideal e o corpo cansado — que seguimos, dia após dia, tentando não fugir do grito nem do silêncio.

No fundo, fica uma pergunta que não se esvai: será que preferimos as Macabéas adestradas? E a culpa, no fim das contas, é sinal. Sinal de que há algo mais no campo. De que o cuidado não é neutro. De que há falhas que não são erros técnicos, mas ausência de relação. A culpa, aqui, não paralisa. Ela empurra, faz pensar. Lança a pergunta: quantas Macabéas passaram por mim e eu não vi? Quantas antimacabéas deslegiteimei?

Ela não sabia que existia ou Assovio no vento escuro

Começa-se a notar um padrão de paciente sem nome. Mulheres que chegam sem urgência, mas com frequência. Reclamam de dor nas costas, queimação no estômago, tontura ao se levantar. Algumas falam em “cansaço acumulado”, outras em “pressão que sobe quando fica nervosa”. Quando perguntamos o que imaginam que poderia ser, respondem: “acho que é coisa da minha cabeça” — e às vezes nem isso dizem. Dizem “nada”.

Essas queixas se repetem com variações, como se seguissem uma coreografia do invisível. A mulher que trata candidíase todo mês. A que tem cefaleia tensional há anos. A que diz que o problema é insônia, mas nunca dormiu direito desde que o marido morreu. Nenhuma dessas histórias parecia “importante” no prontuário. Mas todas carregavam uma mesma matéria: uma vida pequena demais para a dor que sentiam.

Porém, na cartografia que se faz no cotidiano, esses sintomas não eram diagnósticos — eram avisos. Cada queixa é uma senha para um território de silêncios, de violências sutis, de apagamentos antigos. A ginecologia parece não escutá-las. A psicologia está distante. A clínica geral está sobrecarregada. Nos serviços de saúde, elas circulam sem que ninguém se responsabilize por escutar a mulher inteira. A própria medicina de família, com seus pilares fundamentais da APS, parece não traduzir o treinamento para a plenitude prática, ficando muito claro que o necessário para cuidar ainda não foi alcançado.

Portanto, é como se essas mulheres não tivessem autorização para existir plenamente, nem mesmo nos espaços mais pertinentes para cuidar. Vêm pedir “um remédio para dormir”, “uma injeção para aliviar”, e nós, muitas vezes, respondemos “sim”, com ansiolíticos, com mais analgésicos e encaminhamentos para lugar nenhum. Com o tempo, passamos a nos questionar sobre essa prática e aprendemos a reconhecer nelas a mesma matéria de Macabéa: uma espécie de existência que não reivindica nada porque não acredita que possa. Não se tratava de histeria nem de somatização — mas de uma longa história de não reconhecimento, uma espécie de sofrimento sem legenda, que escapa dos manuais.

O medo de perguntar, mesmo cheia de necessidade de fazê-lo, acaba sendo o mais silencioso dos sofrimentos. O receio de se expor e ouvir o “não” na cara, como Macabéa: *“Era lá tola de perguntar? E de receber um ‘não’ na cara? Talvez a pergunta vazia fosse apenas para que um dia alguém não viesse a dizer que ela nem ao menos havia perguntado. Por falta de que lhe respondesse, ela mesma parecia se ter respondido: é assim porque é assim”*⁴. Essas mulheres, ao virem até nós, parecem carregar uma dúvida silenciosa: seria tolice perguntar o que sinto? Assim como na obra de Lispector, a falta de uma resposta se torna uma resposta em si mesma: “é assim porque é assim”.

A exérese da legitimidade de suas próprias queixas também pode ser entendida como um caminho de “não sofrer” ao caminharem na ponte frágil que cruza o abismo separando-as do cuidado: a negação do próprio corpo para não perceberem a lacuna do suporte; a impossibilidade de uma vivência plena em saúde. Essas mulheres não sabem que existem — talvez nós, enquanto profissionais, também não saibamos.

Ela não sabe gritar

Ela chega no horário. Traz exames antigos, a carteira do Sistema Único de Saúde (SUS), o cartão de vacinação atualizado. Quando entra, sorri. Diz que está tudo bem. A queixa principal é sempre pequena: uma dorzinha no joelho, um desconforto no estômago, uma coceira que aparece de vez em quando. Não há sinais de urgência, nem pedidos explícitos. A consulta é limpa, rápida, tranquila. E, mesmo assim, algo fica entalado no ar.

Essa mulher — que não reclama, não demanda, não se atrasa — é muitas vezes considerada “boa paciente”, mas a ausência de queixa não é sinônimo de bem-estar. Com o tempo, percebemos que ali mora um dos silêncios mais difíceis de escutar: o da mulher que aprendeu, desde muito cedo, que não devia ocupar espaço demais, mas não se queixa porque nunca aprendeu que podia; porque já foi tantas vezes ignorada ou culpabilizada, que o corpo aprendeu a calar junto. Às vezes, esse silêncio é elogiado: “ela é forte”, “não dá trabalho”; outras, é subestimado: “não tem nada”, “é coisa da cabeça”. Em ambas, a escuta falha.

E aí mora o enigma daquelas que, como Macabéa, vivem o: “*já que sou, o jeito é ser*”.⁴ Não buscam respostas, pois já aprenderam que não há como perguntar sem receber em troca o eco vazio da indiferença, então existem mediante uma aceitação inerte daquilo que é imposto. Seu sofrimento é espelho desse “jeito de ser”, sem palavras — um ser que passa, não vive, porque ainda não sabe o que realmente é ser.

Na MCCP, aprendemos que o sofrimento não precisa ser validado por um exame para ser real. A clínica ampliada nos ensina que o cuidado não começa com a conduta, mas com o vínculo¹⁸, e, nesse vínculo, o não dito pesa mais que qualquer laudo. Essas mulheres, que não se queixam, às vezes são as que mais precisam ser vistas. Carregam o peso de casas que não descansam, de amores que controlam, de trabalhos que exploram, e o corpo vai se moldando ao entorno, se endurecendo — até deixar de sentir. A cartografia do cuidado permite perceber esse desenho sutil: a ausência de queixa como expressão de uma vida anestesiada¹⁴.

Starfield² já apontava que o cuidado na APS exige a capacidade de compreender o paciente dentro do seu contexto social e cultural, como forma de garantir equidade e efetividade. Como sugerem Moraes et al.⁵, o feminino, na escrita de Clarice, revela uma subjetividade marcada por silêncios, interrupções e mal-estares que escapam à linearidade — marcas que também atravessam as narrativas das mulheres que chegam à consulta sem saber ao certo o que buscam, mas carregam, como Macabéa, um pedido de reconhecimento.

Vankova⁹, ao abordar o conceito de medicina narrativa como potencializadora do cuidado, afirma que há uma necessidade de *atenção* prolongada às nuances, *representação* para reelaborar o que foi ouvido e *afiliação* para reconhecimento entre médico e paciente.

Dessa forma, é preciso reaprender a escutar o silêncio e a perguntar sem invadir; a notar os gestos, os olhares e os tempos, porque algumas dores não vêm à tona — elas se acumulam em camadas — e, às vezes, tudo o que essas mulheres precisam é que alguém, finalmente, as reconheça.

Uma sensação de perda

Nem sempre essas situações são percebidas de imediato. Às vezes, só quando a unidade esvazia, os barulhos cessam, a cadeira onde a paciente se sentou já se torna fria e o papel do receituário amassado já está no lixo. É ali que os rastros dela me atingem, e eu espero que alguma resposta venha — mas o que chega é um silêncio denso, misturado com certo luto e com raiva. Raiva do mundo que fez com que ela chegasse daquele jeito. Raiva da estrutura que nos limita. Raiva de mim, por ter passado por cima da dor dela como quem passa por um buraco na estrada e pensa “depois eu vejo isso” — só que a estrada dela está cheia de buracos, e eu segui em frente.

A espera se torna, então, um ato clínico. Não como inércia, mas como abertura e presença, porque há dores que não se resolvem com ação imediata. Há violências que exigem paciência para serem vistas e há silêncios que precisam de tempo para se tornarem fala. Esperar, nesse sentido, é sustentar a escuta quando ela ainda não tem som.

A docência, nesse cenário, também se transforma. Os alunos não aprendem apenas vendo condutas, mas observando como suportamos a dúvida. Como não reduzimos a complexidade a um código da Classificação Internacional de Doenças (CID) e como, às vezes, deixamos a resposta em suspenso — porque só o tempo (e a escuta) poderá revelá-la. A espera se tornou parte do ofício. Espero que ela volte. Espero que, um dia, diga o que nunca disse. Espero que a escuta esteja mais atenta, mais aberta, mais inteira. Enquanto isso, se ensina e se aprende.

A hora da estrela (que não veio)

Espero a estrela. Espero que um dia alguma delas diga “agora eu me sinto viva”, como se o cuidado, enfim, tivesse dado certo. Espero que o protocolo funcione, que a equipe encontre a palavra certa, que a mulher sorria com alívio no fim da consulta. A hora da estrela, no entanto, não vem. E talvez nunca venha. O que vem, no entanto, é outra coisa: o reconhecimento de que o cuidado não é um ponto de chegada, mas um campo em movimento; que há dias em que o que conseguimos oferecer é apenas companhia — e isso já é muito; que manter uma mulher viva, escutando suas ausências e respeitando seus silêncios, já é uma forma de cuidado radical em um mundo que a calou desde sempre.

Além disso, as práticas mudaram. Começamos a perceber quando o corpo fala sem palavras. Criamos rodas de conversa informais, organizamos a agenda para acolhimento mais lento, conversamos sobre as Macabéas do território. Por exemplo, um residente propôs um projeto de autocuidado para as cuidadoras familiares e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) começou a anotar em seu caderno os “assuntos que não entram na ficha”. A escuta se ampliou — e, com ela, a clínica.

A cartografia do cuidado nos ensina que não se trata de solucionar, mas de estar junto; de produzir desvios, rachaduras no cotidiano, microtransformações. A MCCP nos dá linguagem para nomear aquilo que intuímos: que a pessoa vem antes do problema; e a clínica ampliada sustenta o gesto de não saber — não como fracasso, mas como método. Já a medicina narrativa, por sua vez, humaniza a relação terapêutica e forma o clínico como sujeito ético. Ao escrever sobre o encontro, o profissional se reinscreve nele, reescuta o outro e a si mesmo, elaborando sentidos que sustentam o cuidado sem reduzir sua complexidade¹⁸.

Talvez a estrela nunca venha porque, para algumas mulheres, ela foi apagada muito cedo. O que podemos fazer é manter a luz acesa o suficiente para que ela se veja. E, quem sabe, desejar junto com ela uma outra hora — a hora da escuta, do reconhecimento, da dignidade, da inteireza. Essa é uma clínica feita de pequenos gestos e de longas esperas. Uma clínica que é assim como Clarice escreveu Macabéa: cheia de interrupções, dúvidas e silêncio, mas que também tem uma fé teimosa, certa de que, mesmo que a estrela não venha, a luz pode nascer do encontro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao futuro: e se Macabéa vivesse hoje?

Entre a publicação de *A Hora da Estrela*, em 1977, e o ano de 2025, um país inteiro se reescreveu em sua história da saúde: nasceu o SUS e consolidaram-se políticas de promoção à saúde da mulher. Ainda assim, Macabéa não morreu. Se vivesse hoje, talvez morasse em uma periferia urbana, pegasse dois ônibus para chegar à Unidade Básica de Saúde (UBS) e dissesse que “tá tudo bem, só queria renovar o remédio da pressão”. Talvez tivesse sido mãe antes de saber o que queria da vida; talvez

tivesse sobrevivido a uma violência, a uma depressão sem nome. Talvez nunca tivesse ouvido a palavra “acolhimento” — ou talvez tivesse, mas não soubesse o que fazer com ela.

Macabéa, em 2025, seria o retrato da mulher que resiste no intervalo entre a política que salva e o cuidado que tarda. Seria o corpo presente de uma negligência atualizada: mais sutil, mais difusa, mas ainda real. Um estereótipo forjado por séculos — o da mulher que não adoce de verdade, porque sempre foi treinada para engolir o mundo. O que nós, médicos de família, podemos fazer? Podemos, antes de tudo, ver o que permanece à margem. Há consultas que exigem menos pressa e mais presença.

Podemos usar o estetoscópio, mas também o olhar, a escuta, a poesia. Podemos lembrar todos os dias que, entre o diagnóstico e o cuidado, existe um mundo inteiro. A estrela talvez nunca venha, e Macabéa nunca teve coragem de ter esperança, mas cabe a nós construir a mudança, porque é no cotidiano da atenção que ainda podemos construir um cuidado que reconhece, valida e acompanha¹⁹.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LTV: Conceituação, Escrita – revisão e edição. DMAPF: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. RGOA: Conceituação, Escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. *Rev Estud Fem (Florianópolis)*. 2004;12(2):499-513.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Gotlib NB. Clarice: uma vida que se conta. 6ª ed. São Paulo: Edusp; 2009.
4. Lispector C. A hora da estrela. Edição comemorativa. Rio de Janeiro: Rocco; 2020.
5. Moraes CVC, Pacífico SMR, Scorsolini-Comin F. Saúde mental e a escrita do feminino em Clarice Lispector. *Policromias*. 2022;7(3):102-25.
6. Corrêa S, Pessoa R. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: avanços e desafios. *Rev Bras Estud Popul*. 2010;27(2):353-70.
7. Duarte LFD. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1984.
8. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
9. Vankova D. Narrative medicine: humanizing healthcare through shared stories. *Scripta Sci Med*. 2023;55(4):20-4. <https://doi.org/10.14748/ssm.v57i1.10289>
10. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006;30(1):6-14. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100002>
11. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.
12. Oliveira S, Sampaio ML. Cartografia do cuidado: um modo de pesquisar e produzir saúde. Fortaleza: EdUECE; 2018.
13. Passos E, Barros RB. Cartografia e devires: a construção do presente. Porto Alegre: Sulina; 2009.
14. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do métodos da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.
15. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TE. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
16. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Oliveira IL, Sampaio J, Ferreira TPS. Repetir, repetir – até ficar diferente: cartografia de um cuidado. *Fractal Rev Psicol*. 2022;34:e29080. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/29080>
18. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
19. Kastrup V. A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.