



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC
FACULDADE DE MEDICINA- CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA LÍGIA ASSUNÇÃO LIVALTER

**A PERCEÇÃO DAS MULHERES LÉSBICAS SOBRE O CUIDADO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SOBRAL - CEARÁ
2019**

ANA LÍGIA ASSUNÇÃO LIVALTER

A PERCEPÇÃO DAS MULHERES LÉSBICAS SOBRE O CUIDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Gestão na Saúde.

Orientador (a): Prof. Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos.

SOBRAL – CEARÁ
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L761p Livalter, Ana Lígia Assunção.
A Percepção das Mulheres Lésbicas sobre o Cuidado na Estratégia Saúde da Família / Ana Lígia Assunção Livalter. – 2019.
115 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Francisca Denise Silva Vasconcelos.
1. Saúde das Mulheres Lésbicas. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Heterossexualidade Compulsória. 4. Lesbofobia. I. Título.

CDD 610

ANA LÍGIA ASSUNÇÃO LIVALTER

A PERCEPÇÃO DAS MULHERES LÉSBICAS SOBRE O CUIDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Gestão na Saúde.

Orientador (a): Prof. Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos.

Aprovada em: 18/09/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Rosângela Duarte Pimenta
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Esta obra é dedicada a todas as mulheres que historicamente foram oprimidas, silenciadas e violentadas. Em especial, as mulheres lésbicas que continuam estigmatizadas e invisibilizadas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, as mulheres lésbicas que confiaram a mim detalhes de suas vidas amorosas, sexuais e familiares. Suas existências marcadas ora pela invisibilidade social, ora por diferentes tipos de violências ainda ecoam em minha memória. Faço aqui o pouco que me cabe enquanto pesquisadora: dar eco às suas vozes.

Em seguida, meu agradecimento a Sra. Presidenta da Sociedade de Apoio à Família Sobralense, Francisca das Chagas da Silva Mesquita que, com generosidade, me ajudou a localizar o público-alvo da pesquisa.

Minha gratidão e alegria em encontrar pessoas amáveis, críticas e com bom humor na turma de mestrado, suas ilustres presenças foram decisivas em meu processo. Anielton, meu parceiro de trabalho, surpreendentemente divertido e criativo. Josi, artista sensível, atenciosa e sempre disposta a contribuir. Sibeles, meiga, ágil e determinada, mentora da turma. Roseane, parceira na gestão do cuidado, solidária, inventiva e franca. Esses foram os meus cúmplices durante o percurso até aqui, trouxeram leveza, sabedoria e boas risadas. Estar com vocês foi grandioso.

Às “Arrochadas”, grupo de mulheres poderosas, feministas e amigas, fica minha alegria em experienciar com vocês momentos de intensas gargalhadas, descontração e apoio. Renovamos nossas energias juntas, rindo e brincando para seguirmos na vida superando as dificuldades.

Meu reconhecimento especial a minha família, em especial a minha irmã, Vana, por dividir as responsabilidades familiares, compreender meu tempo restrito, respeitar minha ausência nos últimos dois anos e diminuir a distância.

A minha companheira no amor e na vida, Claudine, que me incentivou e provocou a cursar o mestrado. Por sua incansável postura de acreditar no que há de melhor nas pessoas, ensina-me a persistir. Uma das mulheres mais lindas e generosas que eu conheço. Ela é um presente da vida.

À Duquesa, Preta, Raul e Maria Bonita pela dose diária de carinho e travessuras, mas também pelo amor incondicional que transborda de seus olhos.

Quero agradecer a banca, Paulo Quinderé e Rosângela Pimenta, por aceitarem o desafio e contribuírem de forma sublime para iluminar e engrandecer esta pesquisa.

Minha imensa gratidão à minha orientadora, Denise, que esteve comigo desde o início, incentivando, acreditando e orientando. Com sua paciência, sabedoria e criticidade soube

me conduzir nessa trajetória de descobertas. Em todos os momentos que precisei, feriado, fim de semana, carnaval, sempre me acolheu. Peço desculpas por isso. Nos momentos finais, em que eu mais exigi, ela esteve firme, forte e mais presente. Não tenho palavras para expressar minha gratidão. Registro minha admiração, carinho e respeito por ter essa mulher guerreira, que me guiou nesse processo.

A meu pai (falecido), por me permitir ser livre.

“Ela é tão livre que um dia será presa. – Presa porquê? – Por excesso de Liberdade. – Mas essa liberdade é inocente? – É. Até mesmo ingênua. – Então por que a prisão? - Porque a Liberdade ofende”. (Clarice Lispector)

RESUMO

O presente estudo analisou a percepção das mulheres lésbicas sobre o cuidado na Atenção Primária à Saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Trata-se de uma pesquisa analítica, de abordagem qualitativa. As participantes da pesquisa são mulheres lésbicas residentes nos territórios de atuação da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral, Ceará. Foram realizadas dezoito entrevistas semiestruturadas. Os dados foram averiguados a partir da análise de conteúdo temática. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro de 2017 a setembro de 2019. Para adentrar ao contexto da saúde, o estudo fez uma revisão de literatura acerca da Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Políticas de Saúde da Mulher e da Mulher Lésbica e Política de Saúde LGBT. Com objetivo de compreender o lugar ocupado pela mulher e as representações do feminino ao longo da história, fez-se necessário entender as interações entre família, cultura e religião na estruturação da sexualidade. Para, em seguida, vislumbrar como as mulheres lésbicas tiveram suas existências apagadas e invisibilizadas, acarretando diversos tipos de violência, dentre elas a heterossexualidade compulsória e a lesbofobia. As teorias exploradas destacam a influência da família, escola e religião na construção de uma cultura que reforça a heteronormatividade. Essas interações até hoje constituem fatores que se reverberam em preconceitos, estigmas e violências que dificultam o acesso aos direitos fundamentais, no caso desse estudo, a saúde. Diante de um cenário de avanço do conservadorismo e retirada de direitos, em que as minorias são as primeiras a serem prejudicadas, acredita-se que os resultados do estudo revelam os desafios pertinentes ao cuidado à saúde das mulheres lésbicas, com vistas a atenuar iniquidades em saúde e ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde.

Palavras-chaves: Saúde das mulheres lésbicas. Atenção Primária à Saúde. Heterossexualidade compulsória. Lesbofobia.

ABSTRACT

The current study analyzed the perception of lesbian women about Primary Health Care, specifically in the Family Health Strategy in Sobral, Ceará. It is an analytical research with a qualitative approach. The research participants are lesbian women living in the territories of the Family Health Strategy of Sobral, Ceará. Eighteen semi-structured interviews were conducted. The data were verified from the thematic content analysis. This research was conducted from February 2017 to September 2019. To become involved health context, this study conducted a literature review about the Primary Health Care, Family Health Strategy, Women and Lesbian Women's Health Policies, and LGBT Health Policy. With the purpose of understand the place occupied by women and the representations of women throughout history, it was necessary to understand the interactions between family, culture and religion in the structuring of sexuality. Then, to see how lesbian women's existence became erased and invisible, resulting various types of violence, including compulsory heterosexuality and lesbophobia. The explored theories highlight the influence of family, school and religion in the construction of a culture that reinforces heteronormativity. These interactions are still factors that reverberate in prejudice, stigma and violence that hinder access to fundamental rights, in the case of this study, health. Faced with a scenario of advancing conservatism and disenfranchisement, in which minorities are the first to be harmed, it is believed that the results of the study reveal the pertinent challenges to the health care of lesbians, with the aim of mitigating inequities in health and expand access and quality of health care.

Key-words: Care for lesbianwomen. Primary Health Care. Heterosexuality. Lesbophobia

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temas relacionados à categoria Violências e Iniquidades em Saúde, subcategoria Heterossexualidade compulsória.....	73
Quadro 2 – Temas relacionados à categoria Violências e Iniquidades em Saúde, subcategoria Lesbofobia, preconceito e discriminação.....	75
Quadro 3 – Temas relacionados à categoria Desafios ao Cuidado das Mulheres Lésbicas na ESF, subcategoria Família, espaço de apoio e resistência.....	76
Quadro 4 – Temas relacionados à categoria Desafios ao Cuidado das Mulheres Lésbicas na ESF, subcategoria Necessidades de saúde das mulheres lésbicas.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sócio demográficas da população do estudo.....	80
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

ABGLT- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexo

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CID- Classificação Internacional das Doenças

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CSF- Centro de Saúde da Família

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DSS- Determinantes Sociais em Saúde

EP - Educação Permanente

ESF- Estratégia de Saúde da Família

eSF- equipes de Saúde da Família

eSB- equipes de Saúde Bucal

FSM- Fórum Social Mundial

GALF- Grupo de Ação Lésbica Feminista

GGB- Grupo Gay da Bahia

HIV/AIDS- Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICM- Igreja da Comunidade Metropolitana

ICC- Igreja Cristã Contemporânea

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo Ampliado à Saúde da Família

NUCOM- Núcleo de Psicologia Comunitária

ONG- Organizações Não Governamentais

ONU- Organização das Nações Unidas

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SAFS- Sociedade para o Apoio da Família Sobralense

SDHPR- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SDSS- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde

SENALE - Seminário Nacional de Lésbicas

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SUS- Sistema Único de Saúde

UVA- Universidade Estadual Vale do Acaraú

UFC- Universidade Federal do Ceará

RMSF- Residência Multiprofissional em Saúde da Família

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	15
2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4 REVISÃO DE LITERATURA	22
4.1 Atenção Primária à Saúde	22
4.2 Política Nacional de Saúde Integral LGBT e Estratégia Saúde da Família	24
5 REFERENCIAL TEÓRICO	33
5.1 Família, Cultura e Sexualidade: Um Molde de Condutas	33
5.1.1 Religião e Intolerância: “Ama O Teu Próximo como a ti mesmo”?	39
5.2 Sexualidade e Gênero: Definições e Interações	46
5.3 A construção do feminino na sociedade heteronormativa e suas representações sociais	53
6 METODOLOGIA	65
6.1 Tipo de Pesquisa	65
6.2 Local e Período da pesquisa	66
6.3 Participantes da pesquisa	68
6.4 Coleta de dados	68
6.5 Análise e interpretação dos dados	70
6.6 Aspectos éticos	77
6.7 Impressões durante a pesquisa de campo	78
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	80
7.1 Violências e Iniquidades em Saúde	81
7.1.1 Heterossexualidade Compulsória	81
7.1.2 Homofobia, lesbofobia, preconceito e discriminação	85
7.2 Desafios ao cuidado das mulheres lésbicas na ESF	89
7.2.1 Família, espaço de apoio, vínculo e resistência	89
7.2.2 Necessidades de saúde das mulheres lésbicas	92
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA- MULHERES LÉSBICAS DA ESF...	107

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	108
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP	110

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Fiquei me perguntando os motivos pessoais dessa pesquisa. Precisei de um resgate histórico do meu passado para enxergar sutilezas que passam despercebidas. Encontrei na infância marcas refratárias que me construíram ao longo da vida. A primeira delas é a mais importante: eu jogava futebol desde pequena, brincava de boneca, de casinha, de “bila”, mas a melhor brincadeira era jogar bola, futebol. A maioria das crianças no jogo era menino, mas isso nunca me incomodou, pelo contrário, incentivava-me a jogar melhor.

Outro grande incentivo era o fato de jogar sempre no mesmo time do meu irmão mais velho para compensar a sua forma de jogar. Meu irmão teve ‘paralisia infantil’, poliomielite, com pouco mais de um ano de idade e uma das sequelas foi atrofia muscular do membro inferior direito, ou seja, perna direita mais fina, menor. Claro que esse fato faria com que ele não fosse escolhido para os times, mas ele era esperto e negociava com o meu talento: ao me escolherem, teriam que levá-lo junto, essa era a condição. Pois é, assim cresci jogando por dois, por mim e por ele. Éramos uma dupla invencível no quintal de casa todas as tardes. Lembro-me de ouvir uma estranha conversa entre minha mãe e sua irmã, elas falavam da impossibilidade de eu continuar jogando futebol, pois me tornaria uma “sapatão”. Na época não entendi o significado da palavra, só entendi o fato de não poder jogar e fiquei muito triste. Fui proibida de jogar durante um tempo (não lembro o quanto), mas, felizmente, recordo bem que meu pai contestou essa proibição, dizendo que era uma besteira e que menina podia sim jogar futebol. Fui liberada e voltei a sorrir. Guardo lembrança de outras vezes em que ouvi palavras como sapatão, macho-fêmea, mas não me afetaram.

Tive uma adolescência tradicional, namorava meninos, tinha amigas e amigos, adorava praticar esportes. Um detalhe significativo desse período era a postura de minha mãe frente aos afazeres domésticos. As tarefas eram divididas igualmente entre os três filhos: tenho um irmão e uma irmã, mais nova. Meu irmão se negava, argumentando que menino não poderia fazer aquilo, minha irmã fazia o sermão impondo a ele as mesmas responsabilidades e minha mãe retrucava com frases de impacto; atrevo-me a dizer que elas eram um pouco feministas. Além de seu problema de saúde, epilepsia, minha mãe tinha outras alegações, meu pai cozinhava muito bem e lavava louça sem que isso apresentasse qualquer problema. Meu pai e minha mãe negociavam os afazeres domésticos.

Só mais tarde, na faculdade, pude me perceber no processo. Desde o começo me aproximei de projetos e programas que focavam na assistência de grupos vulneráveis, fiz parte do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) que mirava apoiar comunidades para o

desenvolvimento autônomo e sustentável a partir de valores como colaboração, solidariedade, amorosidade e consciência grupal. Estaguei no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza e me encantei com a relação profissional-usuário. Mais tarde, formada, fui trabalhar em um CAPS de uma cidade do interior e aos poucos pude compreender e sentir o que significava o cuidado em liberdade e o preconceito da sociedade relacionado ao “louco”. Ficava fácil perceber a influência da pobreza no processo de adoecimento, tratamento e reabilitação das pessoas.

Enfim, na experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) em Sobral tive contato com temáticas e vivências imprescindíveis, aprendi, reconheci meus preconceitos, superei alguns deles, outros ainda estão em transmutação, percebi meus limites e tentei superá-los. Trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) me trouxe angústias e tristezas, pois, em alguns casos, a situação de miséria era soberana. Pude compreender *in loco* o sentido dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e descobrir como as pessoas são marcadas pela classe, raça e gênero.

Tentar ingressar no mestrado foi uma decisão amadurecida. Era o tempo certo, nem antes e nem depois; eu precisava caminhar para frente. Intentei pesquisar algo desafiador, subversivo, que atendesse um público vulnerável e estigmatizado. De novo, fui escolhida, minha versão mais avançada de mim mesma continua ao lado de pessoas estigmatizadas. Presenciei o sofrimento de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) por não conseguirem acesso à saúde e aos serviços e decidi investigar. Pensei grande e precisei ser freada para conseguir delimitar o tema.

2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As diferenças não podem afastar as pessoas umas das outras. O mundo é plural e precisa de pessoas que tragam gostos, olhares, cores, ideias e pensamentos diversos. Conviver com a diferença deveria ser inato ao ser humano. Pensem bem o que seria do sorvete de morango, se todos gostassem apenas de chocolate; o que seria da camiseta se só usassem blusa de gola; o que seria da banana se só comessem goiaba. Uma indagação simplista, é verdade, mas que sugere a contradição inerente ao ser humano, visto que, desse modo, a existência de um item aniquilaria a do outro. E assim caminha a humanidade.

No atual contexto de exacerbação de diferentes pontos de vista, algumas opiniões expõem os alicerces perversos da sociedade brasileira. Nesse caso, para onde caminha a humanidade?

As políticas públicas calcadas nas diferenças rumam ao abismo, pois têm como pano de fundo os valores democráticos, ou seja, políticas que consigam contemplar a todos, principalmente aqueles que mais necessitam, daí o motivo para se traçar estratégias específicas para cada grupo de acordo com suas vulnerabilidades.

Porém, lembram-se dos perversos alicerces sob os quais foi forjada a sociedade brasileira? Pois bem, eles ameaçam essas políticas sociais que visam reduzir as desigualdades: políticas de cota, de saúde indígena, quilombola, ribeirinho, povo da floresta, do campo e LGBT. Em tempos de crise, quem primeiro perde os direitos são os mais vulneráveis. Por outro lado, são também os primeiros convocados à resistência, pois estão acostumados à luta pela própria existência e calejados no enfrentamento das dificuldades.

Por esse nobre motivo, é salutar fazer um estudo que ressalte um público estigmatizado, com escassa visibilidade no cenário acadêmico e no Sistema Único de Saúde (SUS) e que desperte a tenacidade da pesquisadora. E é pertinente, antes de qualquer coisa, remeter à trajetória da pesquisadora para a escolha do tema, que trabalhou na saúde pública por toda a carreira profissional, acostumada ao desassossego e criatividade da saúde mental, à beleza e dureza da vida dos usuários e ao projeto esperançoso de justiça social do SUS.

Enfim, o tema de que trata o presente estudo é a percepção das mulheres lésbicas sobre o cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF). Pretende-se investigar se existe um cuidado destinado a essas mulheres, como elas o percebem e se esse cuidado contempla suas demandas de saúde. Por fim, espera-se que os resultados possam resvalar na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População de LGBT.

A discriminação e a violência andam juntas quando se adentra o espaço do gênero, sexualidade, raça e classe, portanto são agravantes do processo saúde-doença dos indivíduos, por exemplo, basta imaginar, seguindo a ordem, quais os tipos de violência às quais está sujeita uma mulher, lésbica, negra e pobre.

A orientação sexual e a identidade de gênero foram incorporadas à análise dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) em 2007, dada a importância das discussões e descobertas acerca dos processos de adoecimento das pessoas LGBT (BRASIL, 2013).

Segundo dados do Dossiê de Saúde da Mulher Lésbica, em uma pesquisa realizada na Parada do Orgulho LGBT na cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2003 e 2004, com o perfil de mulheres jovens ou adultas jovens, brancas e pardas, provenientes de camada média urbana, exercendo atividade remunerada: as lésbicas sofrem discriminação com mais frequência por familiares, vizinhos ou amigos, portanto são tão vítimas de homofobia quanto os gays, mas isso ocorre, em sua maioria, na esfera privada; em relação ao tipo de violência, 47,5% declararam sofrer violência verbal ou ameaça, 11,4% violência física e 4,9% violência sexual; quanto à agressão mais marcante, 29,7% relataram ter sofrido no próprio lar; e quanto à identidade do agressor 20,3% foram familiares e 9,4% ex-parceiros ou ex-parceiras. Outro destaque dessa pesquisa é a invisibilidade social das lésbicas relacionada ao medo do preconceito, provocando um silêncio que dificulta a identificação das necessidades de saúde e das ações a serem empreendidas (FACCHINI, 2006).

Ainda de acordo com o Dossiê (FACCHINI, 2006), os estudos internacionais apontam para um elevado nível de sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool, cigarro e drogas ilícitas, também acrescentam que, para além das características individuais que devem ser investigadas, o contexto social de estigma e discriminação deve ser priorizado.

O Dossiê acima mencionado apresenta também outras pesquisas e anuncia os seguintes resultados: um número substancial de mulheres sem assistência à saúde; discriminação e abordagem inadequada nos serviços de saúde; desmotivação das lésbicas em acessarem os serviços de saúde devido à desconsideração de suas demandas de saúde pelos profissionais por conta de despreparo ou preconceito; escassa ou inexistente produção científica sobre o tema em questão; precário conhecimento sobre as demandas específicas dessas mulheres; ausência de tecnologias de cuidado; presença de pré-noções e preconceitos; desperdício de recursos; constrangimento na relação usuário-profissional e assistência inadequada resultando em falta de diagnóstico e tratamento (FACCHINI, 2006).

Em estudo mais recente Rodrigues (2018), além de reforçar os resultados acima, especifica outros elementos congruentes: número reduzido de pesquisas científicas no campo

da saúde, fato que contribui para a invisibilidade das lésbicas; menor solicitação de exame Papanicolau; irregularidade nas consultas ginecológicas; uso pouco frequente de métodos protetivos às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e existência de discriminação nos serviços de saúde.

Do ponto de vista do profissional de saúde, os resultados são desanimadores: manutenção da normatividade heterossexual; consulta ginecológica pautada na questão reprodutiva e dificuldades em trazer orientações pertinentes. Do ponto de vista das lésbicas: dificuldade para falar sobre sua sexualidade; dificuldade em negociar conduta médica e impossibilidade de se sentirem cuidadas nos espaços de cuidados à saúde (RODRIGUES, 2018).

Constata-se que, mesmo com um intervalo doze anos entre uma pesquisa para outra, os resultados se repetem, com poucas alterações. Após sete anos de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, que tem como objetivo principal a garantia de direitos da população LGBT, a discriminação continua existindo nos serviços de saúde, perpetuando iniquidades e comprometendo o acesso. Assim, a heterossexualidade compulsória impregnada na cultura prejudica o acesso das lésbicas aos serviços de saúde.

Nesse sentido se questiona: qual a percepção das mulheres lésbicas sobre o cuidado na Estratégia Saúde da Família? As lésbicas têm acesso ao cuidado no Centro de Saúde da Família (CSF)? O que impede o acesso e o cuidado às lésbicas no CSF? O que poderia ser feito para ampliar o acesso das lésbicas ao cuidado na ESF?

Portanto, o objetivo geral deste estudo é identificar a percepção das lésbicas sobre o cuidado na ESF. Os objetivos específicos são analisar o acesso das mulheres lésbicas ao cuidado no CSF e suas respectivas dificuldades; averiguar se existe alguma estratégia de cuidado às lésbicas no CSF e identificar as necessidades de saúde das lésbicas.

Para cumprir os objetivos citados foi utilizada metodologia do tipo qualitativa, embasada no método hermenêutico-dialético visando compreender criticamente a realidade estudada. A metodologia de pesquisa qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2008). O instrumento utilizado para a coleta de dados foi entrevista a semiestruturada. Para interpretar os dados coletados na pesquisa foi empregada a análise de conteúdo temática. Já o cenário foi a cidade de Sobral, CE, e as participantes foram as mulheres lésbicas residentes nos territórios de cobertura da ESF.

O presente estudo aborda temas que norteiam o contexto do público pesquisado distribuídos em três capítulos descritos a seguir.

O primeiro capítulo apresenta uma descrição da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da cidade de Sobral, Ceará, e analisa o motivo pelo qual a pesquisa foi realizada na ESF. Em seguida, demonstra o processo de construção da política de saúde LGBT e a sua interlocução com a pesquisa.

O segundo capítulo traz elementos da cultura entrelaçados à religião e à família para compreender a sexualidade. Analisa-se como essas instituições têm historicamente estruturado a sexualidade, reforçando estigmas e excluindo pessoas.

Já o terceiro capítulo apresenta a construção do feminino em uma sociedade heteronormativa e suas respectivas representações sociais. Pretende-se, por meio dele, compreender os significados do ser mulher ao longo da história e como a mulher e as representações femininas, portanto lésbicas, gays ‘afeminados’, travestis e transexuais, foram carregadas de conotações negativas que menosprezam seu ser. Além disso, intenta-se compreender também de que forma a sociedade incorpora e reproduz essas interpretações, reforçando a heterossexualidade enquanto única forma de expressão das sexualidades.

As três temáticas acima amparam historicamente o arcabouço teórico da pesquisa, embora não se tenha a pretensão de esgotá-lo, mas apenas delimitá-lo em um ciclo de entendimentos necessários para um estudo ético e estético.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar a percepção das lésbicas sobre o cuidado na estratégia saúde da família.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar o acesso das mulheres lésbicas ao cuidado no CSF e suas respectivas dificuldades.

Investigar se existe alguma estratégia de cuidado às lésbicas no CSF.

Identificar as necessidades de saúde das lésbicas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Atenção Primária à Saúde

O movimento da Atenção Primária à Saúde (APS) se propagou após a Declaração de Alma Ata, em 1978, focado na reformulação das políticas públicas e na reorganização do sistema de serviços de saúde e nutrido por uma crítica político-ideológica ao modelo hospitalocêntrico (PAIM, 2012).

Para Giovanella e Mendonça (2012), a Declaração de Alma Ata reafirma a saúde como direito humano fundamental e destaca a abrangência da APS enquanto função central do sistema de saúde e parte do processo de desenvolvimento econômico e social das comunidades. Considerado essencial, o acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, levando a saúde para mais perto de onde as pessoas moram e trabalham.

Após Alma Ata, os movimentos sociais na esfera internacional salientaram a urgência de compreender a saúde enquanto direito humano, de discutir os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e de estipular políticas de desenvolvimento inclusivas com a finalidade de diminuir desigualdades e atingir equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Como se pode perceber, esse olhar ampliado e inclusivo na saúde não é novidade. Tendo em vista o público alvo deste estudo, esse elemento merece destaque, uma vez que só no século XXI o Brasil constituiu sua comissão de Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e passou a dedicar-se à saúde das minorias, o que implicou diretamente no acesso e na qualidade da atenção.

No Brasil, a APS teve início no período de implantação do SUS e correspondeu às práticas integrais em saúde que visavam atender demandas individuais e coletivas, com ênfase na prevenção, promoção, cura e reabilitação, constituindo a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de um sistema hierarquizado em rede de complexidade crescente também chamado de atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No tocante à saúde, Sobral se sobressaiu em âmbito nacional no final do século XX com o governo progressista local que focou na reorganização da saúde, investindo na ESF, enquanto modelo de APS. Isso trouxe inúmeros desafios para a gestão, mas também progressos e avanços na assistência, gestão, ensino e controle social, que mais adiante a referenciaram nacionalmente.

Segundo Andrade *et al* (2004), a elaboração do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, composto por serviços coordenados por gestão local, com área geográfica delimitada e metas para a melhoria da situação de saúde da população claramente estipuladas, deu-se em 1997, por meio da realização de um diagnóstico de saúde do município seguido de um seminário de planejamento estratégico participativo organizado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde (SDSS).

Antes disso o modelo de saúde centrava-se em serviços hospitalares, na demanda espontânea e em ações curativas de cunho médico centrado, o que se refletia negativamente na qualidade de vida dos cidadãos e denunciava a ausência de acesso da maioria da população às ações da APS.

É importante ressaltar que Sobral investiu em um conceito ampliado de saúde que exige práticas intersetoriais e interdisciplinares, com foco de atuação na APS, mais especificamente na ESF. Segundo Andrade *et al* (2004) a ESF se ancora nos princípios do SUS e na saúde coletiva, sendo responsável pela APS com potencial para resolver 90% das demandas. Ela elege prioridades no coletivo enquanto forma de impactar profunda e duradouramente, porém sem desconsiderar a abordagem individual, e investe na territorialização como forma de fazer com que os profissionais de saúde conheçam a área geográfica em que as pessoas vivem e convivem, enfatizando os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos que são singulares de cada cidade, bairro ou vila e como eles interferem no processo de adoecimento das pessoas e dos coletivos.

Para o presente estudo, essa transformação no modelo de gestão da APS com foco na ESF enaltece a relação profissional de saúde-usuário e provoca a ampliação do conceito de saúde, superando um modelo reducionista e incorporando um olhar ampliado para os sujeitos coletivos que vivem, sofrem e adoecem, permeados por questões intrinsecamente ligadas às suas formas de vida, à cultura, política, religião e economia.

Mediante essas questões, ressalta-se a importância do conceito de DSS, que para Buss e Carvalho (2012) envolve a compreensão de fatores micro e macroestruturais no processo saúde-doença que vão desde comportamentos individuais até condições socioeconômicas, culturais e ambientais, como a desigualdade na distribuição de renda, que não é apenas nociva à saúde dos grupos mais pobres, mas também à saúde da sociedade como um todo.

Vale lembrar que somente em 2007, na XIII Conferência Nacional de Saúde, a temática da orientação sexual e da identidade de gênero foi incluída na análise da determinação social da saúde, fato este que trouxe implicações específicas para a construção da política nacional de saúde da população LGBT (BRASIL, 2013).

Considerada a porta de entrada do SUS, a APS tem como uma de suas premissas identificar populações desassistidas para pensar estratégias de acesso e cuidado, portanto faz-se essencial identificar as mulheres lésbicas e suas demandas de saúde para dar visibilidade a um público secularmente marginalizado.

4.2 Política Nacional de Saúde Integral LGBT e Estratégia Saúde da Família

O atual cenário das políticas públicas no Brasil apresenta questões centrais para o desafio de execução da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. O grave momento de crise política, econômica, ética e jurídica tem posto em risco os direitos, ainda inconsistentes, das minorias que se destacam por vulnerabilidades sociais.

Partindo do princípio de que essas minorias são alvo de iniquidades, discriminações, agressões, descasos, desrespeitos e exclusões sociais, percebe-se uma íntima relação entre essas questões e a qualidade de vida do cidadão e da cidadã, bem como com seu processo saúde-doença.

A problemática da saúde da população LGBT só se revelou ao Ministério da Saúde (MS) na década de 1980, com a identificação da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), a partir daí foram adotadas estratégias de enfrentamento junto aos movimentos sociais ligados à defesa dos direitos de grupos gays (BRASIL, 2013).

Na década de 1990, os movimentos LGBT organizados passaram a reivindicar direitos nas mais diversas áreas: civil, política, social e jurídica. Isso exigiu atuação articulada e coordenada de todas as áreas do poder executivo. Surgiram questões como a união civil, o reconhecimento das famílias homoparentais, a redução da violência, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, entre outras, que passaram a compor as agendas políticas governamentais (BRASIL, 2013).

Fundada em 1995, a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexo (ABGLT) se destaca no cenário nacional com a divulgação dos movimentos sociais e coordena ações para promover cidadania e direitos humanos. Em 1996, o Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE) elencou demandas de suma importância para a categoria: combate ao patriarcado, à heterossexualidade compulsória, ao racismo, à lesbofobia; e inicia a luta por representatividade dentro do movimento LGBT (RODRIGUES, 2018). Nesse período, o movimento organizado das lésbicas, com suas implicações políticas e

pautas revolucionárias, sofreu um descompasso com o movimento feminista, questão que será aprofundada adiante.

Já em 2004, de acordo com o Conselho Nacional de Combate à Violência e à Discriminação Contra a População LGTB, o governo instituiu o Programa Brasil Sem Homofobia, elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos no intuito de assegurar políticas, programas e ações focados na equidade do acesso e da qualificação dos serviços públicos. Nesse mesmo ano, o MS compõe o Comitê Técnico de Saúde da população LGTB, visando à construção de uma política específica para esse grupo no SUS (BRASIL, 2013).

Segundo os princípios de Yogyakarta, dispostos em Brasil (2013), que seguem a legislação internacional de direitos humanos, a orientação sexual é definida como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou ambos, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. A orientação sexual se diferencia entre heterossexuais (interesse em pessoas do sexo oposto), homossexuais (interesse em pessoas do mesmo sexo) e bissexuais (interesse em ambos os sexos). Já a definição de identidade de gênero é a experiência interna e individual do gênero de cada indivíduo, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento. Inclui-se nessa identidade o senso pessoal do corpo, que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos.

O presente estudo utiliza os conceitos mencionados, pois eles fundamentam a política de saúde LBGT do Ministério da Saúde. Em outro capítulo, aprofundam-se esses conceitos numa perspectiva de política.

Em 2007, na XIII Conferência Nacional de Saúde, a temática da orientação sexual e da identidade de gênero é incluída na análise da determinação social da saúde, da qual emanam importantes recomendações como:

O desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais; a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS; a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde; a ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde; o incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade; o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis; a manutenção e o fortalecimento de ações da prevenção das IST/AIDS, com especial foco nas populações LGBT; o aprimoramento do Processo Transexualizador; a implementação do protocolo de

atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual (BRASIL, 2013, p.12).

A secretaria especial de direitos humanos, em 2008, realiza a I Conferência Nacional de LGBT, na qual o MS suscitou o debate das políticas LGBT na intenção de legitimar as necessidades de saúde dessa população (BRASIL, 2013).

Visando reduzir as desigualdades no SUS, o MS lançou em 2008 o Programa Mais Saúde - Direito de Todos (BRASIL, 2013), que estava comprometido com a reorientação das políticas de saúde e que, com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade, lançou metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua e outros.

A Política Nacional de Saúde para a população LGBT foi o ápice de todo esse processo. Porém, o desafio de implantar essa política no cotidiano do SUS requer organização e dedicação, não só dos movimentos LGBT, mas de diversos setores da sociedade encarregados de diminuir as desigualdades sociais. Acredita-se que Estados e Municípios têm o compromisso ético de implementar políticas de saúde que possibilitem a essa população um atendimento digno. Assim, as responsabilidades e atribuições dos municípios segundo a política de saúde LGBT estão descritas a seguir:

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos; II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município; III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos (BRASIL, 2013, p. 25-26).

A partir disso, percebe-se o quanto é desafiador executar uma política transversal que permeia diversos setores para atingir seus objetivos, principalmente no que tange à eliminação do estigma a uma população historicamente perseguida e condenada a viver à margem. Cabe lembrar que as ações educativas para reduzir iniquidades na saúde e extinguir estigmas e preconceitos devem ser trabalhadas enfaticamente na comunidade e que a ESF é o

nível de atenção à saúde mais próximo da comunidade, priorizando o vínculo entre profissional e usuário.

A construção da política em si não garante a integralidade do cuidado LGBT nem elimina a discriminação. Os movimentos sociais LGBT precisam participar ativamente, ou seja, articular-se aos diversos setores para traçar estratégias que permitam a concretização da política.

No Brasil, a porta de entrada para as questões de saúde é a Atenção Primária, através da tática prioritária da ESF, com foco na família enquanto célula social fundamental para o reconhecimento dos modos de viver e adoecer das comunidades (BRASIL, 2010).

A ESF destaca-se por realizar um cuidado em saúde que considera aspectos ambientais, sociais, culturais, econômicos, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde. Ela utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica para resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2010).

O cuidado, como bem define Carnut (2017), deve estar intimamente relacionado com o princípio da integralidade, logo, para cuidar é preciso considerar o ser biopsicossocial. Tendo em vista que o cuidado se constrói na relação profissional-usuário, o profissional precisa dispor de atributos como ética na relação com o outro, solidariedade e confiança. Portanto, o cuidado não é meramente técnico.

Teoricamente, a ESF, por se pautar no vínculo e no conhecimento de sua população adscrita, teria condições de identificar e se aproximar do público LGBT, percebendo a relação de violência intra e extrafamiliar, bem como de exclusão social que atinge esses indivíduos e propor alternativas viáveis para o enfrentamento da discriminação, como por exemplo, grupos de apoio aos adolescentes LGBT e aos familiares para esclarecimento sobre sexualidade e também momentos formativos com os profissionais de saúde.

Embora o conceito de família seja focal para a ESF, o MS não o define com clareza em seus documentos oficiais. Carnut e Faquim (2014, p. 69) determinam família como “[...] um espaço de apoio à sobrevivência e proteção integral à saúde dos filhos e demais membros e, por outro, pode ser fonte de relações que gerem riscos à saúde e provoquem doenças”.

Nesse contexto, família assume um sentido contraditório, podendo variar de um polo de saúde para outro de doença. Segundo Bento (2017), as pesquisas demonstram a violência brutal de alguns pais quando se deparam com filhos gays, lésbicas, travestis, transexuais. A resposta mais comum tem sido a expulsão de casa.

A violência não para por aí, segundo o Dossiê dos Assassinatos e da Violência Contra Travestis e Transexuais no Brasil, de 2018, o Ceará caiu para o quarto lugar na lista de estados que mais mataram travestis e transexuais no país, embora no ano de 2017, tenha sido o primeiro. A região nordeste é a que registra a maior incidência de assassinatos contra essa população, considerando dados de 2017 e 2018 (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019).

Acredita-se que isso aconteça por vários motivos, dentre eles a negligência para com os direitos fundamentais do cidadão e da cidadã e também por questões regionais como machismo, misoginia, discriminação e preconceito.

O documento acima aponta questões cruciais a serem refletidas no contexto da ESF, não apenas referentes ao preenchimento da ficha de notificação de violência, obrigatória para os profissionais de saúde que atendem esse tipo de demandas, mas também às questões específicas dessas pessoas, como a exclusão social e o direito à saúde, haja vista que negação de direitos também é uma forma de violência.

Os profissionais da ESF precisam estar atentos, pois o rompimento de laços familiares pode levar a uma condição de vulnerabilidade social que favorece a prostituição, o uso problemático e/ou abusivo de substâncias psicoativas, bem como problemas de saúde mental como depressão, tentativas de suicídio e outros. Eles também precisam compreender que grupos organizados de apoio da população LGBT são parceiros para disseminar informações sobre seus direitos e promover saúde (BRASIL, 2010).

Um dos compromissos da política a nível municipal é apoiar a participação social a fim de garantir representatividade LGBT no Conselho Municipal de Saúde e, com isso, identificar e incluir demandas de saúde específicas. Essa representação foi conquistada durante a VIII Conferência Municipal de Saúde do corrente ano, quando os conselheiros presentes se comprometeram com a missão de articular a reunião com os diversos movimentos sociais LGBT do município para a escolha oficial do representante para compor o referido conselho.

Dito isso, o próximo item desse capítulo explicitará com detalhes a saúde da mulher lésbica, dada a sua especificidade.

4.3 Saúde da mulher lésbica nas políticas de saúde para mulheres

A compreensão do caminho trilhado para se chegar a pontos elementares do cuidado à mulher lésbica requer uma análise histórica da construção dos programas e políticas de saúde da mulher no Brasil.

A década de 1970, embora marcada pelo autoritarismo da ditadura militar, trouxe ações cruciais de resistência da sociedade civil amparadas em valores democráticos. Na saúde, isso reverberou nos Movimentos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica, ambas comprometidas com a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.

Esse período também despertou o questionamento dos movimentos sociais acerca de seus direitos. Nessa mesma década, já insurgia uma reação de ativistas homossexuais contra a noção da homossexualidade como pecado e doença. Em 1979, em São Paulo, o movimento de mulheres lésbicas uniu-se ao Grupo Somos, movimento pioneiro de ativistas homossexuais formado em 1978. Pouco tempo depois, ao perceberem atitudes machistas e discriminatórias e o não atendimento das suas reivindicações, as lésbicas fundaram um subgrupo do Somos, o Grupo de Ação Lésbico-Feminista ou LF (RODRIGUES, 2018).

Segundo Rodrigues (2018), o LF tentou uma aproximação com o movimento feminista no II e III Congresso da Mulher Paulista que não foi bem sucedida, pois as lésbicas levantaram publicamente a discussão sobre direito ao prazer e à sexualidade, rompimento do círculo de opressão e subordinação aos homens e imposição da heterossexualidade como única sexualidade “normal” para as mulheres, gerando divergência com as mulheres de camadas populares interessadas em abordar apenas as desigualdades econômicas.

Em seguida, o LF decidiu sair do Somos e fundou o Grupo de Ação Lésbica Feminista (GALF) que atuava contra a discriminação e a violência às lésbicas, mas também contra as prisões arbitrárias, torturas e extorsões da ditadura nos anos 80. O GALF se estabeleceu na luta pelo direito de expressão de orientação sexual e entrou para a história do movimento lésbico brasileiro quando, sob o olhar da mídia, organizou a invasão de um bar no centro de São Paulo com o apoio de feministas, alguns gays, defensores dos direitos humanos e políticos, logo depois de o dono do bar, em atitude autoritária, proibir a entrada das lésbicas, bem como a venda de folhetins. O bar era considerado um dos locais de sociabilidade lésbica (RODRIGUES, 2018).

A história do movimento lésbico brasileiro enfrentou obstáculos concernentes a sua luta política e suas pautas revolucionárias, mas, totalmente fieis a sua causa, incomodaram e divergiram das feministas que não levavam em conta suas reivindicações; e também desafinaram com os movimentos LGBT por razões machistas, misóginas e lesbofóbicas (RODRIGUES, 2018).

Os fatos acima citados parecem reverberar de forma contundente nas ações, estratégias e programas de saúde destinados à mulher, pois há evidente invisibilidade da mulher

lésbica. Embora os programas cite as lésbicas e conceituem gênero, limitam-se a isso. Os parágrafos adiante tentam ilustrar esse vazio.

Na década de 1980, o movimento feminista brasileiro foi decisivo para a superação do modelo anterior, verticalizado e fragmentado, que reduzia a mulher às funções de mãe e doméstica (BRASIL, 2004). As mulheres organizadas afirmaram que sua saúde era afetada pelas desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres e, portanto, reivindicaram a condição de sujeito de direitos em ações que apreciassem as especificidades de diferentes grupos quanto à classe, raça ou etnia e cultura.

Essa mudança de perspectiva culminou em 1984, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde, que incorporou princípios e diretrizes de descentralização, hierarquização, descentralização, integralidade e equidade, conceitos esses embalados pelo Movimento Sanitário e que, mais tarde, seriam os pilares do SUS (BRASIL, 2004).

Apesar dos avanços, após um balanço institucional das ações de 1998 a 2002, no qual prioridades como a saúde reprodutiva foram elencadas, descobriu-se que a integralidade da atenção ficou comprometida, bem como as demais estratégias que ampliam a agenda da saúde da mulher, como a transversalidade de gênero e raça. Em virtude disso, em 2003 houve a sugestão de articulação intersetorial para participação nas discussões e definição de ações que contemplassem a atenção às mulheres rurais, com deficiências, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004).

A elaboração da política inovou ao considerar as históricas relações desiguais de poder entre homens e mulheres e suas implicações no processo de adoecimento das mulheres, ou seja, o gênero enquanto construção social passa a contar como um dos determinantes da saúde nas políticas públicas. Esse detalhe amplia o olhar para a mulher na perspectiva da cidadania (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publicada no ano de 2004, detalha avanços substanciais para a implementação de programas, ações e estratégias a fim de melhorar as condições de vida e de saúde das mulheres. Teoricamente, salienta a integralidade e a promoção da saúde enquanto princípios norteadores sob um enfoque de gênero, atuando na perspectiva da vulnerabilidade feminina ao reconhecer que os problemas de saúde da mulher são acentuados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com os afazeres domésticos (BRASIL, 2004). A mesma declara que o gênero “se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais” (BRASIL, 2004, p.

12). Essa compreensão incorpora o gênero à análise do perfil epidemiológico e ao planejamento de ações de saúde, rompendo o que era apregoadado até então.

Atualmente, nas práticas cotidianas dos serviços de saúde no que tange à APS observa-se que a ênfase recai sobre a questão da reprodução, circunscrevendo-se a aspectos de planejamento familiar, programas de pré-natal, puerpério e exames de prevenção, deixando de lado a integralidade da condição de mulher, da questão de gênero e da superação das desigualdades, bem como dos desafios para as conquistas de direitos.

A afirmação acima parece ser confirmada pela política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no item “Saúde das Mulheres Lésbicas”, que destaca a necessidade de atendê-las, mas sinaliza como agenda de demandas desse grupo a área da ginecologia, evidenciando que os profissionais pressupõem o caráter heterossexual das relações, gerando, portanto, uma falha na política que, por sua vez, não cita estratégias para a superação do impasse (BRASIL, 2004). Pelo contrário, não esclarece nem aborda a orientação sexual enquanto diferença fundamental que requer conhecimento específico e abordagem diferenciada.

Informações atuais sobre o atendimento ginecológico a lésbicas no SUS são fornecidas pela pesquisa de Rodrigues (2018): consulta ginecológica focada na questão reprodutiva, não se discute o prazer na relação sexual; a formação médica não aborda a saúde LGBT; há dificuldades do profissional médico em fornecer orientação pertinente à prática sexual da mulher lésbica e a consulta é pautada na normatividade heterossexual.

A política de saúde da mulher não apresenta dados epidemiológicos sobre a saúde da mulher lésbica, tampouco no texto sobre violência contra a mulher constam informações de violência intrafamiliar sofrida pelas adolescentes lésbicas ao serem expulsas de casa; essa mulher também não está incluída na clientela-alvo de acesso à inseminação assistida pelo SUS, caso deseje ser mãe. Percebe-se nas entrelinhas que, embora a política reconheça a necessidade de profissionais capacitados para o atendimento dessas pessoas, o texto não aprofunda estratégias, planejamentos, ações e discussões sobre como isso poderia ser concretizado. O próprio item sobre objetivos específicos e estratégias não faz referência à mulher lésbica.

Interpretam-se essas lacunas como negação de direitos, pois o que não fica estabelecido e descrito na política favorece o agravamento ao acesso de populações marginalizadas às políticas públicas, no caso da saúde. A providência para amenizar essa situação veio através da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, de 2011, que foi examinada anteriormente.

Nesse sentido, acredita-se que o Caderno de Atenção Básica, que versa sobre saúde sexual e reprodutiva, apresenta proposições interessantes, descritas de forma a chamar atenção

para as lacunas já citadas e redimensionar a sexualidade ao explicitar: “Vale notar que a sexualidade é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas” (BRASIL, 2010, p. 16).

O caderno também demarca a diferença como fator relevante para o desenvolvimento da política de saúde e o princípio da equidade, exequível ao assumir que alguns grupos têm seus direitos violados em função da sexualidade: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Em seguida, sinaliza o preconceito e a discriminação enquanto fatores de vulnerabilidade, logo determinantes da saúde da população LGBT e ilustra informações pertinentes baseadas no 3º Relatório Nacional sobre Direitos Humanos no Brasil: 360 homicídios de LGT entre 2003 e 2005, sendo a maioria na Região Nordeste. A violência e o assassinato dessas pessoas evidenciam como a lesbofobia, homofobia e transfobia são causadores de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2010).

Ao admitir a complexidade da influência dos determinantes sociais na vida e na saúde das pessoas, a política confirma que a discriminação é produtora de doença e sofrimento e caminha lado a lado com outras discriminações, reforçando-as, a saber, machismo, racismo e misoginia. A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias de determinantes sociais da saúde constatadas pelo MS que expõem as pessoas LGBT a agravos e exclusão social (BRASIL, 2010).

Retornando ao tema da saúde da mulher, o caderno destaca ações preventivas específicas para a mulher lésbica, como orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual: higienização das mãos e unhas (aparadas), uso de protetores manuais para o sexo manual, barreiras no caso de sexo oral e utilização de preservativos masculinos no caso de acessórios eróticos, salienta ainda outro item que anteriormente não referenciava a mulher lésbica: a participação das equipes de saúde na ampliação da rede de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência, incluindo LGBT (BRASIL, 2010).

Portanto, com o passar do tempo o MS, por meio da participação social, promoveu conferências e seminários e pareceu efetivar a inclusão da lésbica no contexto da saúde da mulher, pelo menos nos documentos oficiais, eventos, ações e programas. Mas o que o estudo empreendido pretende verificar é se, na percepção das mulheres lésbicas, esse cuidado tem sido concretizado nos CSF, comumente conhecido como “posto de saúde”; se, de fato, elas acessam o cuidado no Centro de Saúde da Família (CSF); e se as ações, estratégias e programas contidos na política chegam até elas.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Família, Cultura e Sexualidade: Um Molde de Condutas

Este capítulo tem o desafio de elucidar como as representações de família e cultura interferem na formação da sexualidade, reforçando estigmas, e como historicamente se construiu um conceito e um único modelo de família que exclui os demais.

Em seu livro “História Social da Criança e da Família”, Ariès (1981) analisa a família através da iconografia a partir da Idade Média na Europa e revela diferentes percepções de famílias analisando as imagens dos contextos históricos. Na Idade Média, período compreendido entre os séculos V e XV, o tema mais comum na iconografia era o ofício. A rua surge nos calendários como lugar em que se praticavam os ofícios, em que ocorria a vida profissional, as conversas, os espetáculos, os jogos; tudo se passava nas ruas. A rua era o prolongamento da vida privada, o cenário familiar do trabalho e das relações sociais. Os artistas, ao retratarem a vida privada, mostravam mais a rua do que propriamente o interior da casa, talvez porque a vida privada se passasse mais na rua do que em casa.

Segundo Ariès (1981), só a partir do século XVI a criança se torna personagem na iconografia, devido a uma necessidade de intimidade, de vida em família. A família compreenderia membros que residiam juntos, vários elementos, casais vivendo em uma propriedade que se recusavam a dividi-la. Derivam dessa não divisão da família as teorias tradicionalistas do século XIX das grandes famílias patriarcais, cuja linhagem estendia sua solidariedade a todos os descendentes de um mesmo ancestral. Da evolução destes conceitos surge a família conjugal moderna.

As transformações no seio da família foram acompanhadas por um sentimento de afeição. Os tratados de civilidade se adaptavam às realidades e ensinavam os pais a corrigirem as crianças; em casos de erros mais graves, surravam-nas com uma vara. Surgiram então os tratados práticos de educação que continuavam descrevendo as boas maneiras, mas acrescentavam conselhos aos pais: a escolha dos ofícios, das escolas, dos mestres, das leituras, dos métodos pedagógicos. A diferença crucial se dá na medida em que a família é instruída sobre seus deveres e responsabilidades e aconselhada em sua conduta em relação às crianças (ARIÈS, 1981).

Esse fato foi analisado também por Elias (1994), que considera que as transformações estruturais na sociedade e o novo modelo de relações humanas aumentaram a compulsão de policiar o próprio comportamento. O autor ressalta a importância do tratado de

Erasmus no tocante à elevação dos sentimentos de vergonha e aponta a família enquanto principal instituição com função de instilar o controle dos impulsos, pois os adultos esperavam que o mesmo grau de comedimento e controle compartilhado por eles seria estendido às crianças, como exposto abaixo:

A referência social à vergonha e ao embaraço desaparece cada vez mais da consciência. Exatamente porque a injunção social de não se mostrar ou desincumbir-se de funções naturais opera nesse momento no tocante a todos e é gravada nesta forma na criança, ela parece ao adulto uma injunção de seu próprio ser interno e assume a forma de um autocontrole mais ou menos total e automático (ELIAS, 1994, pag. 144).

A sociedade por meio da proibição social dos impulsos, chamada por alguns de polidez, inflama a distância entre a estrutura da personalidade e o comportamento de adultos e crianças devido à sua “repressão” na superfície da vida social e na consciência do indivíduo. Com o processo civilizatório após o período medieval, aumentaram drasticamente as mudanças no sentimento de vergonha em relação ao sexo nos adultos e nas crianças. Antes, por exemplo, as crianças sabiam sobre os prostíbulo, que eram considerados naturais, uma vez que estavam misturadas ao mundo dos adultos (ELIAS, 1994).

Outra categoria que se destaca no estudo da sexualidade é a de corpo. Utiliza-se aqui o estudo de Bourdieu (2017), que entende o corpo enquanto produto social impregnado pelas estruturas sociais reforçadas pelas reações nas interações sociais:

A probabilidade de vivenciar com desagrado o próprio corpo, o mal-estar, a timidez ou a vergonha são tanto mais fortes quanto maior a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo imposta pelos olhares e as reações dos outros. Ela varia nitidamente segundo o sexo e a posição no espaço social (BOURDIEU, 2017, p. 95).

Bourdieu (2017) acrescenta à discussão de família quando reafirma que é no seio dela que se dá a experiência precoce de divisão sexual do trabalho e sua legítima representação postulada pela igreja ao declarar uma moral familiarista carregada de valores patriarcais e do dogma da inata inferioridade das mulheres. Esse fato se traduz nas liturgias sagradas, na hierarquia e nos espaços religiosos, na propaganda iconográfica e, finalmente, na linguagem. O autor ainda enfatiza o papel da igreja, escola e família na reprodução e perpetuação da dominação masculina.

Somente a partir do século XIX os assuntos referentes à vida sexual foram escondidos, colocados atrás da cena da vida social e isolados em um enclave particular, o da família nuclear, assim como as relações entre os sexos passaram a ser segregadas, postas atrás das paredes da consciência. O impulso sexual ficou submetido ao controle e transformação mais

rigorosos por parte das instituições família e igreja, por meio da conspiração do silêncio e restrições à fala. Tudo isso torna o esclarecimento sexual difícil e propaga ao adolescente a exigência de conformar-se ao mesmo padrão de controle dos impulsos dos adultos (ELIAS, 1994).

Para Freud (2011), a exigência de uma vida sexual uniforme para todos ignora as desigualdades na constituição sexual inata e adquirida dos seres humanos e priva um grande número de pessoas do prazer sexual, tornando-se fonte de grave injustiça: “A escolha de objeto do indivíduo maduro é reduzida ao sexo oposto” (FREUD, 2011, p. 50). Freud (2011) e Elias (1994) têm aproximações teóricas quando analisam a cultura e a restrição da vida sexual, por meio de tabus, leis e costumes.

Percebe-se nas entrelinhas a relação entre os tratados que ditam comportamentos e hábitos e atribuem papéis aos pais, moldando aos poucos a rotina da família, redefinindo-a e adequando-a a cultura local dominante.

Atualmente no Brasil, as posturas conservadoras defendem que a vida sexual das crianças e adolescentes devem ser assuntos restritos à família, ou seja, discutidos somente pelo pai ou mãe, no interior de uma família heterossexual. Essas condutas reforçam e reproduzem a heteronormatividade e tentam impedir que a discussão se amplie para outras instituições, por exemplo, a escola.

Segundo Lionço (2008), a heteronormatividade se configura como padrão de normalidade centrado na heterossexualidade que exige determinados comportamentos e práticas sexuais e a rigidez de um único comportamento sexual tido como saudável patologiza outras expressões subjetivas de sexualidades, bem como, dificulta a qualificação da atenção à saúde ao público LGBT. Para Barbosa e Facchini (2009), a heteronormatividade pode produzir dificuldades para as mulheres assumirem sua sexualidade não heterossexual aos profissionais da saúde, contribuindo assim para a sua invisibilidade social.

Um exemplo dessa postura conservadora aconteceu na cidade de Sobral, CE, quando movimentos religiosos e da sociedade civil fizeram manifestações para proibir a discussão de gênero nas escolas públicas municipais, alegando que o assunto compete apenas às famílias (VEREADORES..., 2018).

Segundo Bento (2017), a discussão acerca do material didático Escola sem Homofobia sugere que a construção de uma pessoa heterossexual é um projeto de poder apoiado por instituições como a família, a escola e representantes do Estado.

Rich (2012), já havia demarcado anteriormente a força da legislação, ou seja, do Estado, ao fortalecer as instituições que tradicionalmente controlam as mulheres: maternidade

em contexto patriarcal, a exploração econômica, a família nuclear e a heterossexualidade compulsória.

A família, enquanto uma das mais antigas instituições da sociedade, sofreu e sofre adaptações ao longo da história, o que lhe permite perder e/ou ganhar funções, transmutando-se em novos formatos que tentam contemplar as diversas realidades. Talvez a mudança mais brusca da modernidade para a contemporaneidade tenha sido a passagem da família de tradicional espaço de cuidado para espaço inicial de violências. Não se trata de negar a ocorrência da violência familiar em tempos remotos, mas de desmistificar a família composta de afetos contraditórios e trazer à tona esses elementos.

A romantização do espaço da família como união sagrada entre um homem e uma mulher, de único e verdadeiro amor, tem sido utilizada para desaprovar e degenerar as famílias homoafetivas. Para Bento (2017, p. 99), a família está longe de ser esse paraíso: “Há muito, a família passou a ser estudada como o espaço da violência, e outra história da principal instituição responsável pela reprodução e socialização primárias dos sujeitos sociais foi e está sendo contada”.

Um caso doloroso e inesquecível pelo nível de violência foi o do menino de oito anos que foi espancado até a morte pelo pai durante duas horas e teve o fígado perfurado e hematomas por todo o corpo. Quando indagado sobre suas motivações, o pai respondeu que as surras eram “corretivos”, para ensinar o menino a “andar como homem”, pois era “afeminado” (ALVES, 2014).

Outra instituição poderosa, o Estado, agrava o quadro de violência contra as pessoas LGBT no país. Isso se dá na medida em que o Estado se desresponsabiliza perante graves situações de injustiças e violências sofridas por essa minoria, mas também quando o chefe do Estado Maior, através de falas discriminatórias e discursos de ódio, incentiva a opinião pública a continuar seus ataques àqueles que ofendem a “tradicional família brasileira”.

Essa postura discriminatória se reverbera desde seu primeiro dia no Planalto até hoje. O presidente publicou a Medida Provisória nº 870 no Diário Oficial da União, na qual não fica explícito que a população LGBTI faz parte das políticas e diretrizes relacionadas à promoção dos Direitos Humanos. Segundo matéria do Jornal “O Globo”, o presidente do Conselho Nacional dos Direitos Humanos alertou que isso representa uma perda de status para essa população no sistema de proteção aos direitos humanos (QUEIROGA, 2019).

Um público historicamente estigmatizado e violentado em seus direitos básicos ficar sem a proteção do Estado em um momento de crise, em que liberdades individuais estão

ameaçadas, alguns professores universitários são ameaçados e obrigados a saírem do país, a ciência é desacreditada e, por vezes, criminalizada, significa deixá-lo à mercê da própria sorte.

Para Bento (2017), a família não está sozinha na missão de conservar comportamentos e práticas heterossexuais, a escola também tem sido uma forte aliada. Conforme inúmeras teses e pesquisas, a escola se constitui como um dos espaços mais violentos para crianças que demonstram comportamentos “não adequados” para os “costumes heterossexuais”. Nas palavras da teórica:

Não basta falar em bullying, palavra asséptica, que não revela o heteroterrorismo a que essas crianças e adolescentes são submetidos. A reiteração de agressões verbais e físicas contra meninos femininos e meninas masculinas desfaz qualquer ilusão de que a heterossexualidade é um dado natural. Desde que nascemos, somos submetidos diariamente a um massacre: “Comporte-se como menina, feche as pernas, seja homem, menino não chora”. A produção da heterossexualidade é projeto diário e violento (BENTO, 2017, p. 198).

Atrelada a essa discussão surge a necessidade de aprofundar conceitos e entendimentos que permeiam a sexualidade enquanto categoria analítica, para isso foi destinado um capítulo posterior.

Por enquanto, faz-se relevante perceber com que sutileza cultura e indivíduo se entrelaçam. Para Geertz (2013), a cultura é um mecanismo de controle necessário ao indivíduo, portanto não há cultura sem ser humano, nem ser humano sem cultura e para entender a complexidade do ser humano é preciso conhecer os detalhes. Ele define cultura como:

[...] um conjunto de mecanismos simbólicos para controle do comportamento, fontes de informação extra-somáticas, a cultura fornece o vínculo entre o que os homens são intrinsecamente capazes de se tornar e o que eles realmente se tornam, um por um. Tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob a direção de padrões culturais, sistemas de significados criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas. Os padrões culturais envolvidos não são gerais mais específicos (GEERTZ, 1989, p. 37).

Para Elias (1994), com o processo civilizador, as proibições apoiadas em sanções sociais se reproduzem no indivíduo como formas de autocontrole; o código social de conduta grava-se de tal forma no ser humano que se torna elemento constituinte dele, de forma que a sexualidade vai sendo aos poucos carregada de vergonha e embaraço. No processo civilizador semelhante ao da “educação sexual”, o casamento monogâmico passou ao patamar de maior instituição reguladora das relações sexuais no ocidente. A igreja defendeu essa premissa desde cedo, porém o casamento só assume esse lugar mais rigoroso e obrigatório para ambos os sexos em um momento posterior, no qual impulsos e ardores caíram sob controle mais firme e restrito.

Sobre a função reguladora, Borrillo (2016), denuncia que a igreja, ao organizar uma censura dos textos sagrados, promoveu a heterossexualidade monogâmica como única forma

de expressão da sexualidade. O cristianismo consolidou o sistema de dominação masculina, patriarcal, normatizando a heterossexualidade e inaugurando um período de homofobia jamais visto antes na história do ocidente. O conceito de homofobia se refere a uma forma hostil e intolerante relacionada a gays e lésbicas, mas para especificar a dupla discriminação, contra o gênero e contra a sexualidade, sofrida pelas mulheres lésbicas, o autor utiliza o termo lesbofobia.

Freud (2011) faz uma constatação que também corrobora com o controle da sexualidade e com o casamento monogâmico, denunciando que a cultura só permite relações sexuais baseadas na união indissolúvel entre um homem e uma mulher, não admitindo a sexualidade como fonte de prazer autônoma, sem intenções reprodutivas. Ele conclui que a vida sexual do homem civilizado está severamente prejudicada e, com isso, as tentativas de felicidade seguem represadas.

Não é difícil de ver nos dias de hoje casamentos arranjados, ou seja, um homem que casa com uma mulher para confirmar à sociedade a sua masculinidade ou o contrário. Por exemplo, Freddie Mercury teve sua vida revelada em livro e mais recentemente em filme, intitulado: “*Bohemian Rhapsody*”, que narra suas experiências amorosas com homens e também o casamento com Mary Austin, segundo matéria do Metrôpoles (D’ANGELO, 2019). Há uma exigência cultural da heterossexualidade que o sujeito se obriga a cumprir em detrimento de sua felicidade. Sentimentos reprimidos, rancores, mágoas e insatisfações sugerem um ambiente hostil para o indivíduo que se esconde, bem como para aqueles que assumem sua diversidade sexual.

Para Freud (2011), a liberdade não é um bem cultural. Ele explica que o impulso à liberdade se dirige contra determinadas reivindicações culturais, isto é, o homem sempre defenderá sua exigência de liberdade individual em detrimento do grupo. A existência de um pendor à agressão é o fator que perturba a relação com o próximo e obriga a civilização a grandes dispêndios. Devido à hostilidade primária entre os homens, a sociedade é continuamente ameaçada de desintegração.

Essa hostilidade nutrida por fatores familiares, culturais e religiosos parece se desdobrar em agressão, ódio e violência contra aqueles que ousam confrontar as regras pré-estabelecidas e serem livres: travestis, transexuais, lésbicas, bissexuais, gays e tantos outros que não cabem em conceitos tradicionais.

É inevitável não associar toda essa discussão ao multiculturalismo colonial em que a cultura eurocêntrica e branca se autoproclama superior a outras culturas, sustentada por um pensamento colonizador que oprime e escraviza outros povos, pois se afirma enquanto cultura

soberana, dominante, universal (SANTOS, 2001). Essa lógica sustenta os binarismos que implicam em dividir a sociedade para dominar.

Portanto, utilizar instituições poderosas como a família, escola, igreja e estado para contrapor heterossexualidade e homossexualidade, certo e errado, profano e sagrado, não é novidade na história da humanidade e cabe analisar a quem serve essa cruel divisão.

5.1.1 Religião e Intolerância: “Ama O Teu Próximo como a ti mesmo”?

Há diversas formas de começar essa discussão, mas a preferência em citar um mandamento bíblico sinaliza que a religião aqui abordada será o cristianismo, devido à sua tradição e influência na cultura ocidental. Afinal, não é à toa que a história é dividida a partir do nascimento de Cristo (DOMINGUES, 2013).

Em tempos remotos, na Idade Média, religião e intolerância caminhavam juntas espalhando ódio e terror àqueles que discordassem, questionassem ou, simplesmente, praticassem atos de fé diferentes dos cristãos. Parece corriqueiro do cristianismo se impor enquanto religião fazendo uso de força e crueldade para a conquista de novos territórios e povos. O movimento conhecido como Santa Inquisição ilustra esse momento sombrio da humanidade (GREEN, 2011).

Mas, retornando ao mandamento, como fica o amor ao próximo se o próximo for uma pessoa LGBT? Será que, de fato, o amor ao próximo será respeitado? Ou esse amor é condicionado a regras sobre quem vai amar quem?

Como a história narra, em tempos de guerras, conquistas territoriais e lutas por soberania religiosa esse amor é esquecido, bem como outros mandamentos, porém há quem diga que eles não foram criados para serem cumpridos, mas para controlar e disciplinar o povo. Nietzsche (2014), em seu clássico “O Anticristo”, faz uma crítica mordaz à religião cristã baseado na filosofia que denuncia os valores fundamentais cristãos; o filósofo declara que o cristianismo rebaixou o mundo presente e vivido ao criar um mundo do além, ideal, onde tudo é perfeito, e ressalta que os valores humanos fundamentais do homem moderno estão em declínio, ou seja, são valores niilistas.

Quando se coloca o centro de gravidade da vida, não na vida, mas no além- no nada, então se priva a vida de qualquer centro de gravidade. A grande mentira da imortalidade pessoal destrói toda razão, toda natureza no instinto, tudo que nos instintos é benéfico, que promove a vida, que garante o futuro, agora suscita desconfiança (NIETZSCHE, 2014, p. 78).

Ora, a vida é perfeita no hoje, não se vive no ontem nem tampouco no amanhã, com todas suas imperfeições e possibilidades de existência.

Dentre várias críticas, Nietzsche (2014), destaca algumas: desvalorização dos instintos de conservação da vida forte e dos sentidos em detrimento da razão; identificação da compaixão a um sentimento depressivo e contagioso que se opõe aos instintos de elevação e conservação da vida; e, para completar, a percepção de uma tendência hostil à vida. Talvez a mais emblemática seja a rejeição sarcástica ao espírito puro, para se chegar ao que seria necessário que o homem retraísse os sentidos para dentro de si, suspendendo as relações com as coisas terrenas, furtando-se do envoltório mortal. Portanto, sugere a não experimentação dos sentidos, do sentir, como se isso fosse possível.

Ao concluir que a religião cristã é decadente, Nietzsche (2014) explicita a falta de vida pública, o desprezo ao corpo, a oposição da igreja à higiene, tida como sensualidade, a crueldade contra si e contra outros, o ódio contra os que pensam diferente e a vontade de perseguir.

Freud (2011) corrobora a crítica ao cristianismo, afirmando que a religião rebaixa o valor da vida e deforma a imagem do mundo real. Ele também acusa a intimidação da inteligência ao mesmo tempo em que os homens são poupados da neurose individual pela fixação de um infantilismo e inserção em um delírio de massa.

É perceptível uma densa hostilidade da doutrina cristã contra aqueles que ousaram questionar seus dogmas, e ela foi ainda mais intensa em relação àqueles que experimentaram ser diferentes e viver em liberdade, com alegria, sem culpa e sem remorso. Para eles, a igreja deu provas de sua crueldade: torturas, fogueiras, prisões. É nesse ponto que a teoria de Nietzsche se aproxima das discussões propostas nesta pesquisa: a intolerância da igreja para com os diferentes parece fazer parte da filosofia cristã.

Segundo Freud (2011), as paixões movidas por pulsões são mais fortes que os interesses ditados pela razão. Logo, a civilização precisa recorrer a tudo para impor limites aos instintos agressivos do homem, daí as restrições à vida sexual e o mandamento ideal de amar ao próximo como a si mesmo. Na esperança de prevenir os excessos mais grosseiros da violência, a civilização confere a si o direito de praticá-la contra os infratores, porém a lei não tem como abarcar as expressões mais cautelosas e sutis da agressividade humana. Não é fácil para os homens renunciar à gratificação de seu pendor à agressividade. Sempre é possível ligar um grande número de pessoas pelo amor, desde que restem outras para que se exteriorize a agressividade.

É esse resto que sofrerá preconceitos, estigmas, exclusões; é o resto que não faz parte do grupamento maior, dos iguais, dos que seguem as normas impostas culturalmente.

Para adentrar o universo cristão de forma a construir uma crítica contundente, Borrillo (2016), analisa a sexualidade e suas práticas homossexuais e heterossexuais na cultura cristã, identificando elementos que contribuíram para a homofobia, ou seja, atos de hostilidade contra lésbicas, gays, travestis, transexuais. O autor destaca que os elementos precursores de uma hostilidade contra as diferentes formas de sexualidades provêm da religião judaico-cristã. O cristianismo situa os atos homossexuais fora da salvação e à margem da natureza. A desumanização, ou seja, a não participação na natureza humana, foi o elemento principal para a inferiorização, segregação e eliminação dos “marginais em matéria de sexo”.

O Império Romano dedicou-se à repressão das relações entre pessoas do mesmo sexo, o que levou Teodósio I, no ano de 390, a condenar à fogueira todos os homossexuais passivos, pois a atitude passiva era considerada uma ameaça à sobrevivência de Roma. O apoio a esses atos veio da bíblia, no antigo testamento, nas narrativas de Sodoma e Gomorra, assim como no Levítico, que considera uma abominação punível com a morte quando um homem dorme com outro homem, como se fosse mulher. Assim, o texto bíblico pode ser interpretado, considerando o contexto histórico, como imputação de uma obrigação de seguimento de normativas bastante restritas por parte do povo de Israel após sua libertação do Egito, de modo a garantir sua sobrevivência demográfica e cultural (BORRILLO, 2016).

As necessidades de preservação biológica e conservação cultural da sociedade patriarcal justificam a repugnância contra as práticas homossexuais. O apóstolo Paulo condena o amor entre iguais em várias passagens bíblicas e influencia pensamentos e ações ofensivas e violentas e, por vezes, fatais, por exemplo: a condenação da homossexualidade como ato contra a natureza, no século III, por Clemente de Alexandria; Agostinho de Hipona fala da sodomia como crime detestável, contrário à lei divina; o Concílio de Elvira prevê a excomunhão; o Concílio de Ancara organiza punições para o pecado sodomítico; Pedro Damiano, no ano 1000, analisa e condena as práticas homossexuais entre os membros do clero, chamando-as de flagelo; Luca da Penne considera a sodomia mais grave que o homicídio, pois impede a raça humana de se reproduzir (BORRILLO, 2016).

Esse ódio histórico e cultural aos homossexuais é observado ao longo da história e a intolerância ao comportamento sexual diferente da maioria ainda hoje ecoa em determinados ambientes conservadores em que se estimula a punição. Podem-se constatar essas práticas punitivistas em casos de crimes de homofobia em que o agressor usa de violência física para “corrigir” o dito comportamento.

Um exemplo que se repete é a tentativa de correção de lésbicas através do estupro, vulgarmente chamado de estupro corretivo. Um caso desse tipo ocorreu na cidade de Maceió, em que uma mulher de 21 anos foi estuprada por dois homens que queriam ensiná-la como era se deitar como um homem de verdade. O caso não foi denunciado por medo da vítima em sofrer retaliações, uma vez que os agressores eram conhecidos no bairro e envolvidos em outros crimes (BARROS, 2018).

As bases filosóficas para esses pensamentos se alicerçam na Escolástica, que teve em Tomás de Aquino, no século XIII, um de seus principais representantes. O movimento condena arduamente a masturbação bem como qualquer outro ato suscetível de barrar a reprodução. Além de servir de base para modelar moralmente a ideologia sexual ocidental, a Escolástica caracterizou pejorativamente a homossexualidade, associando-a aos pecados mais abjetos como canibalismo, bestialidade e ingestão de imundícies (BORRILLO, 2016).

A perseguição aos homossexuais se inflama entre os séculos XIII e XV quando reaparece na história a morte pelo fogo como forma específica e necessária de purificação do indivíduo, por isso queima-se sua carne para extirpar o mal que corrói seu âmago. Daí em diante, esses indivíduos são considerados pessoas extremamente perigosas. A ideologia teológica organiza uma perseguição radical contra os homossexuais e instala uma repressão brutal (BORRILLO, 2016).

Para ilustrar, o direito consuetudinário da região de Orléans diz: “o sodomita comprovado deve perder os bagos e, ao tornar-se recidivista, deve perder o membro; e, se cometer o ato pela terceira vez, deve ser queimado.” (BORRILLO, 2016, p.55).

Vale ressaltar que a homossexualidade só foi retirada da Classificação Internacional das Doenças (CID) na década de 1990, até então os homossexuais eram tratados pela medicina como doentes (SANTOS, 2019). Há quem defenda essa teoria ainda nos dias atuais, inclusive com proposta de tratamento chamada popularmente no Brasil de “cura gay”.

De acordo com o *site jus brasil* o projeto de “cura gay” objetivava extinguir a homossexualidade do indivíduo através de técnicas psicanalíticas e cognitivas/comportamentais. Para isso, seria feito um tratamento de ordem clínica e religiosa (ENTENDA..., 2016). Felizmente, o projeto foi arquivado em 2013.

Um grupo de psicólogos evangélicos esteve reunido recentemente com a ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para tratar do tema da “cura gay”. O grupo concorreu à eleição para o Conselho Federal de Psicologia com propostas que ferem o código de ética profissional para tentar revogar resolução do conselho que proíbe o tratamento de conversão de pessoas LGBT. Esteve presente na reunião o “Movimento Ex-Gays do Brasil”,

indivíduos que se dizem “curados” da homossexualidade e convertidos ao evangelho de Cristo (SILANO; FONSECA, 2019).

Segundo Borrillo (2016), a igreja católica em seu pedido público de perdão pelas atrocidades que cometeu não se redimiou com os homossexuais, pelo contrário reafirmou a discriminação contra eles. De acordo com o autor, consta no catecismo católico que os homossexuais são convocados à castidade, através do autodomínio que educa a liberdade interior, da oração e da graça sacramental para se aproximarem da perfeição cristã.

Mais recentemente, o líder máximo da igreja católica, o Papa Francisco tem se posicionado de forma diferente de todos os outros, acolhendo publicamente os gays com discurso e atitudes de inclusão. Em um desses momentos, ele disse que quem rejeita homossexuais “não tem coração humano” e em um documento oficial deixou claro que apoia uma igreja que acolha a todos, inclusive os homossexuais. Existe uma nítida mudança de postura, porém ainda sem alterações nos fundamentos da instituição, como o matrimônio.

Para Borrillo (2016), a hostilidade da igreja, atualmente, é mais sutil: os sodomitas não serão jogados na fogueira, mas eles precisam ser curados ou viver na abstinência. A hostilidade não é a mesma, mas a violência simbólica continua instaurada.

Até aqui, foi apresentado o lado sombrio e hostil do cristianismo com propriedades universais em sua história milenar. Seria ingênuo ou desonesto o estudo não adentrar o contexto brasileiro e suas tentativas para superar os traumas do passado. Para isso, será demonstrada apenas uma entre tantas experiências religiosas que formam o cenário brasileiro. Assim, pretende-se refletir sobre movimentos e ações progressistas nas igrejas cristãs em torno da temática da sexualidade nas últimas décadas.

No Brasil, movimentos religiosos sensibilizados com o sofrimento advindo da discriminação sexual e do preconceito tentaram conciliar o cristianismo às sexualidades dissonantes da norma heterossexual. As chamadas igrejas “inclusivas” ou “igrejas gays” nasceram na década 1990 e se destacam por cultos com ampla participação de homossexuais, que também assumem cargos de pastores, reverendos, diáconos e demais funções. Inspiradas na norte-americana Igreja da Comunidade Metropolitana (ICM), paulatinamente se transformaram na Igreja Cristã Contemporânea (ICC) (NATIVIDADE, 2010).

Movimentos homossexuais na década de 1990, embalados na luta pelos direitos civis, contra a despatologização, contra a violência e discriminação e pelo enfrentamento da epidemia de AIDS, questionaram a inclusão de gays e lésbicas em espaços religiosos. Esse fato, somado à queda da hegemonia católica e ao surgimento da ala protestante enquanto segmento

católico propício às mudanças e consciente das transformações socioculturais resultou em novas possibilidades de identidades religiosas na atualidade (NATIVIDADE, 2010).

Um grande destaque foi a Igreja Presbiteriana Unida de Copacabana, no Rio de Janeiro, com o Pastor Nehemias Marien, que realizou cerimônias religiosas de bênção a casais homoafetivos, proferiu discursos de caráter positivo à homossexualidade em fóruns e debates públicos e celebrou o Culto ao Orgulho Gay na intenção de desconstruir o preconceito contra os homossexuais. Com uma postura política de respeito aos direitos humanos o pastor pregava uma “igreja reformada” que defendesse a paz, a justiça e o bem estar do ser humano, especialmente aqueles excluídos pela globalização econômica (NATIVIDADE, 2010).

O movimento se ampliou e outras igrejas aderiram, espalhando-se para outros estados e cidades do país, como São Paulo, Maranhão, Natal, Fortaleza, Salvador e Belo Horizonte. O movimento elegeu dois focos de ação: atividades para conscientização sobre direitos humanos e atividades religiosas como celebração de cultos e consagração de matrimônios entre pessoas do mesmo sexo (NATIVIDADE, 2010).

Em 2004, a ICM no Brasil visava apresentar aos evangélicos uma nova forma de adorar a Deus, através do protagonismo de gays e lésbicas (CD gospel, dublagens de cantoras, performances *drag*) e defendia que a orientação sexual deveria ser celebrada como uma bênção de Deus e que havia fundamento bíblico para a aceitação da homossexualidade no cristianismo. Após isso, declarou interesse em participar Conselho Mundial de Igrejas. Em 2006, o movimento foi desarticulado do seu grupo de matriz americana por ordem interna de um Conselho Superior sob a justificativa de que queriam criar uma igreja exclusivamente gay (NATIVIDADE, 2010).

O movimento mudou radicalmente, na verdade voltou a ser uma igreja comum que acolheria os homossexuais de maneira igual aos heterossexuais, pois objetivava se livrar do rótulo de igreja homossexual, por isso a programação sofreu alterações, adequando-se à rotina de rituais e cultos como qualquer outra, embora mantivessem a condução de cultos por homossexuais (NATIVIDADE, 2010). Depois, ela passou a ser chamada de ICC e aos poucos se constituiu num espaço de normatização, no qual os gays não poderiam dar pinta, teriam que se comportar de forma discreta para serem respeitados e incorporar valores como monogamia, relações estáveis e discrição.

Em sua análise, Natividade (2010), diferenciou a teologia da inclusão da teologia da batalha espiritual. A primeira denunciava as bases históricas da homofobia, criticava o tratamento anticristão dado à comunidade LGBT e visava desconstruir preconceitos e “curar a homofobia internalizada”. É representada pela ICM, que assume a missão de promoção da

justiça social e é formada por teólogos acadêmicos progressistas. Já a segunda, identificada pela ICC, se diz “inclusiva” e um pouco “fundamentalista” com críticas aos aspectos afeminados dos gays. A primeira valoriza a diferença e a considera positiva, enquanto a segunda promove o apagamento das diferenças.

Nas considerações anteriores, percebe-se que o aspecto religioso está interligado a modelos culturais vigentes. Descobrir modelos de igrejas inclusivas confere possibilidades de lidar com a questão da sexualidade de forma a enfrentar preconceito e discriminação e ainda constituir um espaço de apoio espiritual.

A chegada do século XXI proporcionou a ascensão de diferentes estilos de vida, bem como a efervescência da diversidade sexual e de gênero mobilizada por intensas transformações no campo das políticas sociais.

Em contraste, houve um renascimento das forças reacionárias conservadoras religiosas na tentativa de frear esses avanços através de cruzadas morais. Natividade e Oliveira (2009), identificaram inúmeros sites na internet, revistas, programas de TV, fóruns, congressos, grupos de apoio, Organizações Não Governamentais (ONG), enfim, iniciativas religiosas que desqualificam a diversidade sexual. Há inclusive, programas de prevenção à homossexualidade e artigos que associam homossexualidade ao abuso sexual. Eles foram removidos, mas existe, claramente, um discurso patologizante e depreciativo da diversidade sexual.

As conquistas do movimento LGBT, somadas às lutas de outras minorias, se consolidaram em políticas públicas (inclusivas, afirmativas), detalhadas em capítulos anteriores, e também em uma visibilidade de proporções jamais vistas na história do país. A resposta dos movimentos religiosos conservadores a esses avanços alavancou medos, desconfiança, ignorância, pânico e o velho binarismo.

Na cosmologia evangélica, há, inclusive, manuais para sair da homossexualidade a partir de uma “batalha espiritual”, na qual demônios disputam com Deus a posse dos homens (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2009).

Em um caso exemplar de homofobia com ênfase no aspecto religioso, um criminoso matou uma travesti e arrancou-lhe o coração, colocando uma santa em seu lugar, após ter tido relações sexuais com a travesti; quando interrogado sobre o motivo do crime, o homem respondeu que a vítima era um demônio. O caso aconteceu em 2019, na cidade de Campinas, São Paulo (HOMEM..., 2019).

O manto dos direitos humanos trouxe teoricamente segurança jurídica aos movimentos sociais LGBT que disseminaram as bandeiras de luta contra a homofobia em diversos setores governamentais, avançando na implantação de políticas públicas. Percebe-se

que a evolução dos tempos medieval ao contemporâneo não contribuiu efetivamente para a eliminação do estigma, mas movimentos religiosos contra hegemônicos confirmam que ninguém volta para o armário.

5.2 Sexualidade e Gênero: Definições e Interações

Em pleno século XXI, após conquistas como a união civil, o uso do nome social e a criminalização da homofobia, o tema da sexualidade ainda inflama a sociedade que tenta controlar os corpos e os prazeres e ditar as formas de se relacionar sexualmente e emocionalmente. O assunto também desperta aspectos moralistas e religiosos que desafiam o exercício de direitos e o acesso às políticas públicas por parte do público LGBT.

Para Foucault (1988), a sexualidade não foi silenciada, nem censurada na sociedade capitalista: ela foi atçada a se confessar através de discursos normativos enquanto estratégia de controle de corpos, de indivíduos e da população. Nas palavras do autor, “O sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos” (FOUCAULT, 1988, p. 31).

Dando início à chamada polícia do sexo, em que o mesmo é controlado por meio de discursos úteis e públicos, sem a presença da proibição, Foucault (1988) estabelece que ao longo do tempo são produzidos discursos sobre o sexo e a sexualidade que normatizam determinados comportamentos enquanto marginalizam outros. Surgem as sexualidades periféricas, das quais a homossexualidade é um exemplo, com características que implicam em observações, confissões e proximidade para extrair informações, ou seja, nas palavras do autor, “coisa” médica.

Entrelaçam-se prazer e poder como um mecanismo retro-alimentador em que as sexualidades múltiplas são passíveis de interdição e que configura a perversa sociedade moderna, pois, a partir do século XIX, são gerados incontáveis lucros econômicos para medicina, psiquiatria, prostituição e pornografia (FOUCAULT, 1988).

A pior herança desse controle da sexualidade é o inegável estigma em torno de pessoas que não seguem a norma sexual predominante, que carregam a marca extraordinariamente negativa da diferença, como se fosse a lepra em tempos anteriores. Goffman (2013) resgata o termo estigma dos gregos e o define como sinais corporais que evidenciam que o portador é um escravo, um criminoso ou um traidor, um indivíduo poluído que precisa ser evitado em espaços públicos. Ao avançar no conceito, o autor o aponta como um tipo de culpa de caráter individual, notada como paixão tirânica ou não natural, vontade

fraca, desonestidade e, por fim, cita como exemplo a homossexualidade ao lado do vício, distúrbio mental e tentativa de suicídio. Nesses casos há uma mesma característica sociológica: um indivíduo que, por possuir o dito traço, é afastado dos demais e destituído de qualquer outro atributo.

Arendt (2012, p. 95) cita a discriminação como “uma espécie de lei universal segundo a qual certos grupos podem ser privados da igualdade cívica, política e econômica”. Endossando o desafio da igualdade de condições na modernidade, pois, ao acatar que pessoas têm direitos iguais, mesmo que diferentes em diversos aspectos, possibilita que determinados grupos se fechem sob a premissa de “normal” se forem como todos os outros ou a maioria, em detrimento de uma minoria dita “anormal” (ARENDR, 2012).

Nas palavras da autora, “É pelo fato da igualdade exigir que eu reconheça que todo e qualquer indivíduo é igual a mim que os conflitos entre grupos diferentes, que por motivos próprios relutam em reconhecer no outro essa igualdade básica, assumem formas tão terrivelmente cruéis” (ARENDR, 2012, p. 94). Daí a reflexão, baseada em Arendt (2012), sobre a incerteza da igualdade de condições, mesmo que ela seja um parâmetro básico da justiça na modernidade.

O contexto brasileiro apresenta significativos progressos conquistados pelos movimentos LGBT, a ponto de terem construído políticas públicas que demarcam suas existências sociais, porém, como diria Louro (2008), a sexualidade continua sendo o objetivo principal da vigilância e do controle das sociedades. Portanto, retomam-se antigas discussões: quem é ou não é normal? Grupos conservadores propõem a cura gay, espécie de tratamento para pessoas que querem deixar de ser gays, e alguns psicólogos embarcam nessa proposta; o próprio congresso nacional questiona os direitos civis das pessoas LGBT.

Embora boa parte dessas ideias acima tenha sido rediscutida em plenárias, assembleias e espaços públicos, sob uma aparência ética e constitucional, elas ferem os princípios fundamentais dos direitos humanos, logo deveriam ser retiradas das disputas democráticas, uma vez que o Brasil segue a pactuação universal dos direitos humanos. No entanto, essas contradições reacenderam o espírito colonialista da elite brasileira e descortinaram a violência estrutural que assola o país há séculos.

Para melhor compreender o contexto histórico do processo de colonização do Brasil, Santos (2001), utiliza-se da noção de multiculturalismo emancipatório em contraposição ao multiculturalismo conservador. O multiculturalismo conservador centra-se na superioridade da cultura eurocêntrica, tomada como universal sem considerar particularismos, advindo daí uma política assimilacionista que reconhece outra cultura sempre como inferior e que se

posiciona com o direito de se impor sobre outras culturas, admitindo os costumes dos povos nativos, contudo subordinados à cultura dominante e, enfim, colonial. Por outro lado, o emancipatório aceita ativamente outras culturas, é pós-colonial e fundamenta-se em uma política de tensão complexa e dinâmica entre a política da igualdade e a política da diferença.

Nesse sentido, Arendt (2012) e Santos (2001) se aproximam no grande desafio da modernidade e o autor parte do princípio da igualdade para explicar como essa suposta igualdade mascarou as lutas contra as diferenças de classes, étnicas, etárias, de orientação sexual e de diferenças sexuais, entre outras. Logo, a política da igualdade se resolve pela redistribuição social e econômica, enquanto a política da diferença se resolve pelo reconhecimento, portanto, configura-se um multiculturalismo progressista que sustenta uma política com dois focos que não devem se chocar: o da redistribuição socioeconômica e o do reconhecimento da diferença cultural (SANTOS, 2001).

Segundo Bento (2017, p. 56), “O reconhecimento, tanto na questão racial quanto na dimensão das homossexualidades e dos gêneros dissidentes (transexuais e travestis), dá-se por mecanismos de apagamento das diferenças e não pelo reconhecimento das diferenças”. A autora explica que, na realidade brasileira, o excluído precisa “limpar” suas marcas de diferença para ser creditado, por exemplo, pessoas negras dizem não sofrer racismo porque sabem o seu lugar. Ao tentar negar o racismo engendram-se subjetividades envergonhadas e o excluído interioriza essa diferenciação nivelada como natural (BENTO, 2017).

A explicação de Bento (2017) é dimensionada na cultura política nacional, na qual desfaz o mito da “democracia racial brasileira”, baseada na pesquisa da Organização das Nações Unidas (ONU), ao confirmar que “Não existe democracia racial no Brasil, os negros estão excluídos do mercado de trabalho, a noção de democracia racial foi uma invenção da elite branca e não passa de uma ideologia” (BENTO, 2017, p. 54). Para a autora, não existe convivência harmoniosa com os diferentes, prova disso é o Brasil ser um dos mais perigosos do mundo para um LGBTT¹ viver. Em casos de LGBTTcídio², como a autora define os assassinatos dessa população, não é instaurado processo jurídico, e há pouca repercussão internacional (BENTO, 2017).

Recentemente, Boaventura de Sousa Santos concedeu uma entrevista ao *site* “Outras Palavras” e falou sobre a condição da frágil democracia brasileira e a crise política

¹ Sigla utilizada pela autora Bento (2017) para definir a população de Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis.

² O termo se refere aos homicídios praticados contra a população de Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e Travestis, segundo Bento (2017).

atual, para isso recorreu a fatores internos e geoestratégicos num contexto macroeconômico. Ao se debruçar sobre os fatores internos, Santos revela: “A história do Brasil é uma história de exclusão social causada por uma articulação tóxica entre capitalismo, colonialismo e patriarcado, ou mais precisamente, hetero-patriarcado” (SEIBT, 2019). O autor denuncia a destruição da institucionalidade democrática e a retomada da colonização e do capitalismo selvagem, através da recolonização imperial e da evangelização conservadora e instiga a compreensão da heterossexualidade interligada ao patriarcado.

Nesse cenário, o estudioso acrescenta um elemento ímpar em sua análise que corrobora para a compreensão da violência estrutural, em suas palavras o “[...] monopólio da violência legítima por parte do Estado está a ser usado antidemocraticamente” (SEIBT, 2019), mas alerta para a quebra desse monopólio por atores armados não estatais nas cidades e nos campos.

Embora declare que o Brasil possui uma legislação avançada em relação aos direitos de pessoas LGBT, Bento (2017), deixa claro que a lei, por si só, não é suficiente para combater a violência, e que o Estado, por se omitir em elaborar estratégias para garantir a lei, age como alguém que “[...] sacrifica legalmente vidas” (BENTO, 2017, p. 55).

Essa discussão se relaciona com o conceito de necropolítica de Mbembe (2018), a vida submetida à morte pelo poder do Estado. Por sua capacidade de decidir quem vive e quem morre, determinadas políticas públicas sem o incentivo do Estado incidem diretamente na sobrevivência das pessoas.

Segundo Mbembe (2018), nas sociedades contemporâneas, por exemplo, as armas de fogo estão distribuídas de forma a massacrar o maior número de pessoas; ao criar “mundos de morte”, um jeito novo e único de existir socialmente, diversos povos são submetidos a condições degradantes de vida e tachados de “mortos vivos”.

De forma espantosa, o poder do Estado quando decreta a lei sem nenhuma estratégia de aplicabilidade para reverter quadros de violências e mortes, deixa determinados grupos sujeitos à própria sorte e/ou morte. Se nesse contexto encontra-se uma mulher, negra, pobre e lésbica, esses marcadores são indissociáveis para predispor sua vida ou sua morte. Talvez por isso Bento não consiga isolar a sexualidade e analisá-la sem correlacioná-la.

A citação seguinte faz referência ao racismo, mas pode muito bem ser lida sob o viés da discriminação sexual:

Todos os racismos são abomináveis, são crimes, mas eu achei que o racismo brasileiro é um crime perfeito, partindo da ideia de um judeu prêmio [Nobel] da Paz que disse uma vez que o carrasco mata sempre duas vezes, a segunda pelo silêncio, e nesse

sentido achei o racismo brasileiro um crime perfeito. É como um carrasco que você não vê te matando, está com um capuz; você pergunta pelo racista e você não encontra, ninguém se assume, mas o racismo e a discriminação existem. Esse racismo matava duas vezes, mesmo fisicamente, a exclusão e tudo, e matava a consciência da própria vítima. A consciência de toda a sociedade brasileira em torno da questão, o silêncio, o não dito... Nesse sentido, era um crime perfeito, porque não deixava nem a formação de consciência da própria vítima, nem a do resto da população através do chamado mito da democracia racial (DANTAS; FERREIRA; VERAS, 2017, p. 40).

Analisar criticamente a situação da violência no Brasil ajuda a prevenir o caos e a vislumbrar possíveis soluções. Na intenção de superar a crise, Santos sugere algumas iniciativas, dentre elas, a urgência dos movimentos sociais de indígenas, negros, mulheres e LGBTI em reconstituir o Fórum Social Mundial (FSM), com atenção redobrada às exclusões mais radicais correntes no país (SEIBT, 2019).

A força política de resistência das minorias é primordial em momentos difíceis, de caos político, pois precisa sustentar a luta pela preservação dos direitos e ideais de justiça social. Motta (2016) discute acerca das minorias e analisa a normalização da vida social, no caso da heteronormatividade, assegurando que “[...] é no âmbito das redes de poder e resistência que se instalam as possibilidades de ruptura e transgressão dos processos heteronormativos” (MOTTA, 2016, p. 74).

Motta (2016), aposta na noção de multiculturalismo emancipatório como base para projetar políticas de equidade, ou seja, para evidenciar as determinações de gênero e as diferentes sexualidades, não apenas propagando tolerância e diversidade, mas reconhecendo e reafirmando a diferença cultural como soberana na produção de novas subjetividades, ponto crucial para aceitação da alteridade.

Se o princípio da equidade no SUS presume um atendimento desigual para necessidades desiguais logo ele será reificado em políticas públicas para as minorias. O próprio site do Ministério da Saúde relaciona aos conceitos de igualdade e justiça social e enfatiza que o preconceito e a discriminação social, como racismo, misoginia, LGBTfobia e exclusão social, impactam diretamente na saúde (BRASIL, 2017). Portanto, a equidade objetiva reduzir as desigualdades sociais, fazendo valer a lógica de priorizar as necessidades de saúde de grupos historicamente excluídos.

Nesse sentido, ao retomar a discussão de identidades sexuais e de gênero, Motta (2016) anuncia:

Ao propor embaralhar o jogo das identidades, ao mesmo tempo que trazem à tona questões relativas ao poder, resistência e transgressão, os teóricos *queer* se tornam, a um só tempo, uma forma radical de respostas às demandas dos movimentos sociais

por mais espaço de inclusão social e cultural e uma oportunidade de reconstruir as políticas de equidade que ainda se ancoram em categorias que se originam em matrizes heteronormativas (MOTTA, 2016, p. 77).

Os teóricos *queer* são considerados pós-críticos porque não pretendem fixar uma identidade, mas assumir múltiplas formas de identidade e, ao mesmo tempo em que lutam em prol delas, também denunciam os aparatos por meio dos quais elas foram enquadradas como anormais e tencionam abalar os binários de gênero (MOTTA, 2016).

O termo *queer* foi utilizado para tachar dissidentes de gênero e, traduzido do inglês, significa ridículo, excêntrico, raro. Para Miskolci (2014), a Teoria *Queer* é um conjunto diverso de reflexões sobre a heterossexualidade enquanto sistema político-social que controla a vida das pessoas, ou seja, impõe socialmente ajustamentos sexuais e de gênero que perpetuam desigualdades, especialmente ao menosprezar a aprovação política e de direitos dos dissidentes sexuais e/ou de gênero, mantendo privilégios políticos, culturais e econômicos daqueles que seguem as normas.

Ideias semelhantes são as de Louro (1997) que em seu clássico “Gênero, Sexualidade e Educação” demonstra que o gênero constitui a identidade dos sujeitos. Fundamentada em estudos feministas e culturais, ela destaca ser a identidade múltipla e plural, não fixa, nem permanente, mas mutável, podendo ser inclusive contraditória e incorporada às relações étnicas, raciais, sexuais, de gênero e de classe.

O movimento feminista contribuiu para revelar as desigualdades entre homens e mulheres, no entanto também iluminou o pensamento polarizado de oposição binária com supremacia dos homens. Nas palavras de Scott (1995, p. 84), “A história do pensamento feminista é uma história da recusa da construção hierárquica da relação entre masculino e feminino, em seus contextos específicos, e uma tentativa para reverter ou deslocar suas operações”.

Bento (2017) sintetiza as ideias postuladas até aqui com um olhar de estranhamento e criticidade, consequência disso é sua tradução do termo *queer* para *transviad@s*, em que faz jus à cultural local. Ela apresenta gênero, sexualidade e raça como marcadores da diferença e da desigualdade que só podem ser analisados dentro de um contexto específico, portanto, contrário aos discursos universalizantes da ciência. Crítica ferrenha de visões essencialistas, ela demonstra que sexualidade e gênero enquanto categorias políticas e analíticas não são autossuficientes, logo estão inseridas em cenários caracterizados por aspectos macro e micro.

Nesse mesmo texto, Bento (2017) examina suas anotações de viagens para outros países e percebe o poder que têm os discursos ocidentais hegemônicos sobre gênero e sexualidade em guerras externas e internas e, enfim, alerta para o asseveramento dos nacionalismos fascistas em diversos países europeus. Ela consegue identificar que a infantilização e a patologização, enquanto narrativas do poder colonial, são utilizadas como armas do Estado que interferem diretamente na relação colonizado/colonizador e sinaliza a proximidade entre universalismo científico e pensamento colonial.

Continuando o passeio de Bento (2017), pelo exterior, o texto descreve algumas de suas observações inquietantes. A primeira é que o Mar Mediterrâneo foi convertido em um imenso necrotério, com barcos naufragados e milhares de refugiados tentando entrar na Europa. Já a segunda diz respeito a quando, em visita à Palestina, presenciou a violência do Exército israelense contra mulheres e crianças palestinas, porém este exército propagandeava-se respeitador da diversidade sexual e feminista por aceitar em seu corpo gays, lésbicas e mulheres em geral. Por fim, a terceira, sobre sua chegada a Israel, na cidade de TelAviv, mais exatamente nas praias em que só viu pessoas brancas; caminhando pelas ruas charmosas da cidade percebeu convidativos bares gays, mas ao se dirigir ao sul percebeu a sujeira e pobreza e, enfim, só ali viu pessoas negras.

Nessas três experiências, a autora demonstra o entrelaçamento dos marcadores sociais e de gênero na relação entre colonizado e colonizador: “as fronteiras não estão apenas lá, mas aqui, nas microrrelações cotidianas, transformando, de certa forma, os conflitos em guerras internas” (BENTO, 2017, p. 35).

Os fatos citados apontam que o acirramento do pensamento totalitário, seja através de movimentos fascistas, fundamentalistas evangélicos ou partidos de extrema direita, contaminou o Brasil nos últimos anos a ponto de eleger um presidente da república. O atual chefe de estado apresenta discursos e atitudes racistas, misóginas, homofóbicas e de “colonizado” frente aos Estados Unidos, obedecendo e fazendo concessões públicas que prejudicam econômica, cultural e socialmente o povo brasileiro.

O Brasil foi desmascarado, o mito da democracia racial e do país cordial, tolerante e pacífico foi definitivamente enterrado. A violência emergiu do submundo da ignorância de um país que teve seu passado banhado pelo sangue dos povos nativos e dos negros africanos escravizados; um passado de escravidão que torturou, matou e sequelou milhares, de quase quinhentos anos de exploração e entrega das riquezas naturais. Difícil esconder uma violência secular enraizada nas vidas brasileiras.

As últimas eleições trouxeram à superfície valores desprezíveis do humano, a violência e a discriminação acentuaram o sofrimento dos mais vulneráveis, dos dissidentes, “anormais”, “mortos vivos”. Na medida em que o presidente eleito assumiu o governo, em janeiro de 2019, essas pessoas ficaram mais desamparadas.

O Estado exerce, com potencial, a necropolítica. O presidente persegue e ameaça as minorias não só em falas, mas com ações de desmonte das políticas sociais e, principalmente, através de decretos que retiram seus direitos. Suas falas carregadas de preconceito incitam seus seguidores a atos discriminatórios e violências. Uma vez que o símbolo de sua campanha era e, ainda é, fazer gesto de arma com a mão, não parece novidade que as mortes sejam resultados esperados.

Constata-se em suas falas que o atual presidente, ao se referir ao público LGBT, enfatiza o aspecto de ser minoria para justificar a exclusão de direitos estabelecidos em políticas públicas específicas, e acrescenta que a lei é para todos os iguais, portanto não deve privilegiar ninguém, porém deve governar para a maioria. Condena-se a diferença e todas as políticas fundamentadas nesse princípio. Na gana de governar para a maioria, as temáticas de sexualidade e gênero que refletem pautas das minorias serão perseguidas e excluídas das pautas sociais.

Resgatando os princípios da multiculturalidade emancipatória e da teoria *queer*, o movimento LGBT assume a difícil missão de hastear a bandeira no nível mais alto e tornar imprescindível a discussão de gênero e sexualidade nos espaços cotidianos das microrrelações, fazendo ecoar valores subversivos de reconhecimento das diferenças e do outro como condição *sine qua non* de civilidade.

5.3 A construção do feminino na sociedade heteronormativa e suas representações sociais

Na intenção de entender como as representações sociais do feminino e da heteronormatividade atravessam e determinam as concepções acerca do cuidado ao público LGBT e a própria implantação da política de saúde LGBT, este capítulo reflete sobre alguns conceitos e estruturas de pensamentos que ilustram essas prerrogativas. Para tanto, descreve ideias centrais à luz das representações sociais enquanto categoria mediadora dos processos entre indivíduo e sociedade, ao tentar elucidar como a sociedade em geral apreende ideias e conceitos até então acadêmicos e de que maneira isso reverbera no cotidiano das pessoas, reforçando a ideia dominante de heteronormatividade, que, por sua vez, interfere na política de saúde LGBT.

Ao longo da história, o papel da mulher nas sociedades alterou-se em função de um complexo jogo de forças entre as instituições e suas representações sociais, acarretando mudanças substanciais nas relações de gênero e fazendo brotar novos conceitos na tentativa de nomear a pluralidade de experiências nesse campo. A ideia de heteronormatividade enquanto comportamento totalitário se ampara em uma sociedade conservadora que precisa manter o domínio sobre movimentos libertários, tais como o feminismo, a igualdade de gêneros perante o Direito e as políticas públicas para populações vulneráveis.

Neste estudo, o limite histórico das relações de gênero passa por Beauvoir (2016a) que inaugura um novo olhar sobre o “sexo frágil” e provoca outras percepções ao escancarar o desprezo e a hostilidade direcionados à mulher. A autora denuncia filósofos, religiosos, biólogos e tantos outros que contribuíram para colocar a mulher na condição de outro, de invasor.

O código romano restringia os direitos das mulheres e invocava a imbecilidade delas. Já a burguesia conservadora da França do século XIX via na emancipação da mulher uma ameaça à moral e aos seus interesses, e, a fim de provar a sua inferioridade, alguns adjetivos foram associados à condição da mulher: pueril, frívola, irresponsável, submetida ao homem. Séculos antes, Aristóteles e Hipócrates endossavam a visão do patriarcado de que o pai é o único criador e o masculino se traduz em força, atividade, movimento, vida e o feminino em passividade, fraqueza. Beauvoir (2016a), ao discutir os ensinamentos de Aristóteles, considera o caráter da mulher por si só, como característica que a submete ao sofrimento natural, devido a certa deficiência advinda desse caráter.

Não é de se espantar que, em pleno século XXI, as mulheres carreguem marcas desse período e que as representações sociais dominantes usurpem das mulheres a igualdade de direitos. Por que será que pensamentos e ideias ditos superados em um tempo remoto retornam ao presente? Ou será que sempre estiveram aqui, escondidos, mascarados?

Para tentar compreender esse processo representativo e simbólico de conceitos e ideias que perpassam a sociedade, Moscovici apresenta a representação social como:

Todos os sistemas de classificação, todas as imagens e todas as descrições que circulam dentro de uma sociedade, mesmo as descrições científicas, implicam um elo de prévios sistemas e imagens, uma estratificação na memória coletiva e uma reprodução na linguagem que, invariavelmente, reflete um conhecimento anterior e que quebra as amarras da informação presente (MOSCOVICI, 2007, p. 37).

Para Minayo (2014), a representação social destaca a fala enquanto possibilidade de revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e

culturais específicas. Ao citar Bourdieu (1973), Minayo (2014, p. 180) enfatiza que “a identidade de condições de existência tende a reproduzir sistemas de disposições semelhantes, por meio de um tipo de harmonização ou cristalização objetiva de práticas e obras que se repetem em usos e costumes”.

Daí a possibilidade de se exercer o efeito de universalização e particularização na análise da prática social, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros.

Como já alertava Bourdieu, as instituições como família, igreja e escola são encarregadas de manter determinadas estruturas sociais:

As injunções continuadas, silenciosas e invisíveis, que o mundo sexualmente hierarquizado no qual elas são lançadas lhes dirige, preparam as mulheres, ao menos tanto quanto os explícitos apelos à ordem, a aceitar como evidentes, naturais e inquestionáveis prescrições e proscições arbitrárias que, inscritas na ordem das coisas, imprimem-se insensivelmente na ordem dos corpos (BOURDIEU, 2017, p.84).

Essa perspectiva reforça a eternização das relações desiguais de força entre homens e mulheres, uma vez que o papel da mulher nas sociedades sempre foi estabelecido pelos homens; em nenhum momento as mulheres se impuseram sua própria lei (BEAUVOIR, 2016a).

Outro destaque na teoria de Beauvoir (2016a), é de que a filosofia, bem como a religião na Grécia antiga, tratava a mulher de forma hostil, seja através dos mitos ou dos próprios filósofos. Por exemplo, para se vingar dos homens, os deuses pagãos inventaram a mulher, que foi responsável por todos os males da humanidade. Para Pitágoras, o princípio bom criou a ordem, a luz e o homem, já o princípio mau criou o caos, as trevas e a mulher. Já nos mitos cristãos, Eva, de virgem sagrada torna-se impura. Ainda entre os povos antigos, cabe lembrar algumas práticas: infanticídio em massa era comum aos árabes, se a criança nascia mulher era jogada em um fosso.

As religiões também acentuaram a difamação das mulheres. Os muçulmanos demonstraram total desprezo por elas; o Corão reforça que os homens são superiores às mulheres por conta de suas qualidades e dotes. Para os judeus, elas eram impuras e seu testemunho não era aceito pela justiça; no Eclesiastes, fala-se da mulher com a mais profunda repugnância (BEAUVOIR, 2016a).

Mas de que forma as lendas, mitos, contos e histórias sagradas influenciam o pensamento e comportamento das sociedades atuais em torno das relações homem/mulher, isto é, das relações de gênero?

Jovchelovitch (2011) fornece uma pista ao mencionar que a comunidade é um espaço intermediário que oferece recursos simbólicos e materiais para a vivência da dialética

entre o sujeito singular e o mundo social. A comunidade atesta um referencial importante para a estrutura do Eu, o estar junto atravessa o sujeito de forma a construir espaços intersubjetivos que se desdobram em fenômenos como comunicação, diálogo, identidades sociais, memória social, vida pública e saberes sociais. Por isso, compreender o contexto social no qual o sujeito está inserido se faz primordial para identificar as propriedades psicossociais de uma dada comunidade enquanto unidade de análise. Esse movimento dialético revela comunidades distintas para o estudo em vigor.

Na intenção de apreender como se dá a relação indivíduo/sociedade e suas representações sociais, a autora acrescenta o conceito de identidade social enquanto forma de constituição simbólica do sujeito para construir seu lugar e dar significado ao mundo, ou seja, para Jovchelovitch:

Isso significa deixar claro como as representações sociais, enquanto fenômeno psicossocial, estão necessariamente radicadas no espaço público e nos processos através dos quais o ser humano desenvolve uma identidade, cria símbolos e se abre para a diversidade de um mundo de Outros (JOVCHELOVITCH, 2011, p. 54)

Para aprofundar a discussão, a autora recorre à noção de fronteira e seu papel na teorização da comunidade, bem como na diferenciação entre comunidade/sociedade. Para que uma comunidade possa surgir é necessária uma fronteira construída simbolicamente por atores através de três aspectos: as relações entre saberes sociais e pertença que gera mundos de vida, depois o papel da memória social na manutenção da comunidade e na formação da identidade e, por fim, as relações entre comunidade e o contar histórias (JOVCHELOVITCH, 2011).

Até o presente momento a descrição de mulher na sociedade do século XXI apresenta funções fixas do construto social que, até então, definem as pessoas em dois gêneros: mulher ou homem. Essa classificação acontece segundo as experiências de cada um, em suas devidas comunidades, que carregam traços e formas de viver específicos que foram narrados ou contados em histórias. A partir disso tornam-se convencionais, assimiláveis pela comunidade local, além de prescritos e determinados.

Espera-se, por experiência histórica e cultural, que a mulher faça o que lhe foi imposto durante anos em uma determinada comunidade, assim como o homem. Então como compreender que uma mulher não tenha um comportamento tipicamente feminino: mulher jogar futebol ou trabalhar fora de casa? Como um homem pode não ser masculino em suas ações: cozinhar, cuidar das tarefas domésticas?

Essas atitudes comprometem as funções prescritas para o ser mulher e o ser homem, questionam os saberes instituídos e rompem o engessamento secular construído através das

histórias contadas que reforçam a memória social de determinadas comunidades. Isso se acentua quando se adentra ao campo dos comportamentos sexuais.

Bourdieu (2017) percebe a mulher condicionada pelas instituições a vivenciar a sexualidade de forma afetiva e amorosa, por meio do toque, do abraço, da carícia, enquanto o homem é encorajado a praticar um ato agressivo, de força, orgasmo, penetração, de domínio masculino, de virilidade, portanto de uma postura ativa, em contraponto à postura passiva da mulher. Essas posturas refletem seus papéis sociais.

Em algumas relações homossexuais, essa relação entre poder e sexualidade se projeta de tal forma que se perpetuam os papéis de ativos e passivos, reproduzindo as condições sociais dominantes. Ao longo da história há exemplos como o da Grécia antiga, em que a penetração ou a posse de um homem sobre outro era vista como um ato de dominação, desonrando-o, retirando sua cidadania; em Roma, a homossexualidade passiva com um escravo era considerada monstruosa. A pior humilhação para um homem era ser transformado em mulher (BOURDIEU, 2017).

A filósofa Márcia Tiburi explica o discurso antifeminista disseminado pelo patriarcado e ilustra essa questão do universo feminino:

[...] quando a gente fala as mulheres, a gente está falando de todos aqueles que foram marcados como mulheres dentro dessa tradição e todos aqueles que têm um nexo muito forte com a questão do feminino, os homossexuais, as travestis, os transexuais, ou seja, tudo aquilo que é da esfera do chamado feminino, foi abominado, foi violentado por esse cenário discursivo, simbólico e prático que é o patriarcado... A lógica da dominação masculina sempre precisa necessariamente atacar o feminino...³

Já Bento (2017) reforça essa perspectiva do feminino como: “[...] campo de atributos e performances considerado socialmente desvalorizado, povoado por homens femininos (gays ou não), mulheres trans, mulheres não trans, travestis, homens trans femininos” (BENTO, 2017, p. 23).

Percebe-se que as representações do feminino foram impregnadas por um negativismo ao longo da história, por uma inferioridade que se remete ao passado, às histórias contadas e à construção de identidades antagônicas, opositoras, em que uma identidade é prescrita como superior. Por isso, ainda hoje se dita que uma mulher deve se comportar de forma subordinada ao homem, ao masculino, assim como aqueles que representam o feminino na população LGBT.

³ Texto retirado de vídeo disponível no Youtube: MARCIA Tiburi no Entre o Céu e a Terra. [S. l.: s. n.] 1 vídeo (63 min). Publicado pelo canal tvbrasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xgnj6wv3tfE>

Em sua crítica às teorias psicanalistas que atestavam a homossexualidade feminina enquanto inacabamento ou uma maneira de fugir de sua condição, Beauvoir (2016b, v. 2, p.165) sustenta que: “[...] a verdadeira mulher é um produto artificial que a civilização fabrica”. Características femininas como docilidade, timidez e passividade foram socialmente estabelecidas como inerentes ao sexo feminino. No mesmo sentido, a atividade esportiva praticada pela mulher era considerada um protesto viril ou uma escolha inautêntica e interpretada como tentativa de imitar o homem em sua virilidade.

Ao caracterizar o amor entre mulheres, Beauvoir (2016b) o resume em contemplação, pois afirma que não há o desejo de se apropriar do Outro, pelo contrário, há uma dualidade, cumplicidade. Percebe-se uma sexualidade ambígua, que ao mesmo tempo pode ser viril e feminina; como as carícias são recíprocas, os papéis se redistribuem de forma incerta sem a rigidez conservadora e aniquiladora das liberdades. Embora não seja comum a indiferença hostil, habitual na relação heterossexual, visto que a intimidade se manifesta de forma mais intensa, a sinceridade entre mulheres pode desencadear violências, pois são implacáveis, frustram-se e se provocam. Esses amores são mais ameaçados do que os heterossexuais, são condenados pela sociedade e mal conseguem integrar-se a ela.

Beauvoir (2016b) propõe que a futura mulher, ao se indignar com os limites impostos pelo sexo, reivindique sua liberdade de ser humano e perceba seu corpo como movimento, músculo, impulso e domínio sobre o mundo, um corpo para si e não para outrem. Nessa perspectiva, confere à mulher viril, homossexual ou heterossexual, a condição de ser humano, sem negar sua feminilidade, porém ascendendo ao mundo masculino em um sentido simbólico de conquista do próprio corpo.

Tanto para Beauvoir como para Bourdieu, a valorização do masculino em detrimento do feminino é explícita ao longo da história da humanidade. A expressão sexual de homens e mulheres e suas características ativas e passivas, respectivamente, permanecem na representação social do discurso dominante até a atualidade e geram implicações na rigidez do comportamento sexual de homens e mulheres, mesmo sendo homossexuais. No imaginário popular, em um casal de mulheres ou de homens homossexuais, precisa haver uma pessoa ativa que desempenha o papel masculino e outra passiva que desempenha o papel feminino.

É importante mencionar que, apesar das aproximações entre os autores Beauvoir e Bourdieu, segundo Burawoy (2010), Beauvoir analisa com mais precisão a dominação masculina no clássico “O Segundo Sexo”, pois se ampara em uma ampla discussão dos aspectos filosóficos, culturais, religiosos e literários; o autor aponta ainda que Bourdieu silenciou Beauvoir quando não fez referência a suas conclusões em “A Dominação Masculina”.

Porém, como se formam essas representações e saberes em torno das relações heterossexuais e homossexuais?

Os saberes comuns de uma determinada comunidade advêm do cotidiano das pessoas, trazendo sentidos e recursos já existentes e se desdobram em regras, normas e padrões de comportamento. Logo, o conceito de mundo se traduz em um conjunto de representações dadas, de convicções inabaláveis que são compartilhadas em comunidade; os saberes que embasam tradições e linguagens naturais não são problematizados, mas servem de base para a ação comunicativa e se perpetuam em estruturas simbólicas de sentido e compreensão. O conceito de esfera pública é fundamental para a vida em comunidade e, de acordo com Jovchelovitch (2011, p. 147) “Esferas públicas são espaços de comunicação e diálogo, espaços onde o Eu e o Outro se encontram, exploram suas identidades mútuas, constroem conhecimento e expressam afetos.”.

Nesse caso, interessa a noção de esfera pública de Arendt em “A Condição Humana” para esclarecer como perspectiva e pluralidade se entrelaçam: “A pluralidade humana, condição básica da ação e do discurso, tem o duplo aspecto da igualdade e da distinção” (ARENDR, 2016, p. 217). É através do ato e da fala que o sujeito se revela, as pessoas são diferentes e semelhantes na comunidade, possuem um ponto em comum, que as identifica e as torna parte daquela comunidade, mas também têm algo singular, pessoal que as distingue das demais.

Assim, enquanto opinião do outro, fala e ação são essenciais para a construção de pontes entre diferentes perspectivas. São necessários dois aspectos para entender o público: somente na presença de outros se consegue compreender a realidade do mundo e do próprio, Eu e existem pontos de conexão comuns a todos, que transcendem o espaço individual, ou seja, que são compartilhados (ARENDR, 2016).

A esfera pública se caracteriza como espaço de encontro para os diferentes em prol da diversidade, da pluralidade, que se respeitam em ato e palavra; iguais na humanidade. A saúde enquanto política pública deveria garantir espaços de cuidado a todos, priorizando públicos vulneráveis, suscetíveis a iniquidades. Indaga-se, de fato, se na esfera pública há espaços para as pessoas LGBT, para a mulher viril, para o homem afeminado? Quais ações e atividades são destinadas a esses indivíduos?

Jovchelovitch (2011), inspirado em Habermas, destaca a função do diálogo e da argumentação como formas de lidar com a perspectiva e a pluralidade. Para se atingir a coesão e o agir em comum, os membros da comunidade precisam negociar razões e perspectivas

diferentes. A opinião pública como um consenso atingido por meio do livre debate sobre a vida comum é reconhecida pela qualidade do que tem a dizer, o emprego de argumentos e da razão.

Por sua vez, Moscovici (2011) apresenta o conceito psicossocial de representação social, segundo o qual profundas mudanças na esfera pública acarretam alterações no conhecimento simbólico produzido por uma comunidade. Ao superar o conceito de representação coletiva, o autor fundamenta-se na sociologia de Weber que salienta a inovação, a importância do indivíduo e as transformações que as minorias ativas são capazes de impor na forma e na natureza da esfera pública.

Ainda segundo Moscovici (2011), as minorias exercem sua influência sobre a maioria e vice-versa, implicando em ação e reação, isto é, podem ser tanto emissores como receptores de influência, compondo uma significativa interação social. Estudos reforçam que uma minoria, ao apresentar pontos de vista originais ou extremos, tem maiores possibilidades de exercer uma forte atração do que de ser recusada.

Em uma de suas passagens polêmicas e desmistificadoras de realidades imutáveis, Beauvoir explica a construção social da mulher:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um Outro (BEAUVOIR, 2016b, v. 2, p.11).

Na frase acima, percebem-se as transformações na identidade do ser mulher por meio da alteridade, do Outro enquanto referência do Eu, o simbolismo que ecoa daí e estremece os pilares de saberes tradicionais. A frase adquire um sentido metafórico que ultrapassa os sentidos isolados do ser biológico, psicológico e econômico, ampliando sua compreensão para uma identidade de mulher que se limita a um determinado contexto histórico que, ao mesmo tempo, produz e é produto desta construção.

Nessa redefinição do ser mulher e das demais identidades ligadas ao feminino (os homossexuais, as travestis, os transexuais) existem convenções e regras que aos poucos são repensadas. Ao reconhecer o novo e seus argumentos na vida cotidiana abre-se espaço para as transformações, para o não familiar tornar-se familiar. Embora as mudanças na esfera das expressões da sexualidade tenham avançado no último século, ainda impera uma representação dominante e excludente, a heterossexualidade.

A feminista Rich (2012) define heteronormatividade enquanto instituição política que tira direitos das mulheres e as submete a viver uma relação heterossexual como única forma

de expressão da sexualidade. Rich (2012) denunciou que o movimento da Nova Direita nos Estados Unidos, na década de 1980, declarou a mulher propriedade emocional e sexual dos homens e que a autonomia e a igualdade das mulheres amedrontam a família, a religião e o Estado. A autora aponta também as instituições que usualmente controlam a mulher: a maternidade em contexto patriarcal, a exploração econômica, a família nuclear e a heterossexualidade compulsória.

Infelizmente, esse discurso de meados de 1980 ainda está presente nos dias atuais no Brasil, nos movimentos conservadores da direita e extrema direita, em que se encontram os religiosos fundamentalistas e as instituições que continuam reproduzindo essas ideias, embora os movimentos sociais ditos de esquerda como os de igualdade racial e de gênero tenham resistido e conseguido avanços significativos na conquista de direitos.

Uma das grandes contribuições de Rich (2012) foi descrever, com base em Kathleen Gough, as características de poder masculino que reforçam a heterossexualidade: a negação da sexualidade feminina, por meio de cintos de castidade, clitoridectomia, infibulação, punição ao adultério ou lesbianismo, negação psicanalítica do clitóris; a relação sexual forçada com o marido, por estupro marital, incesto pai-filha, idealização do romance heterossexual; exploração do trabalho a fim controlar sua produção, pelo casamento e maternidade; utilização da mulher como objeto em transações masculinas, pelo dote, pelo casamento arranjado, pela cafetinagem; retirada da mulher das áreas de conhecimento e realização cultural, seja pela não educação das mulheres ou pela discriminação das mulheres nas profissões.

Essas características parecem ilustrar as diferentes formas de representação social que compõem os discursos conservadores predominantes em nossa sociedade, haja vista o elevado número de políticos eleitos na eleição de 2018 com discursos tradicionalistas de homofobia, misoginia e racismo.

Enfim, são inúmeras as formas de perpetuar o poder do homem e a autora alerta quanto ao controle da consciência, por exemplo, pela idealização do amor romântico e do casamento heterossexual e pelo apagamento da existência lésbica da arte, da literatura e do cinema. Ela considera a pornografia recurso importante para difamar a mulher, representada como presa natural do homem e mercadoria a ser consumida, para aproximar sexo e violência e para ampliar o comportamento heterossexual aceitável, reforçando a representação da heterossexualidade compulsória (RICH, 2012).

Entender como a heterossexualidade adquire o caráter compulsório é crucial para criticar posturas engessadas das feministas no processo de luta pela igualdade de direitos. Esse conjunto de regras, comportamentos e obrigações sujeitam as mulheres a uma condição fixa de

inferioridade e reforçam sistematicamente os papéis a serem desempenhados, tornando-se um círculo vicioso. Interessa saber como acontecem as mudanças, como se quebram os ciclos viciosos.

Para Moscovici (2007), as transformações ocorridas no seio da comunidade se explicam por duas razões: a primeira, as representações sociais convencionalizam objetos, pessoas e acontecimentos, ou seja, os definem e localizam em determinada categoria e, aos poucos, as experiências vão sendo encaixadas nas convenções. A segunda é que as representações são prescritivas e se impõem com força, através da tradição e das estruturas imemoriais, percepção e imaginação, ou seja, não estão diretamente relacionadas ao modo de pensar. Apesar desses condicionantes, existe certa autonomia nesses processos.

Segundo Moscovici (2007, p. 35) “Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem ou cultura.”. Assim, experiências e ideias passadas não estão mortas, pelo contrário continuam ativas ao serem penetradas pelas experiências atuais. O autor destaca ainda a importância e o sucesso com que as representações controlam a realidade de hoje através do ontem e da continuidade que isso pressupõe:

À luz da história e da antropologia, podemos afirmar que essas representações são entidades sociais com vida própria, comunicando-se entre elas, opondo-se mutuamente e mudando em harmonia com o curso da vida; esvaindo-se, apenas para emergir novamente sob novas aparências (MOSCOVICI, 2007, p. 38).

Essa explicação esclarece como no decorrer dos séculos XX e XXI os conceitos em torno do masculino e do feminino e das relações afetivas e amorosas das pessoas evoluíram e transformaram movimentos que se dispuseram a pensar e remontar a história por trás das representações dominantes.

Dentre variados autores e autoras que ousaram subverter a ordem vigente, Butler (2017), inova a definição de gênero, questionando convenções e rompendo prescrições. A autora pergunta o que é ser mulher e o que é ser homem e abala o conceito de identidade enquanto imobilidade, ampliando-a para uma categoria performaticamente construída que inclui outras possibilidades de identidades.

De acordo com Butler (2017), a noção binária de masculino/feminino exclui outras possibilidades de ser, restringindo o indivíduo a somente duas identidades de gênero e acrescenta que o gênero não pode se configurar enquanto uma inscrição cultural de significado em um sexo previamente dado: “[...] o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza [...]” (BUTLER, 2017, p. 27).

Ao passo que desmitifica a identidade fixa do gênero, Butler afirma que:

A perda das normas do gênero teria o efeito de fazer proliferar as configurações de gênero, desestabilizar as identidades substantivas e despojar as narrativas naturalizantes da heterossexualidade compulsória de seus protagonistas centrais: os homens e as mulheres (BUTLER, 2017, p. 252).

A rigidez da identidade de gênero não pode restringir os sujeitos, limitando-os em suas possibilidades de ser e existir. Retornando a Moscovici (2007), as representações sociais são criadas por pessoas e grupos por meio da comunicação e cooperação e, a partir daí, ganham vida própria e se propagam. Sua influência se torna maior quanto menos se pensa sobre o assunto e quanto menos consciência se tem dele.

Para se compreender e explicar uma representação é necessário que se remonte à sua origem, do contrário “Quanto mais sua origem é esquecida e sua natureza convencional é ignorada, mas fossilizada ela se torna.” (MOSCOVICI, 2007, p. 41).

Ao longo da história, as expressões do feminino foram depreciadas, construindo uma representação negativa do ser mulher, subordinada ao homem. O patriarcado encarregou-se, enquanto sistema de poder que mantém o domínio do homem, de impor regras e limites à atuação da mulher. Bourdieu (2017), já apontava a força do Estado na regulamentação do cotidiano da unidade doméstica através do patriarcado público. Em estados autoritários e paternalistas, a família patriarcal é o modelo de ordem social como ordem moral, baseada na superioridade dos homens em relação às mulheres, dos adultos sobre as crianças.

Cabe lembrar o conceito de família patriarcal enfatizado por Engels (2012) em que o pai é o chefe da família, a mulher e os filhos são “propriedades” do homem, os afazeres domésticos são responsabilidades da mulher e não são remunerados, reduzindo-os a condições próximas ao trabalho escravo e, enfim, a monogamia segue uma estreita articulação com a propriedade privada, enquanto uma forma de garantir a transmissão dos bens; isto é, anuncia uma relação de dominação e exploração de um sexo pelo outro, determinando a família enquanto unidade econômica.

Mais tarde, a família moderna adquiriu novas funções e intervenções. O Estado passou a vigiar a família, de certa forma, limitando o poder de punição do pai e primando pelos interesses da criança com preocupações sanitárias e educativas, fato que caracterizou a família como esfera pública e privada (SINGLY, 2007).

Em seguida, para Singly (2007) surgem outras compreensões de famílias: “família restrita” composta por pai, mãe e filhos; “famílias monoparentais” constituídas por um dos

cônjuges, em geral mães solteiras, viúvas ou divorciadas que passariam a ser chefes de famílias. Esses novos modelos causaram incômodos e transformaram as relações familiares.

As principais mudanças nesse sentido vieram do incansável trabalho crítico dos movimentos feministas no sentido de romper com a dominação masculina. Porém, as transformações na vida das mulheres se deram de forma mais acentuada nas camadas sociais favorecidas, por exemplo, o aumento do acesso ao ensino secundário e superior, o trabalho assalariado, o distanciamento em relação às tarefas domésticas e às funções de reprodução, o adiamento da idade de casar e de procriar, e, conseqüentemente, independência econômica e mudanças das estruturas familiares (BOURDIEU, 2017).

Além do surgimento de novos tipos de famílias, devido ao aumento nos números de divórcio, cresceu o número de mulheres que trabalham, afetando diretamente a divisão das tarefas domésticas e também os modelos tradicionais de masculino e feminino (BOURDIEU, 2017).

Entre essas mudanças, o detalhe essencial para o presente estudo foi a visibilidade pública de novos modelos de sexualidade, bem como de famílias homoparentais, ou seja, constituídas de parceiros ou parceiras do mesmo sexo.

Essa revolução na condição do ser mulher reverberou diferentemente em cada contexto social, político e cultural, tendo em vista os marcadores sociais de raça, gênero, classe e geração. E essa longa história ilustra o quanto há na Mulher, como a concebemos hoje, pequenas porções de feminino, de masculino e de tantas outras indefinições que precisam ser visualizadas, lembradas e questionadas visando desmitificar as funções relacionais, sexuais, sociais e culturais.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa é do tipo qualitativa, embasada no método hermenêutico-dialético visando compreender criticamente a realidade estudada.

A metodologia de pesquisa qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Ela dispõe-se a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores em relação a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2008). A pesquisa qualitativa necessita de uma abordagem interpretativa que tenha por objeto as percepções, concepções, valores e significados.

Para Minayo (2008), a hermenêutica, em seu esforço de compreender, parte da linguagem como o terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento e investe nas possibilidades da comunicação, marcada pela história e pela cultura. Desse modo, o discurso a ser analisado expressa um saber compartilhado com outros e influenciado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura. Cabe à sua práxis interpretativa explorar as definições de situação do autor, que o texto ou a linguagem em análise permite, tendo na cotidianidade o único mundo possível de consenso, de compreensão ou de estranhamento da comunicação intersubjetiva.

Em relação à dialética, a linguagem que reflete o mundo está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder (MINAYO, 2008). Entende-se a linguagem como veículo de informação e de dificuldade de comunicação, pois seus significantes e significados escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades.

Na tentativa de compreender a realidade, a dialética se utiliza dos princípios do conflito e da contradição, tomando-os como permanentes e que se explicam na transformação e considera que nada se constrói fora da história, logo, os seres humanos não são apenas objeto de investigação, mas também sujeitos de relações (MINAYO, 2008).

A dialética e a hermenêutica consideram que não há observador imparcial, que o investigador é parte da realidade investigada, que a práxis e as condicionantes da produção intelectual são marcadas tanto pela tradição, como pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico e, por fim, pelas ideias das condições históricas de

qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento (MINAYO, 2008).

Para Velho (1987), a objetividade do trabalho de pesquisa é garantida quando se consegue manter uma distância mínima que permita ao pesquisador estranhar e enxergar o que se destaca novamente, isto é, o que parece ser conhecido precisa ser aprofundado para que os pressupostos possam ser refutados ou confirmados e, para isso, é preciso desconfiar. Neste sentido, o trabalho científico deve se amparar na humildade e no controle de onipotência, pois o conhecimento advém de um sistema de interações cultural e historicamente definido. Sendo a realidade resultado de um filtro, ela é notada de forma diferenciada a depender do ponto de vista, das subjetividades, portanto há de se perceber o rigor científico enquanto objetividade relativa, sempre interpretativa.

6.2 Local e Período da pesquisa

A história de Sobral, Ceará, ao longo dos séculos XX e XXI, demonstra uma cidade com resquícios de conservadorismo, uma vez que a escravidão perdurou no município mais do que em qualquer outra cidade cearense. Ela foi a última do Estado a abolir esta prática, bem como a recordista em maior número de escravos. Outra marca específica é a religiosidade. Figuras religiosas são comumente citadas em sua história por terem sido detentoras de poder econômico, social, político e cultural; basta verificar seus nomes em teatros, ruas, praças e museus da cidade.

Essas características suscitam representações sociais tradicionalistas e conservadoras típicas da classe dominante. Em contraposição a essa percepção, o século XXI destaca Sobral enquanto o polo universitário de maior importância para a região norte do Estado. Universidades públicas como a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC) e várias faculdades particulares engrandeceram o cenário científico, econômico e cultural, diversificando as opiniões, os costumes e as tradições e alterando as ditas representações.

Sobral possui mais de 200.000 habitantes segundo estimativas para 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e é conhecida regionalmente como Princesinha do Norte. O município apresenta um sistema de saúde escola, ou seja, dispõe seus serviços para o processo de ensino-aprendizagem nos diversos níveis de graduação, especialização, pós-graduação. Essa característica faz do sistema de saúde local um laboratório de experiências inovadoras para a produção de tecnologias para o SUS. Porém, faz-se

necessário um resgate histórico da construção desse sistema local que visa compreender a organização da ESF.

O Sistema de Saúde de Sobral é formado por uma rede de atenção à saúde hierarquizada e regionalizada que apresenta serviços em diferentes níveis de complexidade, fator que o torna polo da macrorregião Norte do Ceará. Essa rede é constituída pela Atenção Primária, Atenção Especializada e Atenção Terciária à Saúde e, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2017), compreende 249 estabelecimentos e serviços distribuídos na rede pública e privada do município.

Em Sobral, segundo dados que constam no Plano Municipal de Saúde de 2017, a ESF possui 35 CSF, das quais 63 são equipes de Saúde da Família (eSF), 44 equipes de Saúde Bucal (eSB), 6 de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 3 equipes de Atenção Domiciliar e 2 Academias da Saúde, garantindo uma cobertura de 100% da ESF na sede e distritos (SOBRAL, 2017).

Em Sobral ainda não existe uma política municipal de saúde LGBT, porém há um olhar direcionado para as problemáticas dessa população, pois a Secretaria de Direitos Humanos, Habitação e Assistência através da Comissão da Diversidade Sexual desenvolve ações/eventos de visibilidade da diversidade sexual para o enfrentamento do preconceito e discriminação, como também para a promoção dos direitos e conquistas sociais. Ressalta-se algumas destas atividades: Mostra Curta Gênero (mostra de filmes curtos e longos com o tema de identidade de gênero e orientação sexual); I e II Semana da Diversidade - Colorindo Sobral; I Mostra For Rainbow de Cinema LGBT; Campanha: Cidadania tem nome – Sobre retificação do nome civil; I Colorindo a Universidade; I Plenária para a construção do plano de políticas públicas para LGBT de Sobral; Mesa Redonda “Dialogando sobre Direitos, Acesso e Atendimento da população LGBT nas políticas públicas de Assistência Social, Saúde e Educação”; I Mutirão para a retificação do nome de travestis e transexuais de Sobral; Exposição Fotográfica: “Transver o Mundo”; II Colorindo a Universidade; Curso Criando Oportunidades – Auxiliar Administrativo para jovens LGBT.

Por entender a ESF como porta de entrada do sistema de saúde, ordenadora do cuidado em saúde, que trabalha na perspectiva da promoção e prevenção, não apenas na assistência e reabilitação, o presente estudo investigou a percepção das mulheres lésbicas sobre o cuidado na ESF, suas implicações no acesso à saúde e no combate às iniquidades. A pesquisa foi desenvolvida ao longo do período disponibilizado pelo curso e segue o cronograma com detalhes.

6.3 Participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa são mulheres lésbicas residentes na cidade de Sobral, Ceará, que conhecem o CSF e se dispuseram a falar sobre sua orientação sexual, a descoberta da sexualidade e sua relação com a ESF. Os critérios de inclusão foram morar em Sobral há pelo menos um ano, ter idade igual ou superior a 18 anos, conhecer o CSF, ser lésbica e ter disponibilidade para falar sobre sua sexualidade. Os critérios de exclusão foram: ter idade inferior a 18 anos, não morar em Sobral ou morar há menos de um ano, não conhecer o CSF, não estar disponível para participar da pesquisa, ser mulher heterossexual, bissexual, travesti ou transexual. É importante esclarecer que para cada componente do espectro LGBT o contexto sócio-histórico é delimitado de acordo com as características peculiares do público-alvo, bem como suas respectivas demandas de saúde. Esse fato foi considerado para definir o público-alvo e a amplitude da pesquisa.

A pesquisa não estabeleceu previamente o número de participantes, mas, a partir do momento que as respostas das participantes começaram a se repetir, isso foi um indicativo de saturação. Desse modo, foram realizadas dezenove entrevistas semiestruturadas e uma foi descartada, pois se tratava de uma mulher bissexual.

Destaca-se que para manter o sigilo acerca dos nomes e dados pessoais das participantes da pesquisa, optou-se por identificá-las por nomes de cores, em uma alusão ao arco-íris (ampliando os nomes das cores para corresponder ao número de participantes), considerado símbolo da diversidade sexual; também foi informada a faixa etária das participantes e não a idade exata para não identificá-las.

6.4 Coleta de dados

A coleta de dados é uma etapa crucial para a pesquisa e, portanto, requer métodos específicos para que os resultados sejam validados.

Foi realizada previamente uma consulta informal a trabalhadores e gerentes dos CSF e à coordenação da APS sobre o cuidado destinado à população LGBT, especificamente às mulheres lésbicas, com a finalidade de delimitar o objeto da pesquisa. A resposta comum a todos é que não há nenhuma ação, atividade ou estratégia voltada a esse público. Alguns ouviram falar na política de saúde LGBT, mas não conhecem, outros nunca ouviram falar. Após alguns meses, a coordenação da APS realizou um momento de Educação em Saúde sobre a política de saúde LGBT com as gerentes dos CSF.

Para que se conhecesse o prontuário e as fichas de identificação, ou seja, documentos que pudessem identificar o público-alvo da pesquisa, foi feita uma visita ao CSF. Não consta no prontuário individual/familiar nenhum dado ou item referente à orientação sexual, identidade de gênero ou mesmo nome social. Porém, existe um documento utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) chamado de Cadastro Individual da Atenção Básica que contém os itens mencionados e que é preenchido e usado exclusivamente pelo ACS. O estudo em questão não obteve mais informações sobre esses dados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada que consiste em um conjunto de questões previamente definidas, nas quais o entrevistador, em momento oportuno, pode dirigir o assunto para o que realmente lhe interessa, inclusive com perguntas adicionais para esclarecer questões ou retomar o foco. Esse tipo de entrevista é bastante utilizado quando se pretende delimitar o volume das informações, intervindo para que o objetivo seja atingido (BONI; QUARESMA, 2005).

De acordo com Minayo (2008), a entrevista semiestruturada visa aprofundar reflexões acerca do objeto da pesquisa, pois sua composição permite perguntas fechadas e/ou abertas, por meio das quais o participante é convidado a discorrer livremente sobre a temática.

As entrevistas semiestruturadas foram aplicadas às mulheres lésbicas usuárias da ESF, conforme consta no Apêndice A. O roteiro da entrevista foi pensado para satisfazer os objetivos da pesquisa, mas o tema central exigiu uma aproximação inicial para adentrar o assunto da sexualidade em virtude de questões subjetivas, familiares e sociais que poderiam gerar constrangimento nas participantes. Por isso, antes de começar a entrevista, a pesquisadora explicou o estudo e esteve junto a cada participante para preencher os dados sociodemográficos, interagindo e esclarecendo dúvidas. Esse tipo de entrevista permite uma maior flexibilidade para fazer perguntas e direcioná-las para atingir os objetivos.

O contato se deu através da técnica de *snow-ball*, que consiste em localizar pessoas que possam indicar possíveis participantes, construindo uma rede de referências para se chegar ao público desejado (TOLEDO, 2013). Também chamada de amostra em bola de neve, a técnica é usada para encontrar grupos difíceis de serem acessados e para estudar questões delicadas, de âmbito privado. Inicialmente faz-se necessário identificar informantes-chave, nomeados de sementes, no intuito de localizar pessoas com o perfil da pesquisa. Em seguida, as pessoas localizadas indicam outras e assim sucessivamente. De acordo com o interesse do pesquisador, a amostragem pode crescer ou saturar-se, à medida que os novos nomes encontrados não trazem novas informações para a análise proposta (VINUTO, 2014).

Para encontrar o público-alvo da pesquisa, foi necessário buscar informações sobre grupos LGBT no município, para em seguida tentar filtrá-las. Depois de algumas tentativas improdutivas, houve a IV Conferência Municipal de Saúde no corrente ano, em que o tema da saúde LGBT emergiu, gerando discussões e encaminhamentos significativos para a representatividade das pessoas LGBT no Conselho Municipal de Saúde. Nesse momento, a pesquisadora identificou pessoas que atuam direta ou indiretamente com o público-alvo do estudo, apresentou a pesquisa e solicitou ajuda para localizá-lo.

A pesquisadora localizou a presidente da instituição Sociedade para o Apoio da Família Sobralense (SAFS) enquanto semente, pois ela acolhe grupos de jovens LGBT. A partir daí, identificou-se um grupo de jovens mulheres que jogam futsal na quadra da escola próxima à sede da SAFS. A pesquisadora foi ao encontro do grupo, apresentou-se, falou sobre a pesquisa e os aspectos éticos, como forma de garantir o sigilo das informações, e perguntou se alguém gostaria de participar. Com as mulheres que se disponibilizaram foi agendado um horário e um local, escolhido por elas, para a realização das entrevistas. As entrevistas se deram na própria escola, em um espaço reservado.

Outras sementes foram identificadas e seguiu-se o mesmo processo. Os locais foram escolhidos pelas participantes, dentre eles: locais públicos, como praças e a margem do Rio Acaraú, e também domicílios de amigas e das próprias entrevistadas. Foi ressaltada pela pesquisadora a necessidade de preservar o sigilo das entrevistas, portanto buscou-se, mesmo em espaços públicos, um local mais isolado onde não houvesse interferência.

6.5 Análise e interpretação dos dados

Para interpretar os dados coletados na pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo enquanto técnica de análise de dados em pesquisa qualitativa. Para Bardin (2016) se trata de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que consiste na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens por meio de índices, quantificáveis ou não, que buscam efetuar deduções lógicas e justificadas. Nesse tipo de análise, a ênfase recai na semântica, ou seja, no significado das palavras.

A opção pela análise de conteúdo temática se deu porque ela permite a noção de tema que comporta um conjunto de relações, podendo ser graficamente representada por uma palavra, expressão ou resumo e condensa significados, cuja presença ou frequência de núcleos de sentido tenham relação com o objeto investigado. Ao usar a análise temática, “o tema é a

unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 2016, p. 135).

Bardin (2016) descreve três etapas essenciais para a análise. A primeira é a etapa da pré-análise, de organização propriamente dita, que objetiva operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Para realizá-la exigem-se três missões: a escolha dos documentos, a formulação de hipótese e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A segunda etapa é de exploração do material e de administração sistemática das decisões tomadas, que consiste essencialmente nas operações de codificação, decomposição ou enumeração, em virtude de regras antecipadamente formuladas. A codificação é uma transformação dos dados brutos que se dá por recorte, agregação e enumeração para chegar a uma representação do conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2016).

A última etapa é a do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual os resultados brutos são lapidados através de regras estatísticas simples ou complexas que possibilitam determinar quadros de resultados, figuras que agregam e destacam as informações obtidas na análise (BARDIN, 2016).

As palavras e frases são consideradas pelo sentido semântico para conduzir a um sentido e formar a categoria temática. Caminha-se em direção à unidade de registro que “é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando à categorização e a contagem frequencial” (BARDIN, 2016, p. 134).

Inicialmente, foram feitas transcrições na íntegra das entrevistas realizadas, em seguida leituras exaustivas destas e, conseqüente, identificação de temas relacionados às teorias e objetivos da pesquisa para agrupá-los por semelhança em tópicos de sentidos. Depois, elas foram organizadas e contabilizadas por ordem de repetição em contextos de sentido para constituir as categorias temáticas. A pertinência de uma categoria é considerada quando adaptada ao material de análise escolhido e inserida no quadro teórico definido (BARDIN, 2016).

As duas primeiras categorias descritas no estudo foram identificadas de forma mais rápida e acredita-se que isso se deu devido ao contexto teórico de violência que cerca o tema em questão. Foi necessária uma análise detalhada dos conceitos de heterossexualidade e homofobia para definir os tênues limites que os separam.

As demais categorias foram condensadas de forma lenta e gradual, respeitando o princípio da homogeneidade, tendo em vista que, segundo Bardin, deve haver um único princípio de organização: “Num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registro e com uma dimensão de análise” (BARDIN, 2016, p. 150).

Finalmente, após agrupamento, correlação com as teorias da pesquisa e processo de codificação, as categorias se concretizaram em duas grandes temáticas que foram subdivididas em dois outros tópicos conforme mostram os Quadros 1, 2, 3 e 4.

Quadro 1 – Temas relacionados à categoria Violências e Iniquidades em Saúde, subcategoria Heterossexualidade compulsória.

TEMAS	SUBCATEGORIAS
<p>Por mais que a gente não tenha relação com homem, mas eles precisam que a gente faça o teste de gravidez.</p> <p>Não era um sentimento de amiga, eu achava que era uma coisa errada.</p> <p>Os profissionais estão acostumados a atender pessoas heterossexuais.</p> <p>Esse cuidado a saúde seja ignorado.</p> <p>Muitas vezes, ela não se sente a vontade para dizer quem ela é.</p> <p>Mas dentro de um relacionamento heterossexual, eu sabia que eu não gostava, mas era para me esconder de mim mesma e das pessoas.</p> <p>Entrei no relacionamento hétero e na igreja, os dois lados, realmente para eu não aceitar e esconder aquilo que eu sentia.</p> <p>Eu me descobrir lésbica foi um impacto, porque tinha uma pressão interna que isso não era normal.</p> <p>Tinha uma pressão social de tantas pessoas cobrarem eu ser diferente.</p> <p>Eu queria ser normal para as pessoas, então acabei me relacionando heterossexualmente.</p> <p>Me envolvi sexualmente com alguns caras, só que foram frustrantes e dolorosas.</p> <p>Eu tinha medo porque as pessoas colocavam na minha cabeça de como a gente ia transar sem o pênis.</p> <p>Foi muito difícil para mim porque era errado, foi o que foi me ensinado.</p> <p>Pressão psicológica.</p> <p>Ela (profissional) não me perguntou como era a minha vida sexual, se com homem ou com mulher.</p> <p>Na prevenção, ela (profissional) acabou me machucando.</p> <p>Eles (profissionais) agiram como se só fizessem prevenção em heterossexuais.</p> <p>Minha mãe achava que eu precisava de ajuda psicológica, médica, que era coisa passageira.</p>	<p>Heterossexualidade Compulsória</p>

<p>Comecei a ficar com meninas e fiquei confusa, achava que aquilo era passageiro. A gente é criada para ser heterossexual.</p> <p>Minha família toda achava que eu era heterossexual.</p> <p>Essa força de barra da sociedade querer essa heterossexualidade, eu acho que me confundiu.</p> <p>Em momento algum, elas (profissionais) me perguntaram se eu era lésbica. Elas vão logo achando que nós somos heterossexuais.</p> <p>A impressão que eu tinha é que eu não tinha uma sexualidade aflorada, não tinha muitos desejo sexual.</p> <p>Em relação à sexualidade, na verdade, não é nem perguntar, é ignorar. Acho que é de não saber perguntar, de não se ter um conhecimento sobre, uma sensibilidade.</p> <p>A gente é ensinada desde criança a gostar de menino, a querer menino.</p> <p>Quando você não tem uma sexualidade padrão, sempre é angústia e dor.</p> <p>Nossa, eu quero ser igual às meninas da minha idade que gosta de menino, de maquiagem.</p> <p>Comecei a namorar meninos mesmo não sentindo vontade.</p> <p>Era muito ruim a gente viver uma vida que não é da gente.</p> <p>Nesse contexto de lésbica, não tem nenhum tipo de prevenção à doença. Não tem nada para a saúde da lésbica.</p> <p>Eles (gestores) nem olham para esse lado da gente. Eles nem imaginam, para eles tanto faz como tanto fez, é insignificante.</p>	
--	--

Fonte: Própria.

Quadro 2 – Temas relacionados à categoria Violências e Iniquidades em Saúde, subcategoria Lesbofobia, preconceito e discriminação.

TEMAS	SUBCATEGORIAS
<p>A comunidade tem o padrão dela, é homofóbica.</p> <p>Não tinha coragem por causa do preconceito.</p> <p>Quando eu me afastei da igreja, eu fui descobrindo outras pessoas, novas pessoas.</p> <p>Meu pai ficou sem falar comigo, ele não aceitou.</p> <p>Meu irmão ficou com raiva porque todo mundo da rua já sabia.</p> <p>Eu sinto que as pessoas olham diferente quando estou com minha namorada.</p>	

<p>Não abrange a gente.</p> <p>A mulher começou a falar em deus, para eu procurar deus.</p> <p>Eu tive um impacto lá, nunca mais quero ir lá.</p> <p>Eu acho que eles olhariam diferente, com preconceito.</p> <p>É a falta de respeito com as pessoas LGBT.</p> <p>Tem gente que tem muito preconceito. Deveria melhorar bastante porque tem pessoas que sofrem com isso.</p> <p>Sofri preconceito familiar vindo do meu próprio pai.</p> <p>A minha mãe não aceitou de uma boa forma. Chegou ao ponto dela me expulsar de casa.</p> <p>Porque já era difícil para mim e sem o apoio da família.</p> <p>Foi um período de muita opressão porque ela era homofóbica.</p> <p>Muita gente tem medo de se revelar.</p> <p>Essa menina quando crescer vai ser homenzinho.</p> <p>Nós lésbicas, somos pessoas esquecidas, a gente tem um número que é real, de lesbocídio no Brasil que é absurdo.</p> <p>O meu estilo visto na sociedade como másculo. Mas eu sou mulher lésbica, eu nunca me vi como homem.</p> <p>Você nota como você é atendida quando é lésbica e quando não é lésbica.</p> <p>Minha mãe me levou a igreja, que eram espíritos. Que isso era coisa do inimigo, participei de rodas de oração.</p> <p>Sofrendo em casa. Não eram só agressões físicas. Tinha muita agressão verbal.</p> <p>Ameaças.</p> <p>É lésbica e tem medo, sofre. Tem medo da reação da população.</p> <p>Minha família não sabe ainda. Porque tenho medo deles ficarem contra mim.</p> <p>Porque tem muita gente que não gosta disso, é preconceituoso.</p> <p>Não aceitação familiar e social.</p> <p>Eu estava em movimento da igreja católica. Então eu comecei a questionar o que a religião diz.</p> <p>Que ela (mãe) dizia que eu não precisava ser aquilo, porque eu poderia ter um futuro, mas porque eu era lésbica eu não ia ter.</p> <p>Eu não me sentia confiável de dizer para enfermeira sobre minha orientação sexual.</p>	<p>Lesbofobia, preconceito e discriminação</p>
---	--

<p>Quando a saúde vai tratar o LGBT, vai muito mais para o lado da AIDS.</p> <p>O desafio é dar visibilidade, entender que público é esse. Entender que saúde é essa que não é comum.</p> <p>Não vejo política, promoção da saúde para a mulher lésbica.</p> <p>Eu sabia que a família jamais iria aceitar.</p>	
---	--

Fonte: Própria.

Quadro 3 – Temas relacionados à categoria Desafios ao Cuidado das Mulheres Lésbicas na ESF, subcategoria Família, espaço de apoio e resistência.

TEMAS	SUBCATEGORIAS
<p>Foi fácil pra mim porque no segundo relacionamento eu me juntei e minha família aceitou.</p> <p>Sempre aceitaram porque tenho duas irmãs que também são lésbicas.</p> <p>A minha mãe aceitou de boas. Ela viu que eu era bem mais feliz com isso.</p> <p>Eu comecei a me aceitar a partir do momento que minha mãe me aceitou.</p> <p>Eu nunca fui de sentar na cadeira com meus pais porque eles sempre me aceitaram.</p> <p>Minha família o apóia, também assim como me apóia. Minha mãe sempre nos apoiou.</p>	<p>Família, espaço de apoio e resistência</p>

Fonte: Própria.

Quadro 4 – Temas relacionados à categoria Desafios ao Cuidado das Mulheres Lésbicas na ESF, subcategoria Necessidades de saúde das mulheres lésbicas.

TEMAS	SUBCATEGORIAS
<p>Um canal de conversa com as lésbicas.</p> <p>Tem um desafio que é escutar, escutar.</p> <p>A formação do profissional precisa ser feita.</p> <p>Deveria ter mais conhecimento de saber que a gente existe. Ter conhecimento sobre LGBT, sobre lésbicas.</p> <p>Uma campanha de conscientização que as mulheres lésbicas se sintam à vontade para procurar o posto de saúde.</p> <p>Uma orientação voltada para os agentes de saúde, de forma a saber que existe mulheres com orientação sexual lésbica.</p> <p>Identificar e perguntar.</p>	

<p>Falta um cuidado específico.</p> <p>Falta empatia.</p> <p>Ter roda de conversa onde tivesse algo do interesse dessas pessoas para se entender melhor.</p> <p>Eu sinto mais falta é de algo voltado para a população LGBT, no caso as lésbicas. Porque eu nunca tive uma orientação voltada para as relações sexuais homoafetivas.</p> <p>É uma pergunta que é escondida, a agente de saúde tem vergonha de perguntar se você é lésbica.</p> <p>Identificar esse público para dar visibilidade. Tem que ter uma atenção específica, especializada.</p> <p>Apoio à essas pessoas.</p> <p>Muitas ficam expostas à outras situações de violências ou uso abusivo de substâncias.</p> <p>Maior dificuldade de enxergar essa população.</p> <p>Ter mais respeito. Receber a pessoa do mesmo jeito, tipo mulher com homem.</p> <p>Saber abordar sem estigmatização, sem preconceito.</p> <p>Uma reunião com essas pessoas, pois tem gente que tem dúvidas da sexualidade, da orientação sexual.</p> <p>Gestores também são homofóbicos, fixam em um padrão. Se eles apoiassem a gente, conversassem sobre nossos direitos, nossa condição.</p> <p>Pessoas tem que se por no lugar das pessoas. Essa questão da empatia.</p> <p>Rever o protocolo de atendimento, gerar um diferente.</p> <p>Perguntar qual sua orientação sexual.</p> <p>Conversar para ela (lésbica) se sentir acolhida.</p> <p>Discutir sobre a saúde das lésbicas.</p> <p>Identificar. Até mesmo para contar como dados.</p> <p>Campanha dentro do posto de saúde.</p> <p>Quem são as mulheres lésbicas que frequentam ali, como elas se cuidam, qual é a frequência que vão ao posto de saúde.</p> <p>A lésbica para mim, nesse caso, ela não é vista no posto de saúde. Não é vista como mulher lésbica.</p>	<p>Necessidades de saúde das mulheres lésbicas</p>
---	--

<p>Capacitar os profissionais para atender esse quadro de pessoas. Porque ainda existe muito preconceito.</p> <p>Treinamentos para profissionais da saúde.</p> <p>Alguma coisa específica para ajudar porque muita gente tem isso, não se aceita.</p> <p>Cai em depressão.</p> <p>Ter algumas palestras ajuda.</p> <p>Abordar os temas, fazer palestras.</p> <p>De procurar um psicólogo.</p> <p>Os postos de saúde poderiam entrar nessa questão de atendimento voltado a isso.</p> <p>O desafio ainda é o preconceito da sociedade.</p> <p>Ter um olhar, um direcionamento para a equipe (de saúde).</p> <p>Formação. Educação permanente.</p> <p>Saber como tratar, como acolher.</p> <p>Falta conhecimento das informações.</p> <p>Falta sensibilidade.</p> <p>Existe uma importância em falar sobre isso, porque existe pessoas que fazem parte da população e que não estão recebendo esse cuidado.</p> <p>É uma postura. Um posicionamento político.</p> <p>O desafio é sensibilizar as pessoas.</p> <p>Um suporte para mulheres lésbicas que estão se descobrindo.</p> <p>Para mim, o serviço que seria legal seria a psicologia. Atendimento psicológico especializado.</p> <p>Falta chegar a informação.</p>	
--	--

Fonte: Própria.

6.6 Aspectos éticos

Objetivando contemplar os requisitos éticos de pesquisas com seres humanos, conforme prevê a resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto intitulado “A percepção do cuidado às mulheres lésbicas na Estratégia Saúde da Família” foi submetido à apreciação da Comissão Científica e, posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa da UVA e aprovado com o parecer nº 3.377.713 (ANEXO A).

Apenas após a emissão do parecer positivo, as ações da pesquisa se iniciaram. Os convidados para a realização do estudo preencheram duas vias do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), das quais uma ficou com o pesquisador e a outra em posse do participante. No termo fica explícito o objetivo da pesquisa e o esclarecimento de possíveis dúvidas. Antes da realização da entrevista, foi feita a leitura e explicação do TCLE para, em seguida, solicitar-se ao participante que preenchesse o documento após compreender todos os tópicos apresentados. Consta também neste documento que o pesquisador pode utilizar diversos meios para coleta de material, tais como entrevista aberta ou semiestruturada, questionários e grupos focais, se for o caso, bem como registrar o conteúdo da entrevista por meio de instrumento de captação de áudio e utilizar as falas registradas como dados de pesquisa para dissertação de mestrado e possíveis publicações futuras.

O convidado pode se recusar a participar ou descontinuar sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo de qualquer natureza. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa pessoalmente, ou através do telefone do pesquisador, disponível no TCLE.

O envolvimento nesta pesquisa não prevê quaisquer complicações legais aos seus participantes, assim como não representa nenhum risco à sua integridade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e o orientador tiveram conhecimento do seu conteúdo. Todos os dados utilizados para fins de pesquisa ou publicação garantem o anonimato do participante e sua utilização foi consentida pelo participante, no ato do preenchimento do TCLE.

6.7 Impressões durante a pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi delimitada após exaustivas discussões acerca do objeto de estudo. Inicialmente, o estudo tinha como público-alvo as pessoas LGBT, porém, após a qualificação do projeto de pesquisa e reflexões junto à orientadora, chegou-se à conclusão de que era necessário limitar o público devido à especificidade de cada integrante do universo LGBT. A singularidade de cada componente requer aprofundamento teórico que submete a pesquisa a um caminho distinto. Portanto, optou-se por estudar as mulheres lésbicas, por motivos já expostos anteriormente, dentre os quais está o fato de ser um público ainda pouco pesquisado e que continua invisibilizado e discriminado.

Modificar o projeto para contemplar os novos objetivos provocou o desafio de aprender e compreender outras relações. Leituras, reflexões e conhecimentos, já absorvidos, tiveram que ser refeitos em uma nova perspectiva. Por outro lado, foi estimulante conhecer mais sobre o tema, embora árduo e desafiador. Por não ser uma especialista em gênero, sexualidade

e cultura, e sim uma trabalhadora do campo da saúde, a pesquisadora precisou adentrar ao universo das ciências sociais e antropologia, fato que exigiu dedicação, coragem e humildade.

A etapa seguinte, ir a campo encontrar as mulheres lésbicas, não foi difícil em função da experiência profissional da pesquisadora em conhecer a rede intersetorial e ter contatos pessoais e profissionais com pessoas e instituições envolvidas no cuidado ao público-alvo. A forma de contatar foi descrita anteriormente.

A chegada até elas, o contato em si, é sempre inusitado, mas foi realizado com tranquilidade e confiança, critérios essenciais para um tema tão delicado como a sexualidade. Ao falarem sobre a descoberta da sexualidade, algumas participantes se emocionaram, outras puderam refletir sobre suas vidas e algumas simplesmente contaram como se fosse qualquer outro fato. Para a pesquisadora, o fato de elas compartilharem algo tão íntimo soou como um voto de confiança e resistência, pois em determinadas falas havia um tom de denúncia por não serem notadas pela saúde

No imaginário da pesquisadora, era presumido que as participantes pudessem ficar constrangidas ao falar sobre sexualidade, mas nenhuma se negou a falar, mesmo as mais tímidas falaram abertamente. Em alguns momentos foi preciso reconduzir o diálogo para o foco do estudo, pois algumas se sentiram à vontade a ponto de contarem mais experiências amorosas. As lésbicas mais jovens, quase todas, pareciam falar com mais destreza e confiança sobre a revelação da sexualidade aos familiares e até mesmo para a comunidade onde moram. Essas surpresas são interessantes do ponto de vista não só das descobertas, mas também para a desconstrução dos conceitos pré-determinados da pesquisadora.

Após essa fase a entrevista era direcionada para a relação com o cuidado no CSF: se frequentavam o CSF ou não e por que, como eram acolhidas, se havia algum serviço ou orientação específico para mulheres lésbicas; se faziam o exame de prevenção de câncer de mama e de colo de útero no CSF, como era realizado, como foram abordadas pelo profissional de saúde e, se não faziam o exame, por que não o faziam; se suas demandas de saúde foram atendidas e quais seriam essas demandas, em suma, se seus direitos enquanto mulheres lésbicas eram respeitados.

A linguagem da pesquisadora durante a entrevista foi adaptada para melhor compreensão das participantes. Também foi respeitado o tempo e a interpretação das respostas das participantes.

Em suma, a experiência de estar em campo pesquisando é uma aventura inédita que desperta curiosidades e conhecimentos, mas principalmente a humildade em reconhecer que, por mais densa e extensa que seja a pesquisa, ela é apenas uma parte de uma imensidão.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas 18 entrevistas a mulheres lésbicas com idades entre 18 a 39 anos, moradoras de bairros variados da cidade de Sobral, a saber: Centro, Dom José, Pedrinhas, Expectativa, COHAB II, Tamarindo, Terrenos Novos e Alto da Brasília. Os dados sócio demográfico das participantes da pesquisa estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1- Características sócio demográficas da população do estudo.

Características	N¹	%
Cor, raça ou etnia		
Parda	7	38,8
Branca	5	27,7
Negra	5	27,7
Índia	1	5,5
Renda		
Até um salário mínimo	7	38,8
De 1 a 2 salários mínimos	2	11
De 2 a 3 salários mínimos	6	33,3
Não possuía renda	3	16
Religião		
Não possuía religião	7	38,8
Católica	7	38,8
Agnósticas/ateias	3	16
Espírita	1	5,5
Praticantes/atuantes da religião		
Sim	5	27,7
Não	13	72,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental	3	16
Ensino Médio	8	44,4
Ensino Superior	5	27,7
Pós- graduação	2	11
Faixa etária		
18 a 29 anos	14	77,7
29 a 39 anos	4	22,2

Fonte: Própria

N¹= 18

Embora o presente estudo não tenha o objetivo de quantificar e comparar estatisticamente com outras pesquisas, as informações servem para ilustrar o perfil das participantes.

A pesquisa trouxe elementos importantes para a análise que precisaram ser classificados em categorias a fim de sistematizar as informações coletadas. As categorias temáticas formaram dois grandes eixos que se dividiram em subcategorias mais específicas. A primeira foi intitulada Violências e Iniquidades em Saúde e a segunda Os Desafios ao Cuidado das Mulheres Lésbicas na Estratégia Saúde da Família.

Conforme explicitado na metodologia, o critério de categorização adotado na pesquisa foi de categorização temática, que objetiva condensar a semântica implícita nas falas. Os dados foram categorizados de forma organizada e estruturada sem que se perdesse a noção do todo, respeitando a subjetividade de cada sujeito no qual se buscou perceber o significado do discurso.

7.1 Violências e Iniquidades em Saúde

7.1.1 Heterossexualidade Compulsória

Uma categoria presente nas falas das participantes, a heterossexualidade compulsória caracteriza-se pela imposição social da heterossexualidade enquanto única autêntica forma de sexualidade, apoiada no binarismo que inferioriza a homossexualidade e desconsidera outras formas de expressão da sexualidade.

A experiência lésbica na perspectiva da heterossexualidade compulsória é percebida em uma variante que vai do “desviante ao odioso ou a ser simplesmente apresentada como invisível” (RICH, 2012, p. 21). Os relatos abaixo parecem ilustrar as ideias de Rich (2012), principalmente no que se refere à existência lésbica enquanto registro da presença histórica das lésbicas, bem como ruptura de um tabu pela negação de um modo compulsório de vida e rejeição ao direito masculino de acessar as mulheres.

As falas demonstram um sofrimento psíquico associado à expressão de suas sexualidades:

Quando eu me descobri lésbica foi um impacto porque sempre tive diálogo com a minha mãe e eu sofri uma pressão interna de mim mesma querendo entender como eu faria para ter essa conversa com ela, esse diálogo de algo que não era normal, entendeu? E que eu também sofria uma pressão social de tantas pessoas me cobrarem de eu ser diferente (Azul clara, 18 a 29 anos).

Eu atribuo que a gente é criada para ser heterossexual... Então eu acho que essa forçação de barra da sociedade querer essa heterossexualidade, eu acho que talvez me confundiu um pouco (Vermelha clara, 30 a 39 anos).

Eu acho que é muito louco descobrir sobre sexualidade porque a gente é ensinada desde criança a gostar de menino, a querer menino (Laranja, 18 a 29 anos).

Valadão e Gomes (2011) se embasam em uma pesquisa realizada no Brasil que aponta 89% de pessoas contra a homossexualidade masculina e 88% contra a lesbiandade e bissexualismo das mulheres e afirmam que o resultado pode ilustrar a ideia hegemônica do imaginário social de que a sexualidade deve ser a heterossexual.

Várias participantes da pesquisa relataram ter iniciado um relacionamento heterossexual como forma de satisfazer exigências sociais, familiares e pessoais, pois precisavam se reconhecer “normais”. A atitude gerava desconforto, sofrimento, confusão, práticas sexuais dolorosas e até casamentos.

Iniciei um relacionamento amoroso bem cedo, com 15 anos... Um relacionamento hétero que eu sabia que eu não gostava. Para eu poder esconder de mim mesma e esconder das pessoas... Ele cobrou até que chegou ao ponto de termos relação sexual e que foi horrível (Vermelha escura, 30 a 39 anos).

O fato de eu ter um relacionamento heterossexual era mais uma questão social, hoje eu consigo perceber isso... Me envolvi sexualmente com alguns caras. Só que foram frustrantes, dolorosas, todas as vezes, eu entrei em crise existencial (Azul claro, 18 a 29 anos).

Então eu não queria assumir de maneira nenhuma, eu olhava no espelho e não queria assumir que eu era diferente, então eu comecei a namorar meninos, mesmo não sentindo vontade... Então eu casei aos 15 anos e comecei a ter filhos aos 16... Eu sempre me escondia atrás do casamento, então para mim era sempre muito forçada, era muito ruim a gente viver uma vida que não é da gente (Lilás, 30 a 39 anos).

De acordo com as narrações acima, os efeitos da não aceitação de si enquanto sexualidade divergente do padrão caracteriza uma vulnerabilidade, o que torna a orientação sexual e a identidade de gênero determinantes sociais da saúde.

As falas acima trazem um conteúdo de intenso sofrimento psíquico, a ponto das participantes se forçarem a fazer algo contra suas vontades e desejos para satisfazer as regras sociais impostas. E violentam-se para manter um padrão de comportamento socialmente aceito. A frase final de Lilás “...era muito ruim viver uma vida que não é da gente” registra a crueldade da heterossexualidade compulsória.

Para Toledo (2013), as famílias se dedicam ativamente a cumprir as premissas da heteronormatividade, para que seus filhos e filhas se tornem heterossexuais e, por isso, não abrem mão do controle do dispositivo da sexualidade. Para exemplificar, Toledo (2013) cita

um caso de uma lésbica cujo pai, ao desconfiar de sua dissidência erótica, imediatamente lhe providenciou um namorado, prometeu pagar sua faculdade e, ao mesmo tempo, fez-lhe pressão social, questionando o que as pessoas iriam pensar do fato de que ela ainda não tinha um namorado.

As participantes que fizeram o exame de prevenção ao câncer de mama e de colo de útero no CSF perceberam o direcionamento da consulta para mulheres heterossexuais, ou seja, os profissionais de saúde partem do pressuposto da heterossexualidade, não perguntam sobre a orientação sexual, no máximo indagam sobre a frequência de relações sexuais. Quando as participantes dizem ter relações sexuais com mulheres, os profissionais ignoram essa informação, chegando a prescrever exames de gravidez.

Em momento algum elas perguntaram se eu era lésbica... Mas o ponto é que elas acham que nós somos mulheres heterossexuais... E o ponto que eu acho é esse que ela deveria perguntar primeiro é se eu era lésbica, qual é a minha orientação sexual (Vermelha clara, 30 a 39 anos).

Eu também não me atentei de falar, mas ela não me perguntou como era a minha vida sexual, se era com homem ou com mulher. Só perguntou se eu era sexualmente ativa... E na hora da prevenção, acabou me machucando. Aí eu falei, no momento que estava machucando, eu disse que me envolvo com mulheres; o que fica diferente, a vagina é diferente (Creme, 18 a 29 anos).

Minha menstruação passou seis meses sem vir, por mais que a gente não tenha relação com homem, mas eles precisam que a gente faça o teste de gravidez. E eu fiz, mesmo dizendo para eles que eu não tinha relação com homens (Verde escuro, 18 a 29 anos).

É importante esclarecer que a prevenção ao câncer de colo de útero e de mama na ESF no município pesquisado segue um fluxo: o primeiro contato da consulta de prevenção é feito pelo profissional da enfermagem. Caso seja diagnosticado algum problema, o caso é passado para o médico do CSF ou, dependendo da gravidade, para o ginecologista em outro nível de atenção à saúde.

Essas declarações das participantes criam reflexões complexas. O fato de o profissional pressupor a heterossexualidade gera desconforto, constrangimento, orientações equivocadas e também iniquidades, uma vez que mulher lésbica continua vulnerável às IST, haja vista que suas demandas de saúde específicas enquanto mulher lésbica não são satisfeitas e o profissional não faz nenhuma orientação voltada às práticas sexuais das lésbicas, deixando-as suscetíveis às IST e AIDS.

Os resultados obtidos nos estudos de Rodrigues (2018) corroboram essa postura de reforço da heterossexualidade a ponto de se desconsiderar a sexualidade das mulheres lésbicas, ignorando suas práticas sexuais frente à consulta com o ginecologista. Os resultados estabelecem: de 40% a 60% não revelam sua orientação sexual; entre as que revelam, apenas

5,1% o fez devido à abordagem do profissional e 88,6% foi por iniciativa própria; 30,6% saíram da consulta com receita de contraceptivo; 19,4% com preservativo masculino e 3,2% com pedido de exame de gravidez.

Os resultados de um estudo específico da enfermagem (TEODORO; FELIPE; TEODORO, 2014) concluem que a orientação e o cuidado em saúde são insatisfatórios quando se compreende a mulher como ser heterossexual; logo, conhecer a orientação sexual do usuário é essencial para a prestação de uma assistência condizente com as especificidades das práticas sexuais das lésbicas. Por fim, a enfermagem, enquanto gerenciador de equipe, assume a responsabilidade de romper preconceitos para se efetivar o cuidado.

Valadão e Gomes (2011) reforçam que há um conjunto de forças para manter a ordem heteronormativa que se traduz em escassa produção científica sobre o tema da saúde lésbica. Por sua vez, Almeida (2009) acrescenta que o modelo biomédico produz profissionais generalistas incapazes de reconhecer as diferenças. Essas percepções demonstram um despreparo dos profissionais para lidar com as diferentes sexualidades e também impedem que as mulheres assumam sua lesbiandade ou bissexualidade (ALMEIDA, 2009; FACCHINI, BARBOSA, 2009).

Facchine e Barbosa (2009) apontam o contexto de discriminação em que são organizados os serviços de saúde, partindo do pressuposto da heterossexualidade das usuárias.

O MS vem alertando sobre a dificuldade do profissional de saúde em abordar a orientação sexual de mulheres homoafetivas há quase duas décadas (BRASIL, 2003). O presente estudo não afirma que nada tenha sido feito para minimizar ou sanar o problema, mas que ele persiste. Embora a Política Nacional LGBT tenha sido uma grande conquista, na prática, as políticas da diferença têm sido rechaçadas pela lógica hegemônica que sustenta os binarismos excludentes como forma de perpetuar a dominação de uns sobre outros. Uma política que prima pelos direitos de minorias como foco principal de atuação enfrenta o desafio da articulação intersetorial para evocar mudanças substanciais nas realidades, uma vez que necessita de estratégias particularizadas, pensadas para determinado grupo e contexto específico, e enfrenta um inimigo comum: a noção equivocada de que todos são iguais, portanto devem ser seguidas as mesmas regras e estratégias para todos.

Contra essa lógica excludente e perversa que globaliza e generaliza o processo de trabalho em saúde, um princípio do SUS carrega a missão ética de um cuidado equânime, fundamentado no reconhecimento da diferença para, a partir daí, e somente daí, pensar o cuidado. Perceber o outro em sua singularidade implica assumir a pluralidade e encarar o fato de que pessoas são diferentes, pensam, sentem e desejam de forma diversa.

Segundo Barbosa e Koyama (2006), o câncer de mama e o de colo útero são acentuados nas lésbicas devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, reconhecer que as lésbicas, enquanto mulheres diferenciadas, pouco acessam os serviços de saúde (FACCHINI; BARBOSA, 2006; BARBOSA; FACCHINI, 2009; RODRIGUES, 2018) implica, necessariamente, em tomada de decisões para reverter esse quadro, já que as evidências sugerem descaso e iniquidades.

Para Rich (2010), uma forma de perpetuar a heterossexualidade compulsória é a destruição de registros, memórias e cartas que ostentam a existência lésbica. Portanto, esses registros evidenciam a existência das lésbicas como formas de combate às iniquidades em saúde, mas também como um ato de resistência ao “hetero-patriarcado” (SEIBT, 2019).

7.1.2 Lesbofobia, preconceito e discriminação

Como esperado e comprovado por muitos estudos, as mulheres lésbicas sofrem constantemente diversos tipos de violências. Entre as mais comuns está a homofobia, no caso das lésbicas, lesbofobia, pois carrega uma dupla depreciação, ser mulher e homossexual (BORRILO, 2016). Em sua maioria, a violência ocorre em casa e é cometida pelos próprios familiares.

Em recente matéria publicada no *site* “Gênero e Número”, 61% dos casos de estupro contra lésbicas ocorreram em suas casas e em 61% a vítima foi estuprada mais de uma vez. Em 2017 houve uma média de seis lésbicas estupradas por dia, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). De acordo com essas informações, 10% das notificações de estupro são de mulheres lésbicas, das quais 58% são negras, 35% brancas e 1% indígenas e amarelas, evidências que confirmam a vulnerabilidade das mulheres negras (SILVA, 2019).

A matéria ressalta que a violência contra a mulher lésbica negra advém de relações de poder que combinam misoginia, racismo e lesbofobia e menciona a tipificação do estupro corretivo na lei 13.718, de setembro de 2018, que aumenta a pena em mais dois anos em casos em que o motivo do estupro é o controle dos comportamentos social e sexual da vítima. O autor percebe ainda a sexualidade da lésbica como uma transgressão à regra moral, biológica e social (SILVA, 2019).

Esses dados são relevantes para dimensionar a realidade de violências sofridas pelo público-alvo desta pesquisa, embora não seja o objetivo aprofundar a discussão sobre esse tipo específico de violência, considerando também a escolha da pesquisadora em trabalhar com o

conceito de homofobia ao invés de preconceito. Alguns autores aprofundam esse conceito considerando o contexto no qual o preconceito ocorre, o conteúdo e a motivação, haja vista que essas especificações colaboram para o direcionamento de estratégias no enfrentamento de cada tipo de violência.

Para Toledo (2013, p.337), a homofobia seria “um dispositivo regulatório da sexualidade acionado por discursos e ações que vão desde a sutil invisibilização e segregação a formas violentas de opressão e dominação”.

A categoria lesbofobia foi identificada através de inúmeras descrições das participantes da pesquisa com outras palavras, mas com esse sentido.

Eu tive muita dificuldade na minha infância, por jogar bola. Meu pai nunca aceitou isso... Eu sempre sofri essa questão do preconceito familiar, vindo do meu próprio pai (Amarela clara, 18 a 29 anos).

A minha mãe não encarou de uma forma boa, pelo contrário. Durante a faculdade, os quatro anos foram terríveis, de muita opressão, porque ela era homofóbica. Foi muito difícil, foi a pior época da minha vida... que eu resolvi assumir para minha família, chegou ao ponto dela me expulsar de casa, porque não me aceitava mais (Vermelha escura, 30 a 39 anos).

Só que nisso tudo, eu estava sofrendo em casa, porque qualquer situação que minha mãe desconfiasse, não era só agressão física, tinha muita agressão verbal, com palavras pesadas... Ela disse que eu esquecesse que tinha família, principalmente minha irmã mais nova porque éramos muito apegadas (Creme, 18 a 29 anos).

As falas citadas estão relacionadas ao contexto familiar, que transparece um espaço de intenso sofrimento para as participantes. Ao falar de suas sexualidades, as entrevistadas inevitavelmente citaram suas famílias enquanto parte de si, como lugar de reconhecimento do eu, compostas de afetos e desafetos. A melhor tradução dessa simbiose é apreendida em Toledo:

Historicamente, o dispositivo da sexualidade autoriza as famílias a serem as guardiãs das normas sobre a sexualidade de seus membros, garantindo a heteronormatividade a partir da exclusão de toda dissidência a essa norma, ou seja, por meio da homofobia (TOLEDO, 2013, p. 376).

Para Schulman (2010), a família é o primeiro lugar em que as pessoas assimilam a homofobia, seja como atores ou vítimas, configurando a homofobia familiar, que se trata de uma violência indubitável, mas negada e invisibilizada no mundo privado. Ela pode se dar por meio de punições, desrespeitos, exclusões e crueldades.

A pesquisa de Toledo (2013) constatou que a pior forma de discriminação sofrida pelas lésbicas foi a homofobia familiar, e um dos fatores mais estressantes e deprimentes durante o processo de descoberta, aceitação e revelação foi a probabilidade de ruptura com a família de origem.

A presente pesquisa adaptou os conceitos de Schulman (2010) e Toledo (2013) para lesbofobia familiar na intenção de enfatizar características peculiares referentes às lésbicas. As falas adiante descortinaram outras formas de lesbofobia que serão analisadas a seguir.

Passei uma fase de perseguição, a minha mãe me levou para igreja, disse que eram espíritos; que isso era coisa do inimigo. Participei de rodas de oração (Creme, 18 a 29 anos).

Para eu fugir disso, eu entrei no relacionamento hetero e entrei na igreja. Então eu fui para os dois lados, para realmente não aceitar e esconder aquilo que eu sentia (Vermelha escura, 30 a 39 anos).

Eu lembro que eu fui no posto de saúde tomar medicação porque eu estava passando mal, uma crise de ansiedade devido o que eu estava passando. E eu lembro que a mulher (profissional de saúde) começou a falar de Deus, de coisas aleatórias, dizendo para eu procurar Deus (Azul escura, 18 a 29 anos).

Os movimentos evangélicos conservadores reagiram em diversas frentes para barrar a notória visibilidade dos avanços e discussões em torno da diversidade sexual. Uma delas, conhecida como homofobia pastoral, acolhe pessoas LGBT na igreja com a intenção de “libertá-las” da homossexualidade, em um projeto de regeneração moral (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2009). Nessa perspectiva, a pessoa nasce heterossexual e por conta de problemas externos se tornam infelizes, deprimidas, passando a desenvolver desejos homossexuais, ou seja, a homossexualidade é considerada sintoma, inadequado ao modelo ideal de família cristã.

Outra vertente comum nesse meio é a homofobia religiosa, conceito mais abrangente, “um conjunto muito heterogêneo de práticas e discursos baseados em valores religiosos, que opera por meio de táticas plurais e polimorfos de desqualificação e controle da diversidade sexual” (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2009, p. 132).

Seguindo a coerência conceitual e teórica do estudo, os termos homofobia pastoral e homofobia religiosa (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2009) foram realçados como lesbofobia pastoral e lesbofobia religiosa. As falas citadas acima transparecem essa compreensão, primeiro com Creme e, em seguida, com Azul escura e Vermelha escura.

A Rede Feminista de Saúde lançou em 2006, um dossiê que reporta que um dos motivos que pode desencadear o uso abusivo de drogas é a ansiedade gerada pelo medo e pela expectativa de rejeição da homofobia; o uso de drogas apresentou números elevados em estudos focados em homossexuais e bissexuais e também quando comparado a estudos com heterossexuais (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Se for acrescentado o fato de as participantes da pesquisa terem passado pelo processo de descoberta e reconhecimento de orientação sexual durante a adolescência, pode-se deduzir uma piora da condição de vulnerabilidade das lésbicas.

A comunidade tem o padrão dela, é homofóbica. Tem raiva de gays e lésbicas muitas vezes. Eu não sofri homofobia, mas já sofri por não querer me misturar com gente do crime. O que todo jovem e todo mundo quer. Eu já fui vítima disso, porque as meninas do bairro onde moro não gostam de mim por conta disso, por eu não querer me envolver. Porque sendo o que sou, não preciso dar esse desgosto para minha mãe (Cinza, 18 a 29 anos).

Segundo a percepção de Cinza, ela não sofreu lesbofobia em sua comunidade, porém reconhece que seu local de origem é lesbofóbico. Cinza obteve apoio de sua família ao assumir sua existência lésbica, embora seu discurso revele um conteúdo controverso “Porque sendo o que eu já sou, não preciso dar esse desgosto para minha mãe.” Não é intenção da pesquisa aprofundar questões associadas à crimes, mas apenas ilustrar que em uma realidade repleta de violências, a discriminação social pode vir de todos os lados. A violência nos bairros da periferia parece ter sido naturalizada por parte dos jovens que lá residem.

O Dossiê Sobre Lesbocídio no Brasil (PERES, 2018) apresenta um item denominado “As lésbicas, a multiplicidade de opressões e o tráfico de drogas”, que alerta para o uso do termo vadiagem, geralmente relacionado às pessoas que sofrem múltiplas opressões pelos preconceitos contra suas existências negras, pobres, lésbicas, jovens, faveladas, para, em seguida, contemporaneizar a vadiagem relacionada ao tráfico de drogas, enquanto um mal associado à pobreza. O dossiê demonstra que casos de assassinatos de lésbicas são muitas vezes justificados pela polícia devido à ligação ao tráfico, sem que se apresentem evidências conclusivas e com decisões apressadas e sem fundamento; dessa forma, reforçam o preconceito e a discriminação contra lésbicas em um contexto de pobreza. Crimes conectados ao tráfico de drogas, não são catalogados como crimes de ódio, portanto, mais uma vez, a existência lésbica é apagada dos registros.

Quando não se tem registros, dados ou informações sobre determinado público, ele não aparece para o poder público, logo as políticas públicas têm dificuldades para atingi-lo. Na saúde, se um grupo vulnerável não é identificado e devidamente reconhecido, seu direito à saúde é negligenciado e as iniquidades se agravam.

A APS possui alguns atributos que podem sustentar uma atuação profícua contra as iniquidades. Primeiro, a orientação para a comunidade, que consiste em conhecer as necessidades de saúde da população adscrita, inserida em um contexto econômico e social e na participação da comunidade nas decisões em saúde; e depois, a competência cultural, isto é, o reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais e suas características étnicas, raciais e culturais, compreendendo suas representações no processo saúde-doença (GIOVANELLA, 2012).

O nível de saúde mais próximo das pessoas deveria identificar grupos vulneráveis para melhorar a qualidade do acesso e combater iniquidades. Para Giovanella (2012), a presença do agente comunitário de saúde na equipe da atenção primária facilita os atributos mencionados. O agente comunitário é o elo do serviço de saúde com a comunidade, visto que conhece as famílias e suas realidades, realiza cadastros e atua numa perspectiva de promoção e prevenção com foco na educação em saúde. O agente comunitário, ao preencher o cadastro, poderia registrar a orientação sexual das mulheres lésbicas, assim elas poderiam ser reconhecidas enquanto existências políticas.

No caso do município da pesquisa, a ESF foi escolhida e implantada como forma de ampliar o acesso da população à saúde, um modelo que exige práticas intersetoriais e interdisciplinares, prioriza o vínculo entre profissional e usuário e possui um olhar ampliado sobre a saúde enquanto resultado da interação de aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos (ANDRADE *et al*, 2004).

Em mais um achado da pesquisa, um dos motivos das lésbicas não frequentarem o CSF é o medo da lesbofobia ou o fato de já terem sofrido discriminação no local. Sendo assim, cabe utilizar, no cotidiano dos serviços, as táticas da ESF como o olhar ampliado, o vínculo, a territorialização e a promoção da saúde para combater as iniquidades em saúde, haja vista que proximidade com o território e com as pessoas pode possibilitar transformações mais consistentes nas relações entre mulheres lésbicas e profissionais de saúde.

Compreender o cotidiano de violência que permeia a vida das mulheres lésbicas pode ser o ponto de partida para os profissionais da ESF reconhecerem a vulnerabilidade desse público e, a partir daí, pensarem estratégias de enfrentamento à lesbofobia nos diversos ambientes, considerando gênero, classe, raça e geração.

7.2 Desafios ao cuidado das mulheres lésbicas na ESF

7.2.1 Família, espaço de apoio, vínculo e resistência

Essa categoria temática encontrada no estudo, como elemento surpresa, possibilita uma aposta estratégica nas diversas formas de atuação familiar para proteger seus membros, inclusive romper com normas cristalizadas na sociedade, reinventando-se e se moldando para manter o vínculo afetivo.

A família enquanto primeiro grupo social ao qual o indivíduo se sente pertencente tem papel decisivo na construção da sexualidade, conforme descrito em um capítulo anterior.

Pode-se perceber, através dos relatos das participantes, que o apoio da família é um fator fundamental para assumir-se uma sexualidade diferente da norma vigente e também para sentir-se segura diante das discriminações sociais.

A minha mãe aceitou de boas, quando eu falei para ela, ela não falou nada, até porque foi a minha escolha. Ela viu que eu era bem mais feliz com isso (Verde clara, 18 a 29 anos).

Eu comecei a me aceitar a partir do momento que minha mãe me aceitou... Ela queria que eu dissesse para ela para que ela pudesse me defender, se alguém falasse alguma coisa. E para ela não haveria preconceito porque ela já tinha um filho gay e que ela seria minha mãe de qualquer forma (Amarela clara, 18 a 29 anos).

Todas as minhas namoradas, a minha mãe e o meu pai gostaram. Sempre aceitaram. Até porque eu tenho mais duas irmãs que também são lésbicas (Verde escura, 18 a 29 anos).

Eu tenho um sobrinho gay que se revelou primeiro do que eu. Minha família o apóia, assim também me apóia. Minha mãe sempre nos apoiou. Nunca criticou. Eu sempre soube que eu era lésbica, nunca me deitei com homem. Penso assim, se a família criticar, o povo da rua também vai criticar e se a família aceita, o povo da rua também tem que aceitar... Quando eu me revelei mesmo total, achei gratificante, porque ninguém chega a minha cara e aponta o dedo não. Assim me descobri para a comunidade também (Cinza, 18 a 29 anos).

Esse reconhecimento por parte dos familiares demonstra ser de suma importância. Para Toledo (2013) é na família que a pessoa passa a se sentir autêntica e existente, por meio do reconhecimento de um membro que lhe seja importante: “a necessidade de aceitação e reconhecimento por parte da família está totalmente aderida aos modos de subjetivação dos sujeitos e o vínculo idealizado como estruturador da família moderna é um vínculo afetivo de amor” (TOLEDO, 2013, p. 381).

Nesse momento da pesquisa, as revelações trazem à tona um apoio familiar que enfrenta a heteronormatividade compulsória e que rompe com as pré-determinações da sociedade em prol do bem estar e da felicidade dos membros da família.

É importante ressaltar que a fala da participante Verde Clara, ao usar a palavra “escolha” referindo-se à sua sexualidade deixa transparecer as marcas da heteronormatividade que para Toledo (2013) é endossada pelo termo opção sexual.

As falas das quatro participantes descreveram que elas tiveram o apoio de suas famílias ao se assumirem lésbicas e que relacionaram esse apoio ao fato de já existirem familiares gays ou lésbicas. Fica implícito que familiares que já passaram por essa experiência ficam mais flexíveis a aceitar outras vindouras.

Para Bento (2017), o início desse século trouxe mudanças nas concepções de famílias motivadas por fatores como a hesitação da heterossexualidade enquanto única

possibilidade de vivenciar a sexualidade, a despatologização das homossexualidades e a conquista de direitos civis pela comunidade LGBT. Essas transformações implicam em “novas famílias” que abrangem uma pluralidade de arranjos afetivos ou uma multiplicidade de famílias.

Para Carnut e Faquim (2014) a família tem sido objeto das políticas públicas do Estado, para tanto, destacam alguns programas como o Bolsa Família, Programa Universidade para Todos e Minha Casa Minha Vida. Essas interferências do Estado em forma de políticas sociais promovem alterações nas relações familiares, por exemplo, o fato de a conta do Bolsa Família ser no nome da mulher implica em reconhecer a mulher como chefe do lar. Ainda que isso acarrete em mais responsabilização da mulher como provedora, “rainha do lar”, reforçando para ela a tarefa de pessoa que cuida da família, não se pode deixar de destacar que esses programas contribuem para o empoderamento de mulheres pobres.

Trabalhar na ESF pode promover a compreensão pormenorizada dessas mudanças e suas reverberações no campo da saúde, visto que esses novos arranjos familiares são parte do cotidiano dos CSF. Para isso, é crucial desromantizar a família e entendê-la como espaço de apoio à sobrevivência e proteção de seus membros, mas também como possível gerador de riscos à saúde, espaço de conflito e de reconciliação, em que se aprende a conviver e se relacionar (CARNUT; FAQUIM, 2014).

Um dos pilares do trabalho da ESF é a atenção à família. O fato de a equipe de saúde adentrar a casa das pessoas torna essa equipe mais próxima das famílias e retira o ar de frieza do profissional da saúde. E a equipe, enquanto instância estatal, passa a ser vista como um elemento integrante de uma rede de cuidado composta a partir de valores familiares como confiança e autoridade (CHAPADEIRO, 2011).

Desse modo, os profissionais da ESF possuem conhecimento e imagem valorizados pelas pessoas, o que impacta diretamente na identificação de problemas, ou seja, na compreensão das problemáticas sociais: “fenômenos condicionados por processos estruturais mais profundos que envolvem a vida em sociedade e impactam negativamente nesse grupo social que chamamos família” (CHAPADEIRO, 2011, p. 35).

Ao conhecerem as famílias, na teoria e na prática, como espaços de vínculos e afetos, mas também de conflitos e violências, cabe aos profissionais atuar de forma aberta, compreensiva, sem julgamentos morais ou preconceitos, visto que precisarão ter habilidades para mediar conflitos familiares.

Para Chapadeiro (2011, p.36), “A identificação de fatores de risco, situações de violências e vulnerabilidades e potencialidades das famílias pode ser desencadeador de capacitação das mesmas para enfrentamento dessas situações”.

Assim, a interação entre profissional de saúde e família é uma potente estratégia de cuidado para a luta contra as iniquidades, principalmente no tocante à mulher lésbica, para a qual a violência começa em casa.

7.2.2 Necessidades de saúde das mulheres lésbicas

Essa categoria talvez seja a mais desafiadora, pois se trata de especificar possíveis formas de cuidado a pessoas historicamente invisibilizadas. O primeiro passo é enxergá-las para depois conhecê-las de perto. A atenção primária é o nível de saúde encarregado de perceber e interpretar como os DSS dificultam o acesso à saúde para então criar estratégias para levar saúde àqueles mais distantes e vulneráveis.

As categorias analisadas anteriormente ilustram um pouco da realidade em que estas mulheres vivem. Logo, a ESF, no intuito de conhecer a região e a população adscrita, precisa se pautar nas condições sociais, econômicas e culturais para entender o complexo fenômeno do processo saúde-doença que acomete as mulheres lésbicas. O presente estudo dá pistas significativas para a gestão do cuidado na ESF, pois foi até elas para escutá-las e saber um pouco sobre suas necessidades de saúde.

Inicialmente, é premente que se chegue até as mulheres lésbicas. É o que mostram as falas das participantes quando indagadas sobre o que poderia ser feito pelos gestores, coordenadores e gerentes para melhorar o cuidado/atendimento às mulheres lésbicas no CSF. Vale ressaltar que a pergunta anterior se referia à possibilidade de haver algum cuidado, atividade ou ação voltada às lésbicas no CSF. A resposta foi um unânime: não.

Eu acho que eles nem olham para esse lado da gente, acho que a preocupação é mínima porque eu nunca ouvi falar que está tendo uma atenção específica para esse lado. Para os gerentes, esse pessoal todo que é direcionado a isso, eles nem imaginam, para eles tanto faz como tanto fez, é insignificante, acho que eles não se preocupam muito com isso, pelo menos é o meu ponto de vista (Lilás, 30 a 39 anos).

Deveria ter mais conhecimento, conhecimento de saber que a gente existe... eu acho que eles precisam ter um conhecimento dos LGBT, das lésbicas, o quanto a gente precisa deles... (Azul escura, 18 a 29 anos).

Ter mais respeito. Receber a pessoas do mesmo jeito, tipo mulher com homem. Que hoje em dia respeito no mundo está difícil (Bordô, 18 a 29 anos).”

As falas denunciam o que as teorias e estudos realizados anteriormente constataram: a invisibilidade das mulheres lésbicas. A situação se perpetua mesmo após algumas décadas de luta dos movimentos sociais. As conclusões do estudo de Valadão e Gomes (2011) apontam consequências da invisibilidade: elevado nível de estresse, incômodo devido ao não

acolhimento das especificidades de suas necessidades de saúde e baixa efetividade em tratamentos. As pesquisas realizadas por Facchini e Barbosa (2006) e, mais recentemente, por Rodrigues (2018) confirmam a invisibilidade das mulheres lésbicas em virtude de poucos estudos acadêmicos sobre suas problemáticas.

Um estudo focado nas concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT, Gomes *et al* (2018) confirma essa invisibilidade enquanto reflexo do escasso entendimento sobre suas existências, o que, por sua vez, acarreta no desconhecimento de suas reais necessidades de saúde e de seus direitos.

Outra categoria que se reitera na percepção das participantes é a lesbofobia, ligada aos gestores, coordenadores, profissionais da saúde e população em geral como um ponto que precisa ser trabalhado para se chegar ao cuidado em si.

Para as lésbicas em si, acredito que antes de qualquer coisa, elas precisam ser aceitas dentro da saúde também, porque existe uma barreira bem grande em todos os lugares, mas você nota como você é atendida quando você é lésbica e quando você não é (Azul clara, 18 a 29 anos).

[...] eu não me sinto confortável de ir lá ao posto, com a enfermeira que tem lá e fazer qualquer tipo de exame para mostrar meu corpo, não tenho; e também pelo fato de eu ser lésbica... eu acho que eles iriam olhar diferente, meio com receio, meio com preconceito, eu acho que sim, com certeza (Azul escura, 18 a 29 anos).

Sim, principalmente apoiar a gente em tudo. Porque tudo que surge em termo de homofobia vem por causa deles (gestores). Porque eles também são homofóbicos, se fixam em um padrão (Cinza, 18 a 29 anos).

Ainda de acordo com Gomes *et al* (2018), a dificuldade em compreender a concepção ampliada do processo saúde-doença, em que os determinantes sociais interagem com a saúde do indivíduo, fragiliza o reconhecimento da responsabilidade do setor saúde em cuidar do público LGBT. Outro fator apontado é a desarticulação dos serviços de saúde para o cuidado LGBT.

Fica implícito que trabalhar questões como lesbofobia, preconceito e discriminação é uma forma de cuidado relevante na realidade das mulheres lésbicas. Essa pode ser uma das motivações para as sugestões feitas por elas de palestras sobre medo, sofrimento, preconceito, sexualidade, orientação sexual, prevenção à depressão e apoio psicológico.

[...] porque tem muita gente que tem isso e não se aceita. É lésbica e não se aceita, cai em depressão... Acho que deveria ter umas algumas palestras, porque tem muita gente que não aceita. É lésbica e tem medo, sofre, tem medo de falar com os pais, tem medo da reação da população, eu acho que se tivesse palestra, alguma coisa do tipo ajudaria bastante (Preta, 18 a 29 anos).

Eu acho que a gente precisa caminhar bem mais, para isso abordar os temas, fazer palestras. Eu acho que tinha que ter mais abertura para questão de psicólogos... quebrou um tabu e a pessoa só precisava de um psicólogo... eu acho que os postos de saúde poderiam entrar nessa questão de atendimento voltado a isso e atender as pessoas em suas particularidades (Branca, 18 a 29 anos).

A lesbofobia enquanto categoria analítica foi descrita anteriormente. As falas mencionadas acima servem apenas para ilustrar que a lesbofobia esteve densamente presente nas entrevistas e, embora o roteiro seguisse uma ordem de complexidade para aprofundar questões pertinentes aos objetivos do estudo, o tema retornava.

As participantes sinalizaram que seria imprescindível conversar com as lésbicas para entender um pouco sobre o tema em questão, saber quem são essas pessoas, o que fazem, do que precisam, enfim, ir à fonte para conhecê-las.

“Eu acho que a melhora vem quando você conversa com elas, no caso conosco. Tem que tentar um canal de conversa com as lésbicas para saber o que questionar. Partir de baixo para cima. Tem que ter um canal de diálogo (Roxa, 30 a 39 anos).”

“No caso da mulher lésbica, ela não é procurada. Eu acho que é essa a questão de convidar, acompanhar mais de perto. Poderia ter roda de conversa onde tivesse alguma coisa do interesse dessas pessoas, para que elas pudessem entender. Ou se sentirem a vontade no posto de saúde, porque muitas vezes elas não se sentem a vontade nem para dizer o que elas são (Amarela clara, 18 a 29 anos).”

A concepção da ESF, ao trabalhar com definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população que reside na área, comunga com as atribuições da equipe de saúde no sentido de identificar os problemas de saúde e elaborar estratégias para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença (GIOVANELLA, 2012).

Portanto, identificar as lésbicas e reconhecer suas vulnerabilidades é uma pré-condição para se pensar estratégias de cuidado. As participantes sugeriram fazer campanhas, tanto para conhecer o público-alvo, como também com o propósito de atraí-las ao CSF e prevenir doenças.

Para completar, as participantes instilaram ideias de capacitar os profissionais de saúde ou fazer momentos formativos, pois perceberam suas dificuldades em abordá-las e orientá-las quanto às questões de suas práticas sexuais com mulheres, principalmente durante a consulta de prevenção ao câncer de colo de útero e de mama. Portanto, visa-se colocar em prática a Educação Permanente (EP) no cotidiano do SUS, o que requer, além de informações

técnicas específicas sobre a saúde da mulher lésbica, a sensibilização dos profissionais da saúde, afetá-los em sua dimensão humana e ética. Seguem algumas falas nesse sentido para exemplificar.

Tem que se pensar na equipe como um todo, uma visão, um direcionamento da equipe, eu acho que é formação mesmo; o que tem de mais parecido e vivenciado é utilizar o espaço de educação permanente em relação a isso (Marrom, 18 a 29 anos).

Muitas vezes não é nem porque o profissional não quer falar daquilo, ele não entende aquilo, eu acho que tem a questão da formação. A formação do profissional precisa ser feita, desde o pensamento da inserção da atividade. Trazer o profissional para construir junto para entender quem são essas pessoas. Muitas vezes, ele não tem informação apropriada para isso (Roxa, 30 a 39 anos).

Ela não pergunta minha orientação sexual, mas pergunta se eu tenho relação sexual e qual a frequência. O principal, eu acho, que ela deveria ter perguntado era isso: qual sua orientação sexual? E não perguntar com que frequência você transa (Vermelha clara, 30 a 39 anos).

Em seus escritos, Lionço (2008) recomendou incluir discussões sobre orientação sexual e identidade de gênero nos currículos de formação dos profissionais de saúde, bem como atualização através de processos de educação permanentes. Barbosa e Facchini (2009) ressaltaram a falta de conhecimento sobre as práticas sexuais entre mulheres e de informações sobre prevenção por parte dos profissionais. Valadão e Gomes (2011) também recomendaram o investimento na formação destes profissionais para que adquiram competências técnicas e sejam agentes sociais transformadores para a diversidade da sexualidade. Por fim, Rodrigues (2018) corroborou os aspectos citados, porém relacionou-os ao atendimento ginecológico do médico, que apresenta dificuldades em fornecer informações pertinentes à saúde da mulher lésbica e acrescentou que os médicos, durante o período de formação na faculdade, não acessam conteúdos de saúde LGBT.

Desde 2004 tem sido enfatizada a importância de investir em formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população LGBT (FACCHINI; BARBOSA, 2006). O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, bem como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT também propõem a sensibilização e a capacitação para os profissionais de saúde.

Portanto, segue mais de uma década de sugestões para formação dos profissionais de saúde que, na realidade, nas práticas dos serviços de saúde ainda não aparecem.

A questão que finaliza a entrevista diz respeito aos desafios para se efetivar o cuidado à população LGBT. Algumas respostas retomam as discussões anteriores, como

preconceito, discriminação, lesbofobia e heteronormatividade, outras inovam e trazem princípios e valores fundamentais à civilidade.

Pessoas tem que se por no lugar das pessoas... Eu acredito que as pessoas podem mudar os hábitos para melhor; é essa questão da empatia, de praticar o bem... (Azul clara, 18 a 29 anos).

Acho que falta conhecimento das informações em si, mas acho que falta sensibilidade também em relação a isso. Como sensibilizar as pessoas, como mostrar que existe uma importância em falar sobre isso, porque existe pessoas que fazem parte da população e que não estão recebendo esse cuidado... Acho que é uma postura que vai além de uma coisa tão técnica, exige um posicionamento político, de uma ética, de valores, questões que devem ser colocadas. Eu acho que o desafio é sensibilizar as pessoas em relação a isso (Marrom, 18 a 29 anos).

Eu acho que tem um desafio que é escutar essa galera... Elas precisam conversar sobre a historicidade disso (Roxa, 30 a 39 anos).

Aparentemente, os desafios identificados apelam para aspectos da civilidade, no sentido de que para cuidar do outro é necessário, antes de qualquer coisa, empatia, tentar se colocar no lugar do outro; não se trata de sentir a dor do outro, mas imaginar essa dor. Não é necessário sofrer pela dor do outro, mas se incomodar com essa dor até o limite de uma ação que rompa a invisibilidade. Não se trata de criar a roda, mas de fazer valer as leis que garantem direitos fundamentais, dentre eles a saúde. Trata-se de atitude política de afirmação da vida, mais especificamente da vida de pessoas invisíveis ao olhar do setor saúde.

Segundo Motta (2016), é no contexto das práticas que se pode descobrir consequências, limites e possibilidades da política. Assim, o autor enfatiza três níveis de mudança na Política Nacional de Saúde Integral LGBT: a) produção de conhecimentos que possam transformar as práticas de saúde; b) criação de relações sociais horizontais com poder de intervir nos processos de subjetivação dos sujeitos envolvidos na produção de saúde; c) redução ou transformação das relações culturais e sociais marcadas por diferenças e subalternidade.

Para finalizar sua proposta, Motta (2016) aposta na política de saúde LGBT como um conjunto de ações interligadas entre a educação, a cultura e o direito.

Sobral, município polo regional de educação permanente em saúde, conta com a Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia como instituição responsável pela formação contínua dos profissionais da saúde. A escola, além de promover cursos técnicos, executa programas de Residências em Saúde em parceria com a UVA há quase duas décadas.

O fato de o município ser considerado um sistema de saúde-escola pode otimizar as discussões em torno das políticas e práticas de saúde da população LGBT. Dessa forma, alguns trabalhos, intervenções e produções acadêmicas têm sido realizados pelas residências,

de modo pontual, mas que desnuda uma realidade de desigualdades e iniquidades em saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As múltiplas violências sofridas pelas mulheres lésbicas foram evidenciadas na pesquisa. Elas interferem direta ou indiretamente na saúde destas mulheres, no acesso e na qualidade do cuidado na ESF, de diferentes formas essa relação dispara questionamentos ímpares para a atenção à saúde das mulheres lésbicas no SUS.

Apesar dos avanços estabelecidos na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, os estados e municípios precisam priorizá-la, caso contrário não sairá do papel. Ao município cabe a função de articular os diversos setores no combate à discriminação e à violência, através de ações estratégicas intersetoriais, tendo em vista que as iniquidades em saúde levam ao agravamento de doenças e a mais violências.

As autoridades responsáveis pelas políticas públicas reconhecem a importância da educação e seu poder transformador ou mantenedor das realidades. Por isso disputam os temas que fazem parte do currículo escolar. Se a escola consegue, de acordo com determinados discursos políticos, ensinar crianças a se tornarem gays, por ventura também consegue perpetuar a heterossexualidade como única forma aceita de expressão da sexualidade, portanto compulsória. Daí o papel essencial da educação em subverter a ordem pré-estabelecida.

Na saúde, as disputas de discursos e poder acontecem desde a formação, centralizada em conteúdos acadêmicos dissociados das reais necessidades de saúde, apesar dos avanços em programas que tentam aproximar teoria e prática, por exemplo, o VER-SUS⁴. Felizmente, há uma diversidade de modelos formativos para um número amplo de cursos da saúde e isso tem possibilitado inúmeras experiências formativas.

No entanto, de maneira geral ainda predomina uma formação tecnicista que generaliza as pessoas e o próprio cuidado, protocolando procedimentos simplificados que esmagam a singularidade, quando os princípios do SUS deveriam, de fato e de direito, embasar eticamente as práticas do profissional da saúde.

Considera-se o princípio da equidade fundamental para compreender as políticas públicas da diferença. Na política de saúde LGBT, no caso específico da saúde da mulher lésbica, o direito à saúde consiste no reconhecimento das diferenças para que se possa pensar em uma atenção específica, e o município tem responsabilidade e autonomia para pensar, planejar, executar e avaliar a política local.

⁴ Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.

Nessa interface, a proximidade com os movimentos sociais LGBT do município se faz condição imprescindível para conhecer pessoas e grupos que compõem essa sigla, identificar suas reais demandas de saúde, reconhecê-las em suas singularidades e, só então, propor algo. O estudo conseguiu localizar alguns grupos de lésbicas que precisam e querem ser vistas pelo campo da saúde, como forma de garantir direitos, mas também de serem reconhecidas em suas existências lésbicas.

A pesquisa realizada trouxe aprendizagens, constatações, surpresas e desafios. Na percepção das mulheres lésbicas que participaram do estudo, o seu direito à saúde parece distante de suas realidades, visto que se sentem invisibilizadas no CSF, tanto pelos profissionais e gestores, quanto pela sociedade. Desde cedo, em suas famílias elas sentem o peso da heterossexualidade compulsória e sofrem com a lesbofobia. As violências, por vezes, nem são notadas de tão comuns que se tornaram no dia a dia, afinal ser mulher em um país de costumes machistas, racistas e misóginos tem sido difícil, mas ser mulher lésbica nesse mesmo contexto é ainda mais desafiador.

A lesbofobia ainda anula vidas, viola direitos e mascara possibilidades de existências; é um conceito que precisa ser utilizado enquanto parâmetro que demarca uma violência específica, contra um público determinado, afim de discernir estratégias redimensionadas a cada contexto.

Assim, essas mulheres marcadas por diversos tipos de violências pagam um preço caro por ser quem são: lésbicas. Desde cedo em seus lares, com suas famílias e depois na comunidade elas são taxadas e excluídas. Em seus relatos, durante a descoberta de desejos, sensações e emoções proibidas pela heteronormatividade, algumas declararam ter se violentado para cumprir socialmente o que lhes foi imposto.

As que participaram do estudo conseguiram se aceitar. Mas e as outras que não conseguiram romper as normas prescritivas da heterossexualidade compulsória? Onde estão e como vivem com essa insatisfação? Essas respostas podem ficar para um próximo estudo.

Outro achado da pesquisa foi o apoio familiar obtido por algumas participantes ao se revelarem lésbicas. Quando a família se abre à diferença, essa atitude de afeto resvala no aumento da confiança e cumplicidade entre seus membros. Essa descoberta sugere que a micropolítica subverte a lógica hegemônica, fortalecendo os movimentos de resistência.

Considerar as mulheres lésbicas como indivíduos inseridos em uma dimensão social, cultural e histórica fortalece o reconhecimento das desigualdades que permeiam o território, bem como a identificação de espaços de cuidado na comunidade que visam desconstruir estigmas.

Nesse sentido, o presente estudo convoca a ESF a escancarar as portas do SUS, pois elas ainda parecem fechadas para essas pessoas que, historicamente, tiveram seus direitos violados e suas existências apagadas, e, para começar a mudar isso, é preciso enxergá-las. A mulher lésbica ainda não tem espaço no cotidiano dos serviços de saúde, mas um passo é dado quando se intenta escutá-las e os resultados alcançados nessa pesquisa indicam pistas para um caminho a trilhar rumo a uma nova forma de civilidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.
- ALVES, M. E. Menino teve fígado dilacerado pelo pai que não admitia que a criança gostasse de lavar louça. **O Globo**, Rio de Janeiro, 05 mar. 2014. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/menino-teve-figado-dilacerado-pelo-pai-que-nao-admitia-que-crianca-gostasse-de-lavar-louca-11785342>. Acesso em: 07 mar. 2019.
- ANDRADE, L.O. M. de, *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **Sanare**, Sobral, ano V, n.1, p.09-20, jan./fev./mar. 2004. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/118/110>. Acesso em: 02 fev. 2019.
- ARENDDT, H. **A condição humana**. Capítulo V. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: RTC editora, 1981.
- BARBOSA, R.M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, sup 2, p. S291-S300, 2009.
- BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.7, p.1511-1514, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, A. A menina foi estuprada por dois homens como correção, por ser lésbica e engravidou. **Cada Minuto**, [s.l.] 30 jun. 2018, Caderno raízes da África. Disponível em: <https://www.cadaminuto.com.br/noticia/322921/2018/06/30/a-menina-foi-estuprada-por-dois-homens-como-correcao-por-ser-lesbica-e-engravidou>. Acesso em: 09 mar. 2019.
- BENEVIDES, B. G; NOGUEIRA, S, N, B. (org.) **Dossiê assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018**. Brasil: Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA), Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE), 2019.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: fatos e mitos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016a, v.1.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: a experiência vivida**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016b, v. 2.
- BENTO, B. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA, 2017.

BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte. Autêntica Editora, 2016.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica**. 4. ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2017.

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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução n° 466/2012**. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento da Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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. **Políticas de Equidade em Saúde**. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/politicas-de-equidade-em-saude> Acesso em 18 ago. 2019.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, jan. /jul. 2005.

BURAWOY, M. **O marxismo encontra Bourdieu**. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

BUSS, P.M.; CARVALHO A.I. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Capítulo I. 15. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE- CNES. **Distribuição dos estabelecimentos de saúde de Sobral – 2017**. 2017. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 18 mar. 2017.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, outubro 2017.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. Conceitos de Família e a Tipologia Familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família. **Journal Manager Primary Health Care**, v.5, n. 1, p. 62-70, 2014.

CHAPADEIRO, C. A. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 100p.

D'ANGELO, A. Freddie Mercury: vida e carreira de uma das grandes estrelas do rock. **Metrópoles**. 2019. Disponível em: <https://www.metropoles.com/entretenimento/musica/freddie-mercury-a-reportagem-definitiva>. Acesso em 20 ago. 2019.

DANTAS, S.; FERREIRA, L.; VÉRAS, M. Um intérprete africano do Brasil: Kabengele Munanga. **Revista USP**, n. 114, p. 31-44, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i114p31-44>. Acesso em: 02 ago. 2019.

DOMINGUES, R. A contagem dos anos na era cristã. **Centro de Pesquisa, desenvolvimento e Educação Continuada**. 2013. Disponível em: <http://gerenciamentodotempo.com.br/a-contagem-dos-anos-na-era-crista/>. Acesso em: 06 de mar. 2019.

ELIAS, N. **O processo civilizador**: uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução: Leandro Konder. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

ENTENDA o projeto da Cura Gay. **Jus Brasil**. 2016. Disponível em: <https://examedaoab.jusbrasil.com.br/noticias/376191509/entenda-o-projeto-da-cura-gay>. Acesso em: 21 ago. 2019.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Dossiê**: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREUD, S. **O mal estar na civilização**. Tradução: Paulo César de Sousa. São Paulo: PenguinClassics, Companhia das Letras, 2011.

GEERTZ, C. O impacto do conceito de Cultura sobre o conceito de Homem. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GOMES, F. M. et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.4, Out./Dez. 2018.

GREEN, T. **Inquisição**: O reinado do medo. Capítulo I. São Paulo: Editora Objetiva, 2011.

HOMEM é preso ao matar e arrancar o coração de travesti em SP: “Era um demônio”. **Último Segundo**, São Paulo, 22 jan. 2019. Disponível em:

<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2019-01-22/travesti-assassinado-e-coracao-retirado.html>. Acesso em: 07 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2312908>. Acesso em: 15 mar. 2017.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MARCIA Tiburi no Entre o Céu e a Terra. [S. l.: s. n.] 1 vídeo (63 min). Publicado pelo canal tvbrasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xgnj6wv3tfE>. Acesso em: 01 fev. 2019.

MBEMBE, A. **Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. n-1 edições, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 408 p.

MISKOLCI, R. Estranhando as Ciências Sociais: Notas Introdutórias sobre a Teoria Queer. **Revista Florestan**, ano 1, n.2, 2014. Disponível em: http://www.revistaflorestan.ufscar.br/index.php/Florestan/article/view/62/pdf_23. Acesso em: 18 ago 2019.

MOSCOVICI, S. **Psicologia das minorias ativas**. Capítulo IV. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Capítulo I. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOTTA, J. I. J. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para os tempos de crise democrática. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 73-86, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500073&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 ago. 2019.

NATIVIDADE, M. Uma homossexualidade santificada? Etnografia de uma comunidade inclusiva pentecostal. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.90-121, 2010.

NATIVIDADE, M. T.; OLIVEIRA, L. de. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia (s) em discursos evangélicos conservadores. **Sexualidade, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, vol II, p. 121-161, 2009.

NIETZSCHE, F. W. **O anticristo**: maldição contra o cristianismo. Porto Alegre, RS: L & PM, 2014.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PERES, M. C. C. **Dossiê sobre lesbocídio no Brasil**: de 2014 até 2017. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018. 116 p.

QUEIROGA, L. Medida Provisória assinada por Bolsonaro não explicita diretrizes para a população LGBTI. **O Globo**, Rio de Janeiro, 03 jan. 2019. Caderno Sociedade. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/medida-provisoria-assinada-por-bolsonaro-nao-explicita-diretrizes-para-populacao-lgbti-23341254>. Acesso em: 05 mar. 2019.

RODRIGUES, J. L. Lésbicas e mulheres bissexuais: uma leitura interseccional do cuidado à saúde. 2018. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21032019-105431/> USP: São Paulo: 2018.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 4, n. 05, 27 nov. 2012.

SANTOS, B. de S. Dilemas do nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento. **Revista Educação e Sexualidade**. 2001.

SCHULMAN, S. Homofobia familiar: uma experiência em busca de reconhecimento. **Revista Bagoas**, n. 5, p. 67-78, 2010.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**.v. 20, n. 2, jul-dez. 1995.

SEIBT, T. Boaventura debate Revolução, Democracia e o Brasil. **Outras Palavras**. 2019. Disponível em: <https://outraspalavras.net/videos/boaventura-debate-revolucao-democracia-e-brasil/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SILANO, A. K; FONSECA. Apoiado por Damares, movimento de ex-gays disputa Conselho de Psicologia. **Pública**, 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/08/apoiado-por-damares-movimento-de-ex-gays-disputa-conselho-de-psicologia/>. Acesso em 21 de agosto de 2019.

SILVA, V. R. da. No Brasil 6 mulheres lésbicas são estupradas por dia. **Gênero e Número**. 2019. Disponível em: <http://www.generonumero.media/no-brasil-6-mulheres-lesbicas-sao-estupradas-por-dia/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SINGLY, F. de. Sociologia da família contemporânea. Tradução Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021**. Sobral, CE, 2017. 84p.

TEODORO, I.P.P.; FELIPE, N.K.S.; TEODORO, L.P.P. A Percepção das mulheres homoafetivas frente a assistência de enfermagem na saúde da mulher. **Revista de Psicologia**, v.8, n.22, p. 130-144, fev. 2014.

TOLEDO, L. G. “**Será que eu tô gostando de mulher?**”: tecnologias de normatização e exclusão da dissidência erótica feminina no interior paulista. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105610/toledo_lg_dr_assis.pdf. Acesso em 20 ago. 2019.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

VELHO, G. Observando o familiar. *In.*: NUNES, E de O. (org.) A Aventura sociológica; objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, p. 36-46, 1978.

VEREADORES mantêm veto à lei para proibir 'ideologia de gênero' em Sobral. **Globo Notícias**, Ceará, 20 fev. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/vereadores-mantem-veto-a-lei-para-proibir-ideologia-de-genero-em-sobral.ghtml>. Acesso em: 04 de mar. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA- MULHERES LÉSBICAS DA ESF

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Fone: _____

Endereço: _____

D.N.: __/__/__. Idade: _____ Sexo: _____

Identidade de gênero: _____ Cor (Raça, Etnia): _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Renda: _____

Recebe Benefício? Qual?

() bolsa família () cesta básica

Religião: _____ praticante: _____

CSF: _____

PERGUNTAS

- 1- Fale um pouco sobre você e a descoberta da sua sexualidade.
- 2- Fale sobre sua relação com a saúde/CSF (Você conhece o Centro de Saúde da Família (CSF) de onde mora? Costuma procurar ajuda para os seus problemas de saúde no CSF , por exemplo gripe, dor? Se sim, quais profissionais procura? Se não, porque não procura?).
- 3- Fale sobre o seu atendimento/ cuidado/acolhimento no CSF (Como foi recebida no CSF? Ficou satisfeita com o atendimento? Suas necessidades de saúde foram atendidas?).
- 4- Você identifica algum serviço/atividade oferecido no CSF para as mulheres lésbicas? Você faz o exame de prevenção ao câncer de mama e de colo de útero no CSF? Se sim, descreva. Se não, por que não faz?
- 5- Você considera que seu direito à saúde, enquanto mulher lésbica, é respeitado? Como? (Vc acha que a sua condição de mulher lésbica influencia no atendimento /serviço/cuidado do CSF? Como?)
- 6- Como a gestão/coordenação/secretaria poderia melhorar o atendimento a mulheres lésbicas no CSF?
- 7- Quais os desafios para se efetivar o cuidado à população LGBT no CSF?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A pesquisa intitulada “**A percepção das mulheres lésbicas sobre o cuidado na Estratégia Saúde da Família**”, cujo objetivo geral é analisar a percepção do cuidado às mulheres lésbicas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tem como pesquisadora Ana Lígia Assunção Livalter, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, sob orientação do Prof. Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento. O estudo se justifica pela possibilidade de análise da percepção do cuidado destinado às lésbicas na ESF. Desta forma **CONVIDAMOS** você para participar da pesquisa. Sua participação é voluntária. Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do estudo, não havendo qualquer penalização, ônus financeiros ou sofrer qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos. As informações que você prestar serão tratadas de modo confidencial, garantindo o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim sua privacidade. Será realizada entrevista para coleta das informações. A pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao possível constrangimento diante questões da entrevista, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade e sigilo das informações. A pesquisadora se obriga a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde. Os benefícios deste estudo são indiretos e consistem na oferta de subsídios para reflexão crítica acerca do cuidado às mulheres lésbicas, considerando as práticas pedagógicas e as possibilidades de intervenção nos territórios das práticas de saúde. Reiteramos que as informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas para escrever o trabalho que atribuirá o título de mestre a pesquisadora e para publicação em livros e periódicos científicos. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora Ana Lígia Assunção Livalter por e-mail: ligialivalter@hotmail.com ou pelo telefone (85) 999253973. Ou ainda, o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA) localizado na Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: (88) 3677-4255. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pelo pesquisador, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

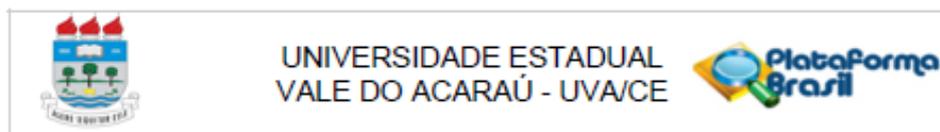
Eu, _____, abaixo assinado, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o objetivo do estudo “**A percepção das mulheres lésbicas sobre o cuidado às na Estratégia Saúde da Família**”. Entendi que sou livre para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. A pesquisadora tirou minhas dúvidas. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Sobral, CE __ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DO CUIDADO À POPULAÇÃO LGBT NA PERSPECTIVA DA GESTÃO, DOS TRABALHADORES E DOS USUÁRIOS LGBT DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Ana lúcia assunção livalter

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13788619.6.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.377.713

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará- UFC.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar a percepção da gestão, dos profissionais e dos usuários LGBT acerca do cuidado a população LGBT na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos Específicos;

Identificar os possíveis obstáculos a implantação da Política de Saúde Integral da população LGBT na ESF;

Investigar as estratégias de cuidado a população LGBT na ESF;

Verificar os aspectos que dificultam o acesso da população ao cuidado na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos relatados pela pesquisadora: A pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao possível constrangimento diante questões da entrevista, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade e sigilo das informações. A pesquisadora se obriga a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde, obedecendo aos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.377.713

de Saúde. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e o orientador terão conhecimento do seu conteúdo.

Todos os dados utilizados para fins de pesquisa ou publicação garantem o anonimato do participante, e sua utilização deverá ser consentida pelo preenchimento do TCLE. Além do TCLE será solicitada à Secretária de Saúde de Sobral, por meio da Coordenação da APS, a anuência para realização da pesquisa, por meio de Carta e Termo de Anuência. Caso, ainda assim, haja algum dano às pessoas alvo da pesquisa, a pesquisadora é responsável técnica.

Benefícios apresentados: Os benefícios deste estudo são indiretos e consistem na oferta de subsídios para reflexão crítica acerca do cuidado à pessoas LGBT, considerando as práticas pedagógicas e as possibilidades de intervenção nos territórios das práticas de saúde. Além de que, a participação das pessoas trará uma contribuição ímpar, ao permitir um visão do cuidado destinado ao público LGBT na cidade de Sobral, identificando possíveis obstáculos na realização deste, visando possibilitar um a ampliação do acesso deste público às políticas de saúde. Reiteramos que as informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas para escrever o trabalho que atribuirá o título de mestre a pesquisadora e para publicação em livros e periódicos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é do tipo qualitativa, embasada no método hermenêutico-dialético. Está sendo desenvolvida desde junho de 2018, com previsão para ser concluída em agosto de 2019;

Os entrevistados serão trabalhadores da ESF e gestores responsáveis pela ESF, bem como, pessoas LGBT, ou seja, usuários LGBT que utilizam os serviços da ESF; Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão a observação em campo, chamada de assistemática.

As entrevistas semiestruturadas serão aplicadas aos usuários LGBT, profissionais e gestores da ESF; Para interpretar os dados coletados na pesquisa será utilizada a análise de conteúdo temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fez referência aos aspectos éticos presentes na Resolução nº 466/2012;

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada;

Apresentou o TCLE, Protocolo de aprovação da comissão científica do município de Sobral, termo de anuência da coordenador da atenção primária de Sobral.

Anexou os instrumentos de coleta.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150			
Bairro: Derby		CEP: 62.041-040	
UF: CE	Município: SOBRAL		
Telefone: (88)3677-4255	Fax: (88)3677-4242	E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com	



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.377.713

Recomendações:

Recomendamos ainda a devolutiva ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1349955.pdf	10/05/2019 22:08:42		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	10/05/2019 22:03:51	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	10/05/2019 22:02:10	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/05/2019 16:11:53	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Outros	PARECER_DA_COMISSAO_CIENTIFICO_A.pdf	10/05/2019 16:09:13	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	10/05/2019 16:08:13	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	10/05/2019 16:08:01	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Outros	ROTEIRO_GESTORES.pdf	10/05/2019 16:06:44	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Outros	ROTEIRO_TRABALHADORES.pdf	10/05/2019 16:06:11	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Outros	ROTEIRO_USUARIOS.pdf	10/05/2019 16:05:32	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Outros	APENDICE_A_RELATO_DA_AUTORA.pdf	10/05/2019 16:01:44	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/05/2019 15:59:50	Ana lúcia assunção livalter	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	10/05/2019	Ana lúcia assunção	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.977.713

Orçamento	orcamento.pdf	15:59:39	livalter	Aceito
-----------	---------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 07 de Junho de 2019

Assinado por:

Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com