



**ATENÇÃO A HOMENS E MULHERES
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
POR PARCEIROS ÍNTIMOS**

A large, semi-transparent illustration in the background consisting of various silhouettes of people's heads and shoulders, representing a diverse group of individuals. The silhouettes are in shades of brown and tan, matching the overall color scheme.

VIOLÊNCIA E PERSPECTIVA RELACIONAL DE GÊNERO

**KATHIE NJAINE
ANNE CAROLINE LUZ GRÜDTNER DA SILVA
ANA MARIA MÚJICA RODRIGUES
ROMEU GOMES
CARMEM REGINA DELZIOVO**

**FLORIANÓPOLIS | SC
UFSC
2014**



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação
na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educa-
ção na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em
Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano



DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antônio Fernando Boing
Subchefe do Departamento Lúcio José Botelho
Coordenadora do Curso de Capacitação Elza Berger Salema Coelho

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ÁREA TÉCNICA SAÚDE DO HOMEM

Eduardo S. Chakora
Daniel Cardoso da Costa e Lima

ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA MULHER

Claudia Araújo de Lima

GRUPO GESTOR

Coordenadora do Projeto Elza Berger Salema Coelho
Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner
Coordenadora de Ensino Carolina Carvalho Bolsoni
Coordenadora Executiva Rosangela Leonor Goulart
Coordenadora de Tutoria Thays Berger Conceição

AUTORIA DO MÓDULO

Kathie Njaine
Anne Caroline Luz Grüdtner da Silva
Ana Maria Mújica Rodriguez
Romeu Gomes

REVISÃO DE CONTEÚDO

Adriano Beiras
Marta Inez Machado Verdi

COORDENAÇÃO DE ENSINO

Carolina Carvalho Bolsoni
Thays Berger Conceição

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Márcia Regina Luz

GESTÃO DE MÍDIAS

Marcelo Capillé

DESIGN GRÁFICO, IDENTIDADE VISUAL E ILUSTRAÇÕES

Pedro Paulo Delpino

DESIGN INSTRUCIONAL

Agnes Sanfelici

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA

Adriano Sachweh
Flávia Goulart



© 2014 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte. ISBN - 978-85-61682-39-2

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade
Florianópolis - SC

EQUIPE DE PRODUÇÃO
Coordenação Geral de Equipe de Produção
Eleonora Vieira Falcão
Coordenação de Produção Giovana Schuelter
Diagramação Fabrício Sawczen e Thiago Vieira



ATENÇÃO A HOMENS E MULHERES
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
POR PARCEIROS ÍNTIMOS

VIOLÊNCIA E PERSPECTIVA RELACIONAL DE GÊNERO



Catálogo elaborado na Fonte

U588v

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Modalidade a Distância.

Violência e perspectiva relacional de gênero [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; organização, Kathie Njaine... [et al]. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
45 p.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Unidade 1: Violência de Gênero.
- Unidade 2: Gênero e Saúde no Contexto da Atenção ao Homem e Mulher. Unidade 3: Violência Contra LGBT.

ISBN: 978-85-8267-037-8

1. Violência de gênero. 2. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. I. UFSC. II. Njaine, Kathie. III. Silva, Anne Caroline Luz Grüdtner da. IV. Rodrigues, Ana Maria Mújica. V. Gomes, Romeu. VI. Delziovo, Carmem Regina. VII. Título.

CDU: 362.88

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez - CRB 14/074



Palavra dos autores	8
Objetivo do módulo	10
Apresentação do módulo	11
Unidade 1 - Violência e Gênero	12
1.1 Correntes teóricas	12
1.1.1 Construção social de sexo e gênero	14
1.2 Masculinidade e feminilidade e violência	15
Resumo da unidade	18
Referências	19
Unidade 2 - Gênero e Saúde no Contexto da Atenção ao Homem e Mulher	21
2.1 Violência de gênero e a mulher	21
2.2 Violência de gênero e o homem	23
2.3 Gênero e saúde - papel do profissional na Atenção Básica	26
Resumo da unidade	28
Referências	29
Unidade 3 - Violência Contra LGBT	31
3.1 Introdução da unidade	31
3.2 O atendimento à população LGBT na Atenção Básica	35
Resumo da Unidade	40
Referências	41



Caro aluno, seja bem-vindo ao nosso módulo!

O tema que iremos abordar nas próximas 30 horas de curso é de grande importância para todos os profissionais de saúde que lidam diariamente com homens e mulheres, e que muitas vezes não se atentam a questões relacionadas a gênero que envolvem a assistência a esses grupos. Uma das questões que afeta a saúde de homens e mulheres de maneira geral é a violência baseada no gênero. Ou seja, queremos refletir sobre a violência que ocorre entre homens e mulheres, entre os homens e entre as mulheres, e que é motivada por concepções de gênero. As informações apresentadas neste módulo trazem aos profissionais da Atenção Básica subsídios para a compreensão das relações de gênero e a violência. Essa percepção será importante para o acompanhamento dos casos de violência doméstica, em especial os que ocorrem no âmbito conjugal, na Atenção Básica. Por meio da leitura deste módulo, das sugestões de outras leituras, de vídeos e de estudos de caso, procuramos contribuir para que você, juntamente com sua equipe, possa refletir e atuar na identificação das questões de gênero envolvidas nos casos de violência contra mulheres, homens



e a população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual e transgênero (LGBT).

Além das leituras indicadas, e das atividades propostas, você pode recorrer a outras fontes disponíveis para construir seu conhecimento. Entretanto, lembre-se de discutir com seus colegas de curso por meio do ambiente virtual de aprendizagem - e com seus parceiros de trabalho, pois o processo de aprendizado recebe ênfase sempre que é compartilhado.

Bons estudos!



Este módulo está desenhado com o objetivo de propiciar uma reflexão consciente e um fortalecimento dos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde frente à violência de gênero. Considera-se que os profissionais da atenção à saúde ocupam uma posição única para a identificação do problema, a prevenção e a assistência às pessoas em situação de violência nas relações entre parceiros íntimos. De igual forma, busca-se reforçar a igualdade de gênero e a promoção dos direitos de homens e mulheres.

**Carga horária recomendada para este módulo:
30 horas**



Este módulo pretende, de maneira estratégica, ampliar a discussão da violência que atravessa as relações de parceiros íntimos em particular, que passa pela compreensão de tal temática como uma forma de violência de gênero. Esta diz respeito às relações de poder e à distinção entre as características culturais atribuídas a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas.

A abordagem desse tipo de violência nas relações entre homens e mulheres, entre homens e entre mulheres, pode ajudar na compreensão dos diferentes aspectos que contribuem historicamente, socialmente e culturalmente para as desigualdades de gênero.

Busca-se dessa forma instrumentalizar ações que modifiquem essas relações desiguais, inclusive as que afetam a comunidade LGBT.

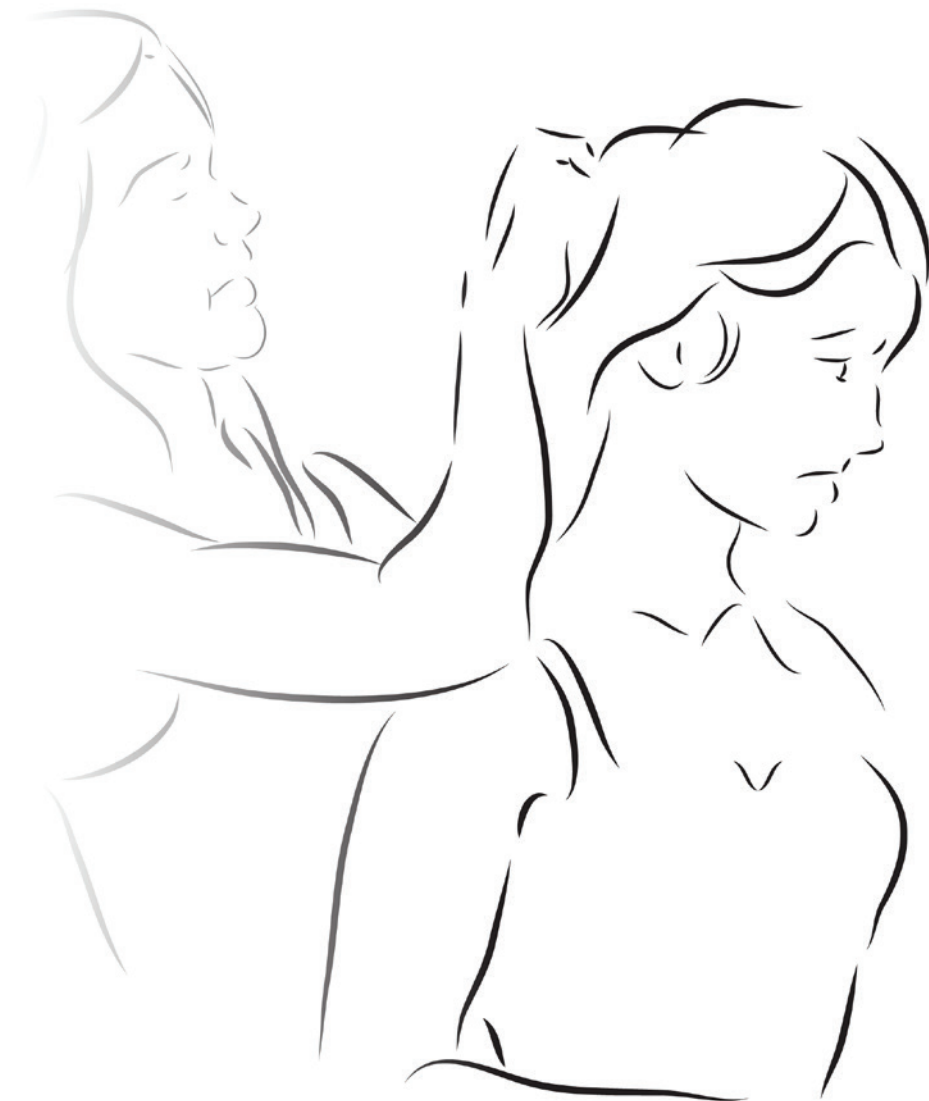


Ao final desta unidade você deverá ser capaz de analisar os diferentes conceitos sobre a violência e a perspectiva relacional de gênero.

1.1 CORRENTES TEÓRICAS

A violência de gênero se caracteriza por qualquer ato de agressão física, de relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento que resulte em danos físicos ou emocionais, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra a outra, em uma relação marcada pela desigualdade e pela assimetria entre gêneros. Pode acontecer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços da sociedade. Abrange a violência praticada por homens contra mulheres, por mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres (BRASIL, 2005; ZUMA et al, 2009).

Portanto, a violência de gênero se refere às relações de poder e à diferença entre as características culturais atribuídas a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas. No âmbito das relações de intimidade entre ambos os sexos, ou entre parceiros do mesmo sexo, as mulheres têm





sido as mais vitimizadas, particularmente nas sociedades em que as desigualdades entre homens e mulheres são mais marcantes. Ou seja, a violência contra as mulheres é grave, a ponto de muitas precisarem procurar os serviços de saúde por conta das agressões, apesar de os homens também sofrerem violências de todos os tipos. Nem sempre a violência de gênero é visível no âmbito das pessoas que se encontram em risco de sofrê-la. Muitas vezes ocorre a dominação ou exclusão social por vias simbólicas nas relações homens-mulheres, entre homens e entre mulheres. Assim, as pessoas muitas vezes não reconhecem a violência em determinados atos, pelo fato de estes não serem compreendidos como violentos, mas que em níveis mais sutis estão acompanhados dela.



Nas relações de gênero, além da violência física ocorre a violência simbólica.

Os estudos sobre violência de gênero tradicionalmente se voltam mais à violência contra a mulher, pela magnitude desse evento em todo o

mundo. O uso da categoria gênero vem oferecendo a esses estudos uma importante base para se discutir esse fenômeno social.

Algumas correntes teóricas, embora partindo de diferentes enfoques, têm sido utilizadas para abordar a questão de gênero. Dentre elas encontram-se as denominadas: dominação masculina; dominação patriarcal; relacional.

De acordo Santos e Izumino (2005), a primeira corrente, identificada como dominação masculina, define violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, levando à anulação da autonomia da mulher, concebida tanto como “vítima” quanto como “cúmplice” dessa dominação. Tal cumplicidade não estaria relacionada a uma escolha ou vontade, mas à própria destituição da autonomia da mulher. Essa teoria entende que as diferenças entre o feminino e o masculino são transformadas em desigualdades hierárquicas por meio de discursos machistas sobre a mulher, os quais são proferidos tanto por homens quanto por mulheres. Tais discursos definem a feminilidade tomando por base a capacidade da mulher de reproduzir. Assim, elas são definidas como seres “para os outros”, em vez de “com os outros”; ou seja, são seres dependentes.



A segunda teoria refere-se à dominação patriarcal e compreende a violência como expressão do patriarcado, em que a mulher é vista como sujeito social autônomo, embora seja historicamente vítima do controle social masculino. Nessa perspectiva as mulheres não são “cúmplices” da violência, são apenas “vítimas”.

A terceira corrente teórica identificada nos estudos sobre violência contra a mulher é a relacional, que relativiza as noções de dominação masculina e vitimização feminina, entendendo violência como uma forma de comunicação e um jogo no qual a mulher protagoniza cenas de violência conjugal e se representa como “vítima” e “não sujeito” quando denuncia, porque assim obtém proteção e prazer.

1.1.1 CONSTRUÇÃO SOCIAL DE SEXO E GÊNERO



O gênero se constrói culturalmente e influencia na forma de ser homem ou de ser mulher em cada sociedade.

Com base na compreensão de que a violência se dá no âmbito das relações, o que é visto cultu-

ralmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa. Os padrões de masculinidade e feminilidade fazem com que as identidades de homem e mulher se afirmem na medida em que ocorrem aproximações e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder na cultura.

Cada um dos dois gêneros é construído como corpo socialmente diferenciado do sexo oposto, o que faz a divisão entre os sexos parecer natural e configurar os esquemas de percepção, de pensamento e de ação (BOURDIEU, 2010).

Assim, para ampliar a compreensão desses padrões é importante pensar que não basta que as mulheres concordem de modo geral com os homens, mas que considerem a representação de um conjunto de homens e de mulheres, ou seja, de esquemas de percepção e avaliação universalmente partilhados com o grupo em questão. Dessa forma, a lógica paradoxal da dominação masculina e da submissão feminina só pode existir pelos efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres e os homens; a dominação masculina não depende das representações individuais, mas das representações sociais entendidas por cada indivíduo.



SAIBA MAIS



Para refletir sobre a questão da violência no contexto de gênero, sugerimos “A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória” de Romeu Gomes.

Enquanto as mulheres estão aprisionadas às formas de submissão, é possível dizer que os homens se encontram enclausurados nas formas de dominação. Dominação e submissão são noções notavelmente relacionais, de homens para com outros homens, de mulheres para com outras mulheres, e de homens para com as mulheres.



O machismo não pode ser atribuído exclusivamente aos homens, mas igualmente às mulheres, ou seja, homens e mulheres acabam sendo produtos de uma sociedade machista e até mesmo sexista (VINHAS, 2011).

**1.2 MASCULINIDADE E FEMINILIDADE
E VIOLÊNCIA**

Nesta seção vamos refletir sobre algumas maneiras de viver a masculinidade e suas relações com a cultura de violência. Entende-se que a masculinidade, situada no âmbito do gênero, representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera de um homem em uma determinada cultura.

Em várias sociedades, no quesito socialização dos homens, a aquisição de atributos masculinos comumente se caracteriza por processos violentos. Os meninos costumam ser educados de modo que reafirmem sua masculinidade em espaços considerados masculinos, como pátios de escolas, clubes esportivos, bares, presídios, dentre outros. Isso nos leva a considerar que a violência assume um papel fundante da própria masculinidade.



Assista ao vídeo “Minha vida de João”, produzido por Promundo, PAPAÍ, ECOS e Salud y Género. Trata-se de uma animação na qual é contada a história de João, um garoto que, como tantos outros, vive em uma sociedade machista, pautada por padrões rígidos de gênero. O vídeo está dividido em três partes. Acesse os links abaixo na sequência para assisti-lo.

Parte 1 - <http://youtu.be/QJelPL7Yedw>

Parte 2 - <http://youtu.be/UesRpJSCHCs>

Parte 3 - <http://youtu.be/mv-2u93Duls>

Minayo (2005) comenta que a noção do masculino como sujeito da sexualidade e o feminino como seu objeto é um valor de longa duração da cultura ocidental. Quando olhamos as formas de expressão da violência no Brasil, podemos pensar a relação próxima entre masculinidade e violência como consequência de uma sociedade cujo patriarcalismo está profundamente enraizado e na qual a concepção de masculinidade equipara-se ao lugar da ação, da decisão e da posição naturalizada de agente do poder da violência, do comando das guerras e das conquistas.

Neste sentido, constata-se que os homens representam um papel relevante na violência brasileira, como pessoas em situação de risco de sofrer violência e como os principais autores de agressões. No entanto, a despeito dessa relevante associação entre masculinidade e violência, não se conclui que ser homem é ser violento, pois outros modelos de masculinidade coexistem com os mais tradicionais. Além disso, é fundamental considerar as singularidades de cada um, bem como os contextos etários, socioeconômicos, de raça e etnia.



Na construção dos padrões de masculinidade da sociedade brasileira, predominam nos discursos dos homens as referências tradicionais do que é ser um homem - sinônimo de agressividade e de descontrole sexual -, o que acaba por produzir esquemas de comportamentos.

Ao verificar formas hegemônicas de masculinidade, como a dominação, a força e a subordinação, que se estabelecem nas relações homens-homens, mulheres-mulheres e homens-mulheres, deve-se considerar que há formas explícitas, como a violência física, e outras mais invisíveis,



como a violência simbólica, entre outras violações de direitos nas relações entre gêneros. Neste cenário também se considera a violência contra os homens, praticada por mulheres e por outros homens, além daquela que aprisiona os homens na própria concepção de masculinidade e virilidade. Como ensina Bourdieu (1999, p.67), “a virilidade, como se vê, é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro si mesmo”. Gomes (2008) e Schraiber et al (2005) têm chamado a atenção para a necessidade de ampliar os conhecimentos e as práticas da saúde coletiva no que diz respeito às perspectivas de gênero, em que o homem deve ser incluído. Essa necessidade também é apontada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que considera a violência como tema importante no atendimento integral ao homem. A violência, como uma forma social de poder, é uma estratégia de empoderamento masculino, mas com ônus para os homens autores de violência, os quais adotam práticas que geram graves danos à saúde física, psíquica e social para eles e para os outros.

A integralidade na atenção à saúde do homem implica uma visão sistêmica sobre o processo da violência, indo além de seu papel de agressor, considerando os fatores que facilitam que o homem cometa violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação (BRASIL, 2008).



Nesta primeira unidade ampliamos nossos conhecimentos sobre as questões de gênero envolvidas na violência na vida adulta. Estudamos os conceitos de gênero e as principais correntes teóricas sobre o tema. Também lemos sobre a importância de analisar as situações de violência sob a ótica das questões de gênero, e finalizamos esta unidade observando alguns aspectos que indicam a importância de pensarmos as questões de gênero na Atenção Básica.



BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.18-26, jan./mar. 2005.

NJAINÉ, K. (org) et al. **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

SANTOS, C. M. D.; IZUMINO, W. P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Estud. interdiscip. Am. Lat. Caribe**, v.16, n.1, jan./jun. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, RJ, v.10, n.1, p. 7-17, jan./mar. 2005.



VINHAS, W. **Construção social da violência e direitos humanos**. Irecê: Universidade do Estado da Bahia, 04 dez. 2010. Palestra proferida durante a Campanha pelo Fim da Violência Contra Mulheres: “Direitos sexuais e Direitos Humanos”: construção social da violência e direitos humanos.



O objetivo de aprendizagem desta unidade é discutir as peculiaridades da violência contra as mulheres e os homens na vida adulta.

2.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A MULHER

Desde a primeira metade do século XX os direitos humanos têm sido tema de debate em quase todo o mundo. Diversos países têm adotado políticas e diretrizes para garantir que toda pessoa seja protegida de violações e violências que possam degradar física, emocional e espiritualmente a vida humana. O Brasil tem participado desses avanços e é um dos países signatários da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Um dos direitos humanos mais violados em várias partes do mundo é o da mulher, apesar das várias declarações, políticas, diretrizes e dos compromissos assumidos por muitos países em relação à garantia dos seus direitos. Os marcos mais importantes em relação a essa garantia incluem a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da ONU (1984), a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (CONFERÊNCIA, 1995) e a Conferência Interamericana para



Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (CONVENÇÃO, 1995).



O Brasil reconhece que a violência contra a mulher é uma violação grave, a qual compromete a saúde e a qualidade de vida de adolescentes e mulheres adultas, e assume o problema como uma questão de saúde pública.

Compreender a perpetuação do complexo fenômeno social que é a violência contra a mulher implica reconhecer que ele está profundamente arraigado à cultura de determinadas sociedades, nas estruturas institucionais sociais e políticas, nas quais as relações de poder existentes entre os gêneros são historicamente desiguais. Outro aspecto que poderia explicar a perpetuação da violência contra a mulher seria da ordem da estrutura sexo/gênero, do aprendizado dos papéis sexuais do homem e da mulher, que são usados como justificativas para determinados comportamentos violentos contra as mulheres.

Os principais agressores das mulheres têm sido maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados. Nestes casos, as relações interpessoais são marca-

das pela opressão e por pouca autonomia das mulheres. Mas os agressores também podem ser pais, irmãos e outras pessoas do gênero masculino, configurando uma forma mais comumente conhecida de violência de gênero, comumente denominada violência doméstica e (ou) violência intrafamiliar. Estima-se que 12 milhões de mulheres são vítimas de violação, violência física ou perseguição por seu parceiro íntimo a cada ano, e têm de duas a três vezes mais probabilidade que os homens de experimentar lesões por essas violências sofridas. Igualmente, têm maior possibilidade de sentir medo de sofrer novamente violência física e (ou) sexual, e o duplo risco de ser assassinadas por seu parceiro. No Brasil, uma dentre cada cinco mulheres declara já ter sofrido algum tipo de violência de gênero perpetrada por algum homem em sua vida (REICHENHEIM, 2006).

O que se percebe, em geral, nos atendimentos a meninas e mulheres em situação de violência na área da saúde, nas delegacias de polícia e na área da assistência social, é que a agressão ocorre principalmente por fazerem parte do gênero feminino. Essa violência, que é comum em nossa sociedade, assim como em outras, aponta para o fato de que o sexo feminino ainda é visto como inferior, ou



aquele que deve se subordinar às ações do sexo masculino, considerado superior.

Em estudo conduzido com homens, a fim de analisar a violência entre parceiros íntimos, Alves e Diniz (2005) concluíram que os participantes apoiaram-se no processo de socialização do homem e da mulher para definir a função de marido e de esposa. Basearam-se ainda em uma perspectiva assimétrica e hierarquizada, em que os referenciais de masculinidade e a inadequação da mulher ao seu papel social foram utilizados como explicação para o uso da violência na relação conjugal.

As formas de violência contra a mulher podem conjugar violência física, sexual, psicológica, violência institucional e patrimonial. A violência perpetrada pelo homem contra a mulher é um dos tipos de violência de gênero, que muitas vezes está ligada à baixa escolaridade da mulher, à dependência econômica de seu parceiro e às outras responsabilidades impostas, dentre elas o cuidado familiar.

A atitude de desafiar algumas das responsabilidades que lhe são delegadas ou de “descumprir” as normas sociais baseadas nas relações de gênero pode ser usada como “justificativa” para esse tipo de violência.

2.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O HOMEM

A masculinidade, situada no âmbito do gênero, representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera de um homem numa determinada cultura. Em várias sociedades, a socialização dos homens e a incorporação dos atributos masculinos se caracterizam por processos violentos, o que nos leva a considerar que a violência assume um papel de construção da própria masculinidade. Culturalmente, porém, a percepção do uso da violência física pelos homens pode ser diferente, pois em alguns contextos culturais pode ser simbolicamente valorizado e, em outros, pode ser repudiado, denotando fraqueza e inferioridade (CECCHETTO, 2004).

Essas são as primeiras pistas para responder à seguinte pergunta: por que os homens são os principais atores envolvidos em situações de violência, tanto como autores da agressão quanto como quem as sofre?

Se considerarmos essa questão com um olhar sociocultural, poderemos concluir que isso ocorre porque eles são influenciados por características de “ser homem” presentes em modelos culturais de masculinidades.



O fato de estudos encontrarem uma forte associação entre masculinidade e violência não pode fazer com que fixemos estereótipos de que ser homem é ser violento. Devemos considerar que junto ao modelo predominante de masculinidade, presente em cada sociedade, há modelos alternativos para considerar o que é ser homem. Nessas alternativas de masculinidade, a violência pode não ser preponderante, mas é importante levar em conta que individualmente os homens podem atribuir diferentes sentidos aos padrões de masculinidade.

Gomes (2003) observa que em algumas sociedades surgiram tensões entre homens ao buscarem manter o poder do macho no âmbito das relações íntimas, atendendo aos padrões tradicionais, e a possibilidade de se viver uma sexualidade associada à afetividade numa relação igualitária. Essas tensões foram descritas como a “crise masculina”. Segundo o autor, independentemente do fato de existir ou não uma crise da masculinidade, não se pode desconsiderar que, junto aos resquícios desses padrões, avista-se a possibilidade de se pensar a sexualidade masculina tomando por base outros referenciais.

Outro aspecto importante a ser levando em conta na discussão é que a masculinidade não é a única referência de identidade para os homens. Junto a ela, existem outras, como classe social, raça/etnia e grupo etário. Assim, o status de ser homem também é influenciado pela classe social em que ele se situa, pela etnia/raça a que se filia e pelo momento de vida por ele vivenciado. Mas, apesar de todas as mudanças, os homens mantêm um discurso do senso comum que toma como referências de masculinidade padrões tradicionais para a construção de suas identidades, que incluem: poder, agressividade, iniciativa e sexualidade incontrolada.

A dominação e a heterossexualidade costumam ser os eixos em que se baseia a masculinidade hegemônica. Nesse modelo, dentre as suas principais características, destacam-se as seguintes: a força; o poder sobre os mais fracos (sobre as mulheres ou sobre outros homens); a atividade (entendida como o contrário de passividade, inclusive sexual); a potência; a resistência; a invulnerabilidade. Welzer-Lang (2001) observa que na educação dos meninos, ocorrida nos espaços masculinos - entendidos como lugares de homosociabilidade, como pátios de colégios, clubes esportivos, bares e prisões -, costuma-se inculcar nos pequenos homens



a ideia de que, para ser um (verdadeiro) homem, eles devem combater os aspectos que poderiam fazê-los ser associados às mulheres.



Características da masculinidade hegemônica, como a força e o domínio, ajudam-nos a compreender a violência tão presente nas relações homens-homens e homens-mulheres. É possível observar que a violência masculina não se reduz aos atos físicos; tampouco se revela de maneira explícita. Então, é importante considerar que há níveis de violência psicológica nas relações entre os gêneros, bem como ocorrem atos nessas relações que - embora não sejam reconhecidos como violência - violam o ser humano.

Embora esse aspecto seja menos estudado, os homens também são vítimas nas relações heterossexuais, desmistificando a ideia de que somente as mulheres são agredidas. Além disso, a violência não ocorre somente nas relações entre homens e mulheres, mas nas relações homoafetivas, entre travestis, transgêneros, transexuais, apesar de o conceito de violência de gênero no sentido do sexo biológico não abarcar propriamente esses comportamentos.

Uma das queixas mais frequentes dos homens sobre suas parceiras íntimas diz respeito à violência psicológica, principalmente quanto a ofensas e humilhações que atingem a autoestima deles, desqualificando-os como homens e como seres humanos, causando mágoas e frustrações. A maioria dessas desqualificações cobra dos homens um desempenho de acordo com os rígidos esquemas de gênero em que toda a sociedade está imersa - por exemplo, dizer que ele não está sendo homem o bastante quando não traz dinheiro para casa, que é um pai fracassado, que é pouco corajoso, comparando-o a outros homens etc.

Bourdieu (1999) chama atenção para o fato de que, no cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Paradoxalmente, os homens, mesmo sem perceberem, também são vítimas da própria dominação masculina. Assim, por constantemente terem de atestar sua virilidade, juntamente com a violência, os homens vivem a tensão e a contensão. E, nesse processo de testagem, aquilo que é tido como “coragem” pode ser enraizado numa covardia - ou seja, pode se basear no medo “viril” de ser excluído do mundo dos “homens”. A virilidade, então, é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros



homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro de si mesmo.



Descrever a relação entre violência e masculinidade sob uma perspectiva sociocultural e, portanto, desnaturalizá-la, torna-nos potentes para transformar o modelo hegemônico de masculinidade, dando voz e vez a outras masculinidades possíveis. Considerar fatores culturais promove a incorporação de práticas que levam à reflexão sobre valores e ao que eles geram em termos de condutas.

Voltar-se para uma aproximação de gênero implica requalificar o agrupamento “homens”, construindo um leque novo de questões para pensar homens e mulheres como sujeitos com necessidades a serem consideradas em todas as formas de interação. Se a tomada dos homens como objeto, para entendê-los e também às mulheres, representa o esforço de realizar a categoria gênero, o produto de tal esforço constituirá uma contribuição da perspectiva de gênero para renovar o conhecimento e as práticas da Saúde Coletiva (SCHRAIBER et al, 2005).

2.3 GÊNERO E SAÚDE - PAPEL DO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005), há pelo menos três razões para trazer a temática de homens e masculinidade para os estudos de saúde e gênero.

A primeira é por estimular cientistas e formuladores de políticas a enfrentar questões das inter-relações entre os gêneros.

Em segundo lugar, por trazer novas temáticas para os estudos e as políticas em saúde da mulher, além de proporcionar novos olhares (de gênero) para antigos objetos da saúde das mulheres e dos homens; a terceira razão seria por ressaltar o entrelaçamento entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Contudo, é importante refletirmos sobre as dificuldades de incorporação dos homens nos serviços de saúde, principalmente porque no imaginário social de gênero, incluindo aí o dos profissionais de saúde, esses espaços não condizem com as noções construídas de masculinidade. Assim, os serviços reproduzem na atenção os padrões tradicionais de cuidado, não integrando as questões de gênero ao atendimento.



SAIBA MAIS



Para conhecer mais sobre a incorporação dos homens nos serviços de saúde, sugerimos a leitura do artigo “COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface, Botucatu, v.14, n.33, p. 257 - 270, abr./jun. 2010.”

Há uma preocupação e a busca de serviços de saúde, de programas ou atividades que deem conta das inúmeras necessidades de saúde dos homens. Inicialmente a preocupação estava centrada na dificuldade encontrada por diversos profissionais da Atenção Básica em responder às diferentes demandas trazidas pelas mulheres, mas que também dependiam de ações direcionadas para seus respectivos parceiros. Entre estas, podemos listar o controle e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), a discussão sobre métodos contraceptivos e suas relações com o planejamento familiar, as diferentes situações de violência nas relações interpessoais, especialmente a violência praticada pelo parceiro. Todavia, os homens sentem mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na es-

pera da assistência, seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, o que provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (FIGUEIREDO, 2005).

Dessa forma, é imprescindível reconhecer que gênero é, dentre outras categorias, ordenadora de práticas sociais e, assim, condiciona a percepção do mundo e o pensamento. Desse modo, atributos relacionados ao masculino - como invulnerabilidade, baixo autocuidado e baixa adesão às práticas de saúde (especialmente de prevenção), impaciência, entre outros - tornam as unidades de Atenção Básica espaços “generificados” e potencializam desigualdades sociais, invisibilizando necessidades e demandas dos homens e reforçando o estereótipo de que os serviços de ABS são espaços feminilizados (COUTO et al, 2010).

Assim, para uma atenção integral às pessoas em situação de violência, sejam mulheres ou homens, vítimas ou agressores, o profissional de saúde precisa conhecer as questões relacionadas ao gênero e sua relação com os tipos mais comuns de violência.





Nesta unidade discutimos a violência de gênero na vida adulta. Discorreremos sobre as questões culturais envolvidas na violência de gênero contra as mulheres e os homens, sobre a necessidade de desconstruir essa forte associação entre masculinidade e violência, e de perceber que nas relações conjugais tanto homens quanto mulheres podem ser vítimas de violência.

As ações na Atenção Básica ainda são tímidas, e ressalta-se a rígida divisão dos gêneros, neste caso reproduzindo nos serviços de saúde maior atenção à saúde da mulher e à mulher vítima de violência. Evidenciamos também a importância de o profissional de saúde entender as relações entre gênero e violência, permitindo assim uma atenção integral às pessoas em situação de violência.



ALVES, S. L. B.; DINIZ, N. M. F. Eu digo não, ela diz sim: a violência conjugal no discurso masculino. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 4, p. 387-392, jul./ago. 2005.

BRASIL. Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. *Diário Oficial da união*. Brasília, DF, 21 mar. 1984.

BORDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

CECCHETTO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CONFERÊNCIA Mundial sobre as Mulheres, 4, 1995, Beijing, China. *Relatórios...* Beijing, China, 1995.

CONVENÇÃO Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará, Belém do Pará, 1994. *Relatório Anual*. Belém do Pará, 1995.



COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v.14, n.33, p. 257 - 270, abr./jun. 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 105 - 109, jan./mar. 2005.

GOMES, R.. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 825-829, 2003.

REICHENHEIM, Michael et al. The magnitude of intimate partner violence: portraits 15 capital cities and the Federal District. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 425-437, fev. 2006.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.9, n.2, p. 460-482, 2001.



Ao final desta unidade você deverá conhecer os aspectos relacionados à violência contra a comunidade LGBT.

3.1 INTRODUÇÃO DA UNIDADE

A incorporação da população masculina no debate sobre gênero tem se ampliado, sobretudo articulando as questões da saúde, da violência e da sexualidade. Essa última questão se destaca pela complexidade quanto à sua multiplicidade nas construções de identidades de gênero e orientações sexuais que compõem a diversidade humana, para além da classificação dos sujeitos em homens e mulheres unicamente com base em seu sexo biológico.

Dentro das diferentes formas de expressão da orientação e identidade sexual encontra-se a comunidade LGBT. Essa abreviação é usada para referir-se às comunidades de lésbicas (mulheres atraídas por outras mulheres), gays (homens atraídos por outros homens), bissexuais (pessoas atraídas por outras sem importar o gênero) e transgêneros - denominação que se refere coletivamente às pessoas que desafiam os papéis e as normas rígidas de gênero estipuladas pela socie-



dade e adotam papéis de um “terceiro gênero”, e (ou) se submetem a um tratamento hormonal e (ou) a um tratamento cirúrgico para ajustar seu corpo à forma do sexo desejado, incluindo-se aí os transexuais e os travestis (UNDP & UNAIDS, 2010).

Dependendo da organização proponente, existem outras definições, as quais marcam algumas diferenças entre essas identidades, mas sua importância está em questionar a existência de uma sexualidade única, inflexível e normatizada, e as consequências que esse paradigma traz às pessoas que estão fora da norma.



A sexualidade não heterossexual ainda sofre inúmeros preconceitos e discriminações, constituindo-se em violência de gênero.

Por exemplo, uma pesquisa que foi realizada com 2.363 pessoas, em 102 municípios brasileiros, constatou que 89% dos entrevistados foram contra a homossexualidade masculina e 88% foram contra a lesbiandade e a bissexualidade de mulheres (ALMEIDA, 2007). E assim por diante, exis-

tem outros exemplos de como se costuma destinar o status de “menos humano” a pessoas que não são consideradas exclusivamente heterossexuais ou não se comportam de acordo com o esperado socialmente como “mulher ou homem”. O fato de o grupo LGBT não fazer parte da heteronormatividade padronizada em nossa sociedade já lhe atribui um estigma de desvio à norma, além de um processo de rotulação bem descrito por Goffman (1963). Esse “desvio” traz consigo uma expressão particular da violência de “gênero”, que se manifesta por meio das discriminações e agressões nos diferentes âmbitos da vida cotidiana da comunidade LGBT. Ainda que essas discriminações e agressões na maioria das vezes não sejam tipificadas, não é raro que a imprensa divulgue notícias de violência contra pessoas em razão de sua orientação sexual ou identidade de gênero, nos diferentes contextos sociais, inclusive na escola, instituição da qual se espera a construção de uma educação para valores. Os casos mais evidenciados são situações extremas que levam à violência física e à morte, muitas vezes expostas de modo sensacionalista pela mídia, a qual também deveria reforçar os valores de respeito à dignidade humana.



Leia o documento, produzido pela Unicef, sobre como a violência ganha visibilidade nos meios de comunicação brasileiro. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_04.pdf

Essas violências também podem ser camufladas no decorrer das investigações policiais sobre crimes de latrocínio (“matou para roubar” ou “matou porque odeia e aproveitou para roubar”), crimes de ódio e (ou) crimes passionais, visto que a dinâmica dos encontros homoeróticos é favorecida pela clandestinidade e se dá entre parceiros sexuais muitas vezes desconhecidos, fator que propicia atitudes e eventos dessa natureza. A camuflagem constrói um imaginário desses crimes e invisibiliza as violações dos direitos humanos dessas pessoas, categorizando-os como acontecimentos dados pelo acaso.

Por outro lado, apesar de a violência física ter maior visibilidade, o preconceito, a discriminação, a lesbofobia, a homofobia e a transfobia operam por meio da violência simbólica e silenciosa, aceitas como “normais” pela sociedade. Essas formas invisíveis de violência reforçam no

imaginário social ideias, sentimentos e crenças negativas sobre o grupo LGBT, que culminam em práticas violentas e violações dos direitos desse grupo, muitas vezes alentadas pelos meios de comunicação. Esses fatos colaboram para a veiculação e perpetuação dos valores dominantes de intolerância e desrespeito, ampliando a vulnerabilidade social da comunidade LGBT.

Pesquisas como a da “Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil”, realizada pela Fundação Perseu Abramo (2009), não deixam dúvida quanto à gravidade do preconceito, estimando que 11 de cada 12 brasileiros concordam com a afirmação de que “Deus fez o homem e a mulher [com sexos diferentes] para que cumpram seu papel e tenham filhos”. O índice de homofobia, construído com base nos dados da pesquisa, indica que um quarto (25%) da população brasileira é homofóbico.

Por sua vez, os dados obtidos na pesquisa realizada na 8ª Parada do Orgulho LGBT do Rio de Janeiro nos apresentam parte dos efeitos da violência homofóbica socialmente construída, revelando que dos 403 participantes, 56,3% da amostra relataram ter sofrido agressões verbais e ameaças relativas à condição homossexual ou em relação à identidade de gênero.



Esse estudo revelou ainda que travestis e transexuais são alvos preferenciais das práticas discriminatórias e das violências verbais, somando 65,4% de ocorrências em relação a 41,5% das mesmas sobre gays, lésbicas e bissexuais. Quando se trata de agressões físicas, a proporção de agressões contra travestis e transexuais aumenta para 42,3%, ao passo que para lésbicas diminui para 9,8%, 16,6% para gays e 7,3% para bissexuais (CARRARA; RAMOS; CAETANO, 2003). A pesquisa realizada na 9ª Parada do Rio reitera a alta incidência de discriminação, representando 64,8% de uma amostra de 629 participantes (CARRARA & RAMOS, 2005).

Para alguns estudiosos, a discriminação e o preconceito são sempre atitudes negativas e contextualizadas, locais e situadas, porém gozam de certa cumplicidade social e de certo eco em determinados grupos sociais (GÓMEZ, 2008). No entanto, a violência homofóbica pode ser “cordial” e estar velada nos diferentes meios laborais, familiares ou sociais. No caso da orientação sexual, pode variar da invisibilidade à visibilidade quando homossexuais se veem forçados a permanecer ocultos para não serem demitidos ou estigmatizados.

E importante ressaltar que as pessoas que se identificam dentro dessas diversidades não apenas sofrem discriminação e (ou) violência por esses aspectos, mas pelas outras categorias que representam. Assim, as lésbicas, por exemplo, estão mais sujeitas à violência simbólica do que os gays, uma vez que na constituição de seu status contabilizam-se a superposição de diferentes dominações simbólicas - num caso de maior superposição de dominações simbólicas estariam as lésbicas negras e pobres ou as trans-mulheres negras e pobres.

Existem outros fatores culturais e históricos que permeiam essas populações, como a epidemia da Aids, que ainda afeta gravemente as comunidades compostas por travestis, transexuais e gays, perpetuando o estereótipo/preconceito, bem como as desigualdades e a exclusão social dessas pessoas. É como no caso da violência de gênero em que os homens homossexuais e bissexuais sofrem mais violência em espaços públicos, ao passo que as mulheres homossexuais e bissexuais vivem com maior frequência situações de violência em ambientes privados, sobretudo no ambiente familiar e de vizinhança (CARRARA, et al. 2006), em função de rom-



perem com as atitudes e os comportamentos esperados deles dentro desses espaços.

Os autores da agressão - compreendidos por meio das teorias feministas e de gênero - são homens, jovens, heterossexuais, e parecem professar uma ideologia machista e patriarcal. Entretanto, faltam dados epidemiológicos suficientes que permitam tipificar ou construir o perfil do agressor, nas determinadas variações e expressões para cada segmento da comunidade LGBT (MARTINS; FERNANDEZ; NASCIMENTO, 2010).

3.2 O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBT NA ATENÇÃO BÁSICA



A população LGBT tem o atendimento a seus direitos comprometido, inclusive o de conseguir acessar os serviços públicos de saúde. Observa-se também que há necessidade de incluir o tema LGBT na formação dos profissionais de saúde, a fim de que possam ser desenvolvidas ações voltadas às especificidades dessa população.

Em estudo sobre a homossexualidade feminina, Valadão e Gomes (2011) concluem que não costu-

ma haver apoio por parte de profissionais de saúde para lésbicas e mulheres bissexuais verbalizarem suas orientações sexuais quando conseguem atendimento. Isso faz com que haja exclusão e violência simbólica, apesar de os programas governamentais preconizarem o contrário. Segundo os autores mencionados, para que esse quadro mude não basta uma capacitação técnica desses profissionais. É preciso que eles se engajem na transformação de hábitos sexistas e discriminatórios em boas práticas de saúde, as quais contemplem as diversidades sexuais.

Tendo em conta que alguns agravos à saúde da população LGBT são determinados socialmente - em função das frequentes violências e violações de direitos a que estão expostas essas populações e em consequência das diferentes representações e significações construídas socialmente acerca das orientações e identidades sexuais (LIONÇO, 2009), no campo da ação social -, é evidente que esta precisa ter atenção no sistema de saúde abrangente. A atenção à saúde desse grupo deve considerar tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos e sociais, incluindo políticas públicas de saúde que tenham por objetivo fundamental dar resposta



às necessidades de bem-estar da população, visando a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo.



A saúde, vista como um direito, tem como função primordial abarcar a garantia dos direitos humanos da população LGBT, os quais já fazem parte do marco legal internacional.

O SUS (Sistema Único de Saúde) estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. Está entre as pautas reivindicatórias do movimento LGBT a criação de atendimento especializado às vítimas de discriminação por identidade de gênero e orientação sexual. Inserida no contexto da vigência do Programa Brasil sem Homofobia, lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi lançada pelo Ministério da

Saúde em 2008 (BRASIL, 2004). Também foi criado o Protocolo Clínico de Saúde Integral para Travestis (PCSIT), instituído no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010), e a Portaria GM n. 1.707 de 18 de agosto de 2008 para implementar o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2008). Trata-se de um marco importante no reconhecimento das necessidades de saúde desses segmentos para além das questões referentes à epidemia de Aids, reconhecendo-se a complexidade e a diversidade dos problemas de saúde que os afetam.

Mesmo assim, persistem certos fatores que dificultam a atenção adequada à população LGBT e, mais especificamente, à comunidade transexual. Tendo em vista que estes ainda são considerados pelo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como portadores de um transtorno da identidade de gênero, há várias dificuldades para os que querem realizar uma cirurgia de mudança sexual. Quando uma pessoa opta por realizar esse tipo de cirurgia, tem de passar por uma série de testes psicológicos e psiquiátricos para fazer a confirmação do diagnóstico. A finalidade desses testes é aprovar a cobertura dessas petições pelas diferentes entidades prestadoras de serviços de saúde.



Esse processo “psiquiatrizante” faz uso de um diagnóstico que tem contribuído para reforçar o estigma de pessoas “transtornadas” frente à sua opção, sem questionar os aspectos históricos, políticos e subjetivos dessa escolha.



Assista à palestra da professora Dra. Berenice Bento sobre a patologização da Justiça em relação a transexuais e travestis. Acesse: <http://youtu.be/Z6oM-BoUGWo>

É necessário reconhecer que transexuais e travestis vivenciam situações de extrema vulnerabilidade social, e que os agravos decorrentes em relação a seus corpos biológicos ou de nascimento se devem fundamentalmente à omissão ou restrição da ajuda médica atualmente possível em termos biotecnocientíficos. Isso não somente impede o acesso a um procedimento cirúrgico ou de redução de danos pelo uso de hormônios, como nega o acesso às condições necessárias para a livre expressão da personalidade (VENTURA, 2007). O desafio da construção de uma política de atenção integral à saúde dessa população, tal como prevê o programa Brasil sem Homofobia, do Go-

verno Federal, implica a complexificação e o alargamento do que se compreende por direitos sexuais e reprodutivos para a efetiva promoção da equidade e universalidade do acesso aos bens e serviços (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).



Leia o artigo “LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008.” em que se problematiza a pertinência de uma política de saúde para gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais - GLBT. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/03.pdf>.





Além da negociação dessas alterações das políticas de saúde baseadas na ação do feminismo, dos movimentos gays e lésbicos, há os movimentos de defesa de crianças e adolescentes, que também requerem uma intervenção na busca de maior liberdade para a expressão e o exercício da sexualidade, ou numa direção inteiramente distinta das manifestações das novas ansiedades relacionadas ao que se configura como limites aceitáveis.



No âmbito da Atenção Básica o desafio está em mudar o paradigma de heteronormatividade vigente não só nesse nível de atenção dos serviços de saúde, mas nos demais, na forma como os serviços se organizam e no modo como seus profissionais atuam.

Compreender o quão é rígido o olhar sobre as questões de gênero pode contribuir para não perpetuar a violência e a discriminação contra essa população, garantindo os cuidados de saúde ao respeitar, proteger e garantir seus direitos, independentemente da visão de gênero.

Os princípios do SUS têm de ser postos em prática para detectar e responder às suas necessidades de maneira holística e abrangente. Isso implicaria fortes relações de rede entre as diferentes profissões, instituições, sistemas de saúde e outras agências responsáveis por responder às necessidades das pessoas em situação de violência de gênero.

SAIBA MAIS

Para ampliar seus conhecimentos sobre a questão da saúde da população LGBT, leia o artigo de CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. “Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão”. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2011.



Veja a seguir a Tabela 1, que apresenta as recomendações gerais para a realização de um atendimento inclusivo.



Tabela 1. Recomendações adaptadas da Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient - and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community e Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review.

Recomendações Gerais

Profissional

Familiarizar-se com os recursos on-line e locais disponíveis para as pessoas LGBT.

Reconhecer os diferentes movimentos organizados e (ou) ONGs LGBT.

Procurar informações e manter-se atualizado sobre temas de saúde LGBT.

Desafiar as atitudes negativas de seus colegas frente às pessoas LGBT.

Interação Profissional-Paciente.

Evitar deduzir a orientação sexual ou identidade de gênero considerando a aparência ou outras características da pessoa.

Estar ciente de preconceitos, estereótipos e outras barreiras de comunicação. Usar uma linguagem neutra e inclusiva.

Permitir que as pessoas se autoidentifiquem e usem seu nome social. Levar em consideração que essa autoidentificação é um processo individual.

Não fazer julgamentos ou comentários morais.

Conservar uma linguagem corporal neutra.

Normalizar os antecedentes ou comportamentos sexuais, questionando-os a todos os seus pacientes.

Fonte: TSCHURTZ; BURKE, (2011)



Nesta unidade abordamos algumas formas de diversidade sexual dentro do marco de violência de gênero e população LGBT, primeiro definindo esta, depois passando a discutir e a dar um contexto geral do meio e das circunstâncias em que ocorrem as diferentes formas de violência e discriminação que essa comunidade sofre. Abordamos os avanços das políticas em saúde nessa área e fizemos uma reflexão sobre o que falta para haver uma atenção integral ao grupo LGBT.



FUNDAÇÃO Perseu Abramo. **Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil, Intolerância e respeito às diferenças sexuais**, 2009. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/diversidade-sexual-e-homofobia-no-brasil-intolerancia-e-respeito-diferencas-sexuais>>. Acesso em: 25 out. 2013

ALMEIDA, A. C. **A cabeça do brasileiro**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1141-1149, jul./ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

SÃO PAULO (Estado). Portaria CRT a-1, de 27 de janeiro de 2010. Protocolo clínico nos ambulatórios de saúde para travestis e transexuais. **Diário**



Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 28 jan. 2010. **BRASIL**

BRASIL. Portaria nº 1.707, de 18 ago. 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 19 ago. 2008.

CARRARA, S.; RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade: Pesquisa 9ª**. Parada do Orgulho GLBT - Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC/CLAM, 2005.

CARRARA, S.; RAMOS, S.; CAETANO, M. **Política, direitos, violência e homossexualidade: 8ª Parada do Orgulho GLBT - Rio 2003**. Rio de Janeiro: Pallas, 2003.

CARRARA, S. et al. **Política, direitos, violência e homossexualidade: Pesquisa 9ª**. Parada do Orgulho GLBT - São Paulo 2005. Rio de Janeiro: CEPESC/CLAM, 2006.

GOFFMAN, E. **Stigma: notes on the management of spoiled identity**. New Jersey: Prentice-Hall, 1963.

GÓMEZ, M. M. **Violencia por Prejuicio La Mirada de los Jueces: Sexualidades diversas en la jurisprudencia latinoamericana**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2008. p. 91

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 43-63, 2009.

TSCHURTZ, B.; BURKE, A. **Advancing Effective Communication, Cultural, Competence, and Patient and Family Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community**. USA: The California Endowment, 2011.

UNDP (The United Nations Development Programme); UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). **Vulnerability to Resilience: Strategic Framework for Strengthening National Responses to HIV for Gay Men, Other MSM, and Trans People in Latin America and the Caribbean**, 2010.

VENTURA, M. **Transexualismo e respeito à autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde na 'terapia de mudança de sexo'**.



2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)
- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

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



KATHIE NJAINE

Concluiu mestrado em Ciência da Informação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1994, e doutorado em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 2004. Atualmente é pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, e professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua em ensino e pesquisa na área de saúde coletiva. Tem experiência em Avaliação de Programas e Serviços, em pesquisas sobre Violência e seu Impacto na Saúde e em Políticas de Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/1631861999423345>

ANNE CAROLINE LUZ GRÜDTNER DA SILVA

Concluiu especialização em Saúde Pública em 2010 e mestrado em Saúde Coletiva, em 2012, pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente cursa doutorado em Saúde Coletiva



(UFSC) e participa de projetos de capacitação para profissionais da área da saúde. Tem experiência em pesquisas sobre violência conjugal.

<http://lattes.cnpq.br/1935004599922389>

ANA MARIA MÚJICA RODRIGUEZ

Graduou-se em Medicina pela Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colômbia - UNAB (2009) e fez especialização em Docência Universitária (2012). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em pesquisa, nas áreas de Chagas e sexualidade. Atuou em ensino e pesquisa na área da saúde na UNAB. Atualmente faz mestrado em saúde coletiva na UFSC.

<http://lattes.cnpq.br/1426096936286534>

ROMEU GOMES

Graduou-se em Pedagogia pela Universidade Federal Fluminense (1970), sendo licenciado como professor de Sociologia e Psicologia pelo Ministério da Educação. Tem mestrado em Educação pela Universidade Federal Fluminense (1975), livre do-

cência em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1989) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1994). Atualmente é editor científico da revista Ciência & Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, professor titular do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, e docente pesquisador do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, do Hospital Sírio-Libanês, sendo responsável pelas disciplinas de Antropologia e Saúde, Metodologia Científica e Pesquisa Qualitativa em Saúde. É pesquisador com experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: sexualidade, gênero e saúde; saúde do homem; dimensão socioantropológica do processo saúde-doença; avaliação em gestão de tecnologia e inovação em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/6215183415501835>