



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ  
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA

**CURSO DE FORMAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO LGBT SOB A ABORDAGEM DA PEDAGOGIA  
HITÓRICO-CRÍTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**FELIPE DO CARMO DE CARVALHO**

CAMAÇARI – BA

2018



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ  
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA

FELIPE DO CARMO DE CARVALHO

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), em formato de Artigo Científico (Projeto de Intervenção), apresentado como requisito final e obrigatório à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família, no âmbito da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para a obtenção do título de “Especialista em Saúde da Família”.

**Autor / Residente Responsável:**

*Felipe do Carmo de Carvalho*

**Orientadora Responsável:**

*Mariana Machado Aragão*

CAMAÇARI – BA

2018

À toda diversidade que existe no mundo, à toda a metamorfose da vida – que em tempos obscuros – têm seus corpos mutilados.

*Deixa o menino jogar ô iaiá  
Deixa o menino aprender ô iaiá  
Que a saúde do povo daqui  
É o medo dos homens de lá  
Sabedoria do povo daqui  
É o medo dos homens de lá  
A consciência do povo daqui  
É o medo dos homens de lá*

**Natiruts**

## RESUMO

Na atual sociedade centrada no conflito de classes, a saúde passa a assumir um papel fundamental para legitimar sua hegemonia tanto na esfera política (adotando a imposição de padrões que contribuem para a sua reprodução) quanto na econômica (quando se estabelece formas de exploração para a apropriação de capital) fomentando a exclusão dos que fogem à normatividade. Assim, o SUS, conquistado através da luta organizada da classe trabalhadora com o Movimento de Reforma Sanitária, é o principal prestador de serviços de saúde no país e possui um papel importante na reorientação da formação em saúde dos trabalhadores a fim de concretizar seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. O Curso de Formação tem por objetivo contribuir para a saúde integral das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis. Trata-se de um projeto de intervenção na Estratégia de Saúde da Família do município de Camaçari-BA, desenvolvido a partir da pedagogia histórico-crítica sob o viés do método do materialismo histórico dialético. Dividimos em três Etapas: Pactuação, Conteúdo e Avaliação; às quais se dividem em seis Oficinas com duração de nove horas cada, em um período de três meses. É uma possibilidade de alcançar mudanças no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família ao reavaliar os conceitos que são naturalizados através da politização dos trabalhadores da saúde acerca do gênero e da sexualidade, para que não se produza o caminho restrito da sexualidade (sexo, gênero, identidade e orientação sexual), entendendo-o também como uma vítima do processo de reprodução social na tentativa de gerar a apreensão e subsequente superação da realidade existente e emancipação humana a fim de que todos/as comunguem dos mesmos privilégios.

Palavras-chave: 1. Curso de Formação; 2. População LGBT; 3. Integralidade; 4. Emancipação Humana.

## ABSTRACT

In today's class-centered society, health becomes a fundamental role in legitimating its hegemony both in the political sphere (by adopting standards that contribute to its reproduction) and economically (when establishing forms of exploitation for the appropriation of capital) by encouraging the exclusion of those who escape normativity. Thus, SUS, conquered through the organized struggle of the working class with the Health Reform Movement, is the main provider of health services in the country and plays an important role in reorienting workers' health education in order to realize its principles of universality, equity and completeness. The Training Course aims to contribute to the integral health of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Transvestite. It is an intervention project in the Family Health Strategy of the municipality of Camaçari-BA, developed from historical-critical pedagogy under the bias of the dialectical historical materialism method. We divide into three stages: pacing, content and evaluation; which are divided into six workshops lasting nine hours each in a period of three months. It is a possibility to achieve changes in the Family Health Strategy's work process by re-evaluating the concepts that are naturalized through the politicization of health workers about gender and sexuality so that the restricted path of sexuality (sex, gender, identity and sexual orientation), understanding them as victims of the process of social reproduction in an attempt to generate the apprehension and subsequent overcoming of existing reality and human emancipation so that all of them share the same privileges.

Keywords: 1. Training Course; 2. LGBT Population; 3. Integrality; 4. Human Emancipation.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
<b>3. LIMITES E POSSIBILIDADES NOS DEBATES DE GÊNERO E SEXUALIDADE .....</b>	<b>10</b>
<b>4. O CUIDADO INTEGRAL PARA LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRANSEXUAIS E TRAVESTIS .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Formação em Saúde .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Políticas de Saúde e Práticas de Cuidado para a População LGBT .....</b>	<b>17</b>
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>20</b>
<b>6. CRONOGRAMA .....</b>	<b>26</b>
<b>7. RECURSOS .....</b>	<b>26</b>
<b>8. RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, especialmente na década de 80. Apesar de alguns retrocessos devido às investidas privatizantes do grande capital, seus princípios elementares como a universalidade, integralidade, equidade, entre outros, têm permitido o acesso de uma parcela considerável da população às suas ações e serviços. (CARVALHO, 2016).

Na atual sociedade centrada no conflito de classes, a saúde passa a assumir um papel fundamental para legitimar sua hegemonia tanto na esfera política quanto na econômica. Entender essa análise dialética permite, sem restrições, desvendar e combater às opressões com a necessidade de uma articulação intrínseca dessas duas esferas, ou então, estará limitado a não resultar em mudanças concretas no caminho à emancipação dos seres humanos. Dessa forma, entender que os sujeitos estão aprisionados a valores que usurpam a possibilidade de exercer suas subjetividades é iniciar um enfrentamento aos padrões de reprodução sociais como da heteronormatividade, do sexismo e binarismo que são impostos

A partir disso, pressupomos que podemos reorientar as práticas de cuidado ofertadas às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis a fim de melhorar a qualidade do acesso, a resolutividade dos casos, ampliar as discussões, ressignificar e quem sabe alcançar a emancipação humana para que todas as pessoas, independente de gênero, identidade de gênero, orientação sexual, raça, etnia ou classe social tenham o cuidado integral na saúde.

O interesse em elaborar o Projeto surgiu de algumas inquietações ocorridas durante o processo de formação na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família onde atuei como Professor de Educação Física no Núcleo de Apoio À Saúde da Família no município de Camaçari-BA. Logo, levantei o seguinte problema: a população LGBT possui atenção integral das práticas de saúde no SUS? No cotidiano do território das Unidades de Saúde da Família de Nova Aliança e PHOC CAIC pude obter essa resposta percebendo que a maioria não possui nem acesso por diversos fatores determinados historicamente; tal interesse aumentou ao perceber as poucas e limitadas produções acerca da temática; e por último, e não menos importante, cheguei à conclusão a partir de diálogos, que a maioria das/ dos colegas residentes quando não tem aversão, não fazem ideia de como desenvolver práticas de cuidado para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

O Brasil é um dos países que mais se matam pessoas por questões de gênero, identidade de gênero, orientação sexual, raça, etnia e classe social. Entendo que as lutas



específicas são sim importantes, mas que também precisamos alcançar a emancipação humana a fim de superar a sociedade capitalista a partir da luta de classes.

## **2. OBJETIVOS**

**Geral:** Implantar o Curso de Formação para as Práticas do Cuidado Integral da População LGBT na Atenção Primária à Saúde (APS).

### **Específicos:**

- ✓ fomentar a reorientação da formação e forma de ação dos profissionais de saúde da APS para com o cuidado integral da população LGBT;
- ✓ discutir e qualificar o acesso, a abordagem e o cuidado da população LGBT nas Unidades de Saúde da Família

### **3. LIMITES E POSSIBILIDADES NOS DEBATES DE GÊNERO E SEXUALIDADE**

Para entender como se dá as relações de gênero e sexualidade nos dias atuais, é preciso compreender também como se dá tais construções. Torna-se necessário acompanhar a historicidade dos fatos que não ocorrem de forma isolada. As relações de gênero e sexualidade, embora tenham suas principais contribuições nos estudos estruturalistas e pós-estruturalistas, para Marx e Engels não podemos deixar de levar em consideração que todos os tipos de relações se baseiam nos modos de produção adotados pelos seres humanos através dos tempos.

O modo de produção atual não existe desde o início da humanidade e pode, um dia, ser superado. Já tivemos outros modos de produção que refletem nas dinâmicas de produção e reprodução da humanidade. Lessa (2012), que também se debruçou na obra de Engels, afirma que o “trabalho primitivo fundou o comunismo primitivo, o trabalho escravo é fundamentado do modo de produção escravista, o trabalho servo é fundamentado no modo de produção feudal e o trabalho proletário é o que funda o modo de produção capitalista.” (p.09).

Para Engels (1999), há um fator determinante que dá o caráter de ser humano que é o trabalho. O trabalho é a condição básica e fundamental de toda a vida humana, em tal grau que se pode afirmar que o trabalho criou o próprio ser humano. A partir do trabalho foi possível desenvolver as mãos, o cérebro, a criatividade e o desenvolvimento da linguagem para viver em sociedade. Assim é o trabalho humano que constitui a humanidade não só do ponto de vista cultural, mas até mesmo anatomicamente, “a mão humana é não apenas o órgão do trabalho, mas também o produto dele”. A mão, com a prensibilidade do polegar que permite a manipulação de instrumentos, o cérebro com áreas estimuladas pela necessidade de desenvolver habilidades como a linguagem e a traqueia capaz de emitir sons variados, são órgãos históricos, produtos do desenvolvimento coletivo da sociabilidade humana.

Em 1884, Engels, a partir de alguns estudos realizados por Lewis Henry Morgan, desenvolveu a aplicação do materialismo histórico na tentativa de compreender o desenvolvimento das formas de família, da propriedade privada e do Estado desde a pré-história. Analisa cada período histórico da humanidade como um processo de produção e reprodução da vida imediata, para qual o desenvolvimento da capacidade do trabalho humano em interagir e transformar a natureza reflete-se nas técnicas de produção.

Acontece que ao final do “comunismo primitivo”, nasce conjuntamente a opressão de classe, com o surgimento da propriedade privada, opressão do homem pelo homem (início da

escravidão), e a opressão feminina com a subordinação da mulher ao direito paterno para garantir a transmissão de sua linhagem e propriedade. O autor afirma que “a derrota histórica do gênero feminino” ocorreu com o advento da propriedade privada. Anterior a isso, entre os caçadores e coletadores, as mulheres viviam em condições igualitárias, ou poderia, ter um papel superior ao dos homens que o autor denomina de “matriarcado” ou de “direito materno”. Sua condição social decaiu para um tipo de servidão com a expansão da agricultura extensiva e o surgimento do excedente.

Demonstra que a organização familiar é tão histórica quanto a totalidade social e que a família monogâmica e o patriarcalismo burguês não são a única forma de organização familiar. Enquanto isso os Estados passam a existir para garantir a repressão, a exploração e a reprodução das desigualdades mantendo o domínio de uma classe sobre a outra, mas para que isso aconteça, cria mecanismos como formação administrativa, arrecadação de tributos, burocracia, etc. Engels acredita que todas as formas de opressão possuem raízes comuns, “na família, o homem é o burguês e a mulher o proletário”. A origem da opressão é cultural e pode vir a desaparecer no futuro.

Porque é preciso compreender a opressão de classes e da mulher para analisar as políticas de saúde voltadas às lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis? Simplesmente porque a origem da opressão sexual e transgênera está intimamente ligada à ascensão da família e das sociedades de classes, a qual trouxe consigo a subjugação das mulheres.

De acordo com McCarthy *apud* Oliveira (2002), no Antigo Egito, uma das formas de punição era a sodomia, a ideia era que os inimigos fossem submetidos à dominação sofrida pelas mulheres, para o autor estar na condição de mulher era considerado humilhante e até hoje a passividade ainda é menos aceitável do que o papel de ativo nas relações sexuais entre homens. Mais tarde, na Idade Média, a sodomia foi adotada pela sociedade cristã para interpretar a destruição das cidades de Sodoma e Gomorra por conta dos atos homossexuais ali praticados, está também no discurso de Santo Agostinho para justificar o único sentido que deveria ter os atos sexuais que deveria ser a procriação (as mulheres também não podiam praticar a sodomia). Leis foram criadas para punir e proibir homossexuais como o Código Justiniano no século VI e depois a perseguição da Santa Inquisição iniciada no século XIII.

O Partido Socialista Democrático, então Partido Socialista dos Trabalhadores, em sua sétima convenção nacional, em 1979, lançou um documento que foi traduzido por Lorimer em 1982, afirmando que para impor o sexo com fins apenas reprodutivo foi preciso regular o comportamento sexual, assim asseguraria a legitimidade dos filhos (e a transmissão na linhagem patriarcal dos bens). O documento expõe que:

A opressão e a perseguição aos homossexuais são, portanto, um subproduto da opressão feminina, como resultado da necessidade de se retratar a família patriarcal como indispensável e inevitável. Obviamente, a ligação precisa entre as opressões feminina e homossexual varia de acordo com a sociedade e o período histórico, bem como de acordo com a importância da família, sua função econômica e a presença ou não de uma resistência político-ideológica a ela.

Em algumas sociedades, segundo Oliveira (2002), como na Grécia Antiga (e outras civilizações da Antiguidade), as relações de pessoas do mesmo sexo eram vistas com naturalidade e estão documentadas em escritos de Sócrates, Sófocles e Platão. Era também uma sociedade patriarcal e o amor masculino era visto como superior ao amor feminino. Para Lorimer (1982), as mulheres lésbicas sofrem uma opressão com maior dimensão, pois, primeiramente, o trabalho determina a posição social ocupada pelos homens, mas para as mulheres o status está ligado também ao seu relacionamento com um homem e à criação de seus filhos. Agora não deve ser tão difícil imaginar a opressão sofrida pelas pessoas transgêneras e travestis.

A obra de Engels foi inspiração para outros autores marxistas, todavia existem muitas limitações, o autor considera a homossexualidade como um “vício antinatural”, ou “decadência moral”. Além disso, não questiona o modo de reprodução, a natureza do trabalho doméstico e outros fundamentos ideológicos que contribuíram para a dominação masculina que só foram discutidas posteriormente com o surgimento do movimento feminista com autoras desconstrutivistas, pós-modernistas e também as marxistas.

Uma vez que a crítica marxista partiu de categorias como mais-valia, classe social e alienação e atacou o pensamento liberal, para Mariano (2005)

As pensadoras feministas marxistas agregaram mais uma crítica, apontando que o sujeito do liberalismo, além de burguês, é também masculino, portanto, sua pretensa universalidade esconde, na verdade, sua especificidade. No interior do pensamento marxista o sujeito concebido tem a classe social como seu fundamento. (p. 483).

Joan Scott (1994 e 1999) entende que gênero necessita de uma teoria que lhe dê suporte. Logo, tal teoria seria o pós-estruturalismo, pois permite questionar as categorias unitárias e universais tornando os conceitos históricos e não naturais. Para a autora (1999), o método de desconstrução é uma importante contribuição do pós-estruturalismo ao feminismo na tentativa de desmontar a lógica interna das categorias e expor suas limitações, assim

Desconstruir significa analisar operações da diferença nos textos e as formas nas quais os significados são trabalhados. [...] Revela a interdependência de termos aparentemente dicotômicos e como seu significado se relaciona com uma história particular. Mostra-os como oposições não naturais, mas

construídas; e construídas para propósitos particulares em contextos particulares. (SCOTT, 1999, p. 208).

Scott (1999) acredita que precisamos de teorias que rompam com as tradições filosóficas ocidentais, baseadas em esquemas binários que constroem hierarquias. É preciso pensar em termos de pluralidades e diversidades úteis e relevantes para a prática política.

Simone de Beauvoir foi a precursora nas discussões que ficou conhecido “Segunda Onda” do feminismo com a publicação do livro *O segundo sexo*, que analisa a opressão às mulheres e é um tratado fundamental do feminismo contemporâneo. Mais tarde, autoras como Joan Scott, Teresa de Lauretis, Guacira Lopes Louro, Chantal Mouffe, entre outras (MARIANO, 2005) deram suas contribuições para as perspectivas analíticas da categoria gênero e diferenciação das nomenclaturas de sexo biológico, sexualidade e identidade de gênero, muitas vezes abordadas como se fossem iguais.

Na década de 1980, a Teoria *Queer* se apoia nas também na “teoria pós-estruturalista e na desconstrução como um método de crítica” (SEIDMAN, 1995, p. 125.), traz mais contribuições para o rompimento da normatividade imposta dos binarismos construídos socialmente como homossexualidade/heterossexualidade, masculino/feminino, homem/mulher. *Queer*, semanticamente, refere-se à estigmatização para designar o que é estranho, inferior, desajustado. Para Braga (2011),

é nesse contexto que se encontram os “corpos estranhos” dos homossexuais, travestis, transexuais, intersexuais, *drag queens*, hermafroditas: corpos que extrapolam os limites convencionais, escapam à inteligibilidade, vivem dentro dos discursos como figuras não questionadas, indistintas, como se não tivessem conteúdo ou não fossem reais, mas que, ainda assim, produzem outras estéticas, outros prazeres, outras formas de ser – ou de não ser – homens e/ou mulheres. (p.21).

A autora expõe que um estudo *queer* busca ampliar os espaços que questionam os efeitos naturalizantes das identidades fixadas e utiliza das palavras de Butler (2006) afirmando que “tais estudos privilegiam os sujeitos cuja própria humanidade apenas é reconhecida quando a condição humana não se encontra fechada em categorias previamente descritas e nomeadas”. (p. 22).

Angela Davis, Rosa Luxemburgo, Zuleika Alamberte e outras autoras contribuíram para a luta feminista e ampliaram as possibilidades para uma sociedade livre de todos os tipos de opressão se apropriando e superando as abordagens pós-modernistas, pós-estruturalistas. Mirla Cisne (2005) afirma que as diferenças e especificidades como gênero e sexo devem ser percebidas, mas não subordinar e obscurecer outras categorias como classe, raça e etnia, as especificidades não podem ser isoladas de suas macrodeterminações, uma vez que as

condições de vida das mulheres trabalhadoras ainda permanecem precarizadas. Ainda, evidencia que:

O marxismo possibilita uma análise crítica acerca das relações sociais, dentre elas as de gênero, mediante uma perspectiva de totalidade que não permite fragmentar a realidade, buscando apreendê-la além da aparência, das “representações”, sem esquecer, portanto, a incansável e constante busca de aproximação da essência dos fenômenos sociais e de suas determinações. (Pág. 07).

Cisne (2005) segue dizendo que se a classe determina as variadas expressões de opressões, os movimentos sociais devem ter como central a luta de classes, o que não é contraditório com as lutas ditas “específicas”. Pois, lutar por uma emancipação plena que não ceda espaço para discriminações, subordinações e preconceitos é garantir o direito aos sujeitos sociais da livre expressão de suas subjetividades.

Precisamos portanto, nos apropriar e direcionar tais conhecimentos para a luta coletiva e defender um projeto de sociedade pela transformação da mesma e superação da realidade. Pois, como dito por Rosa Luxemburgo: Lutamos por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres!

## 4. O CUIDADO INTEGRAL PARA LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRANSEXUAIS E TRAVESTITIS

### 4.1 Formação em Saúde

É no século XIX que se consolidam a burguesia enquanto classe e o Estado burguês. É nesse sentido que se dá a construção do corpo do novo homem, um corpo que seja instrumento de produção, força de trabalho. Então é neste século que são elaborados os conceitos básicos sobre o corpo com a função de produção e reprodução do capital, mantendo assim a lógica da burguesia no poder. Para a manutenção da hegemonia dessa burguesia é necessário investir no homem novo, desenvolver aptidões físicas e discipliná-lo. (SOARES, 2004).

Para Adam & Herzlich (2000) a Medicina conquistou plena autoridade sobre a doença e adquiriu o monopólio de seu tratamento passando a determinar o currículo dos estudos médicos, redigiram o código de ética médica reconhecido pelo Estado, portanto sua regulamentação é essencialmente uma auto-regulamentação. A partir disso imperam no campo da saúde e influencia o desenvolvimento das outras várias subáreas (profissões) contemplando a educação física, a odontologia, a enfermagem, a fisioterapia, a psicologia, a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a medicina veterinária, entre outras. De acordo com Soares (2004), serve então para dar auxílio a nova ordem social e econômica ocasionada pela Revolução Burguesa, se ocupando na construção de um corpo despreocupado com a sua historicidade, centrado na fisiologia e anatomia, explicado sobre o viés da ciência positivista justificando um momento que é consolidado o capitalismo que sucateou as relações feudais na Europa Ocidental.

O modelo de conhecimento adotado por esta corrente de pensamento que se baseia na física, mas sobretudo na biologia e na história natural é o modelo mecanicista, no qual a tríade formada pelo sujeito que conhece, pelo objeto do conhecimento e pelo conhecimento como produto do processo cognitivo, não possui relação dinâmica. O conhecimento é cópia do objeto, é reflexo cuja gênese está em relação com a ação mecânica do objeto sobre o sujeito, razão pela qual este modelo é qualificado mecanicista. (SOARES, 2004. p. 13).

Essa concepção naturalizada é fundamental para justificar essa sociedade cada vez mais contraditória, ainda segundo Soares (2004), nunca se viu tanta riqueza e tanta miséria, além de nenhuma defesa do ponto de vista social. Uma época em que a economia está crescendo é necessário cada vez mais o aumento da mão-de-obra para atuar no capital, as

desigualdades vão sendo justificadas em nome do progresso. “Organicismo, evolucionismo e o mecanicismo unem-se e conferem à racionalidade moderna aos traços característicos do século XIX (...)” (SOARES. 2004. p.14).

Com a crescente industrialização houve também o crescimento desordenado das cidades, porém não houve ampliação dos serviços sanitários o que ocasionou o aparecimento de epidemias como o tifo e a cólera. O proletariado era distanciado cada vez mais das residências burguesas, eram crescentes o número de cortiços e a situação de miséria, porém as epidemias começaram a atingir também os ricos. A ameaça das epidemias contribuiu para que ocorresse uma moralização sanitária na Europa com o intuito de reorganizar o espaço da população.

São os médicos higienistas que vão doutrinar a sociedade com o incentivo da higiene individual, as boas práticas de vida a medicalização da família e transformou a medicina em mecanismo de poder do Estado no momento que o corpo vira mercadoria. Foucault *apud* Soares (2004) afirma que a “medicalização da família” foi uma das formas do Estado para moralizar e domesticar a classe trabalhadora. Institui a Puericultura na perspectiva do planejamento familiar e a partir disso começa a atribuir a mulher o papel de cuidar saúde das crianças, do lar e disseminar práticas higiênicas moralizadoras.

No capítulo anterior foi evidenciado que existe uma normatização das relações de gênero e sexualidade para a manutenção do modo de produção, agora percebemos também que há uma doutrinação dos corpos (mercadoria) pela medicina a serviço do capital e do Estado burguês. Com isso, podemos perceber o porquê da medicalização da família e da patologização dos corpos que fogem à normatividade.

Podemos também dizer que os modelos de atenção à saúde não são construções neutras, são projetos de políticas públicas, disputados e suportados por diferentes atores sociais como resultado de um processo de luta social que se dá em vários âmbitos, espaços e dimensões. Os modelos articulam um conjunto de concepções, se propõem a manejar um conjunto variado de tecnologias e recursos, empregam diferentes trabalhadores e, por fim, estão concretizados num modo particular de se organizar as práticas e os serviços de saúde numa dada conformação de Estado e da relação deste com os demais grupos sociais. (CARVALHO, 2016).

Se hoje temos o Sistema Único de Saúde como principal prestador de serviços de saúde é porque foi resultado de um processo histórico de lutas políticas e sociais em diferentes contextos econômicos que envolveu vários segmentos da sociedade civil organizada culminando com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira a exemplo de



intelectuais, estudantes, trabalhadores/as e profissionais de saúde, particularmente na década de 1980, “foi conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais”. (PAIM *et al.*, 2011. p. 11).

Porém, a formação em saúde vem sendo discutida no SUS constantemente, uma vez que ainda são predominantes a formação biomédica e uma forma de organização curricular centrada na transmissão do conhecimento, hierarquizado e verticalizado (Fraga *et al.*, 2012). Os profissionais de saúde ainda têm uma formação biologicista, e ainda é perpetuado modelos conservadores pelas instituições de formação que ignora o contexto dos usuários possuindo uma visão corpo-objeto.

O SUS é também responsável pelas discussões nas políticas de ensino e dos planos curriculares, ou seja, pela formação dos profissionais de saúde. Ainda, segundo Carvalho (2008) é responsável pela regulamentação, definição e implementação das políticas de ciência e tecnologia dessa área; e pela promoção da saúde.

#### **4.2 Políticas de Saúde e Práticas de Cuidado para a População LGBT**

Em 2013, é lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836 e é também um marco histórico de reconhecimento de suas demandas em condição de vulnerabilidade. Tal documento norteia e legitima suas necessidades e especificidades. (BRASIL, 2013).

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais só foram notados pelas políticas de saúde com o advento da epidemia do HIV e da Aids e se tornou caso de saúde pública. O número de casos que acometeu tal grupo foi alto, porém foram perseguidos e culpabilizados pela disseminação da doença. Em 1985, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids deixava claro em seu projeto que era voltado para homens homossexuais, prostitutas e pessoas que utilizavam drogas injetáveis. (BRASIL, 1985).

Só posteriormente os outros grupos começaram a ter visibilidade, travestis e transgêneros começam a instituí-se em coletivos, assim como as mulheres lésbicas e as mulheres bissexuais se aproximaram do movimento feminista pautando demandas específicas. (BRASIL, 2013). Foi necessária muita luta das classes oprimidas para que só em 2013 as Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais pudessem ter um documento que norteia as ações específicas de saúde. Mesmo sendo de extrema importância a construção do documento, a Política LGBT não tem garantido o acesso e a integralidade do cuidado.

Até a década de 1980 a travestilidade, a transgeneridade e a homossexualidade foram consideradas como desvios patológicos e chegou a pertencer ao quadro de transtornos mentais, até em estudos mais recentes, tentando comprovar a opressão através de estudos científicos, naturalizados, biomédicos e positivistas. Assim como aconteceu com os estudos eugênicos no século XIX para justificar o domínio de uma raça sobre a outra. O que acontece é que o pensamento dominante reflete nas práticas de toda sociedade, o Brasil é um dos países que mais matam pessoas no mundo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015, no Brasil, a taxa de feminicídios é de 4,8 para 100 mil mulheres, a quinta maior no mundo, e o número de assassinatos de mulheres negras cresceu 54%. O Grupo Gay da Bahia (GGB), em 2017, apontou que cada 25 horas um LGBT é barbaramente assassinado no Brasil, o que faz do país campeão mundial de crimes contra LGBT. De 130 homicídios em 2000, saltou para 260 em 2010 e para 343 em 2016. Dos 343 assassinatos, 173 eram gays (50%), 144 (42%) trans (travestis e transexuais), 10 lésbicas (3%), 4 bissexuais (1%), sendo a expectativa de vida de uma pessoa trans de 35 anos. Manaus, com 25 mortes, foi a capital brasileira que registrou o maior número de assassinatos em termos absolutos, seguida de Salvador, 17 e São Paulo, 13. A expectativa de vida de uma pessoa trans no Brasil é de, aproximadamente, 35 anos.

Albuquerque *et al.* (2013) analisou em revisão de literatura que a população LGBT tem resistência em procurar os serviços de saúde por conta do contexto discriminatório e a diminuição da qualidade da atenção por conta do contexto. Barbosa e Fachine (2009), que afirmam que mulheres lésbicas realizam com menor frequência exames preventivos e rotineiros.

Para Roncon *et al.* (2017), a vida de homens e mulheres trans, com suas singularidades e particularidades, solicita ao Estado e aos serviços públicos de saúde um tratamento diferenciado, com atendimentos especializados que compreendam suas necessidades de transformação corporal como necessidade em saúde, bem como os demais desdobramentos.

Melo *et al* (2011) corroboram essa ideia, ao afirmarem que, apesar da existência de vários projetos, programas e outros compromissos do governo federal, relativos ao tema da saúde da população LGBT, o que se pode constatar é que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetivação das propostas do governo. Encontraram nas falas dos sujeitos de sua pesquisa discursos que, recorrentemente, reconhecem a presença de atendimentos discriminatórios nos serviços de saúde no país, o que remete ao longo caminho ainda a ser percorrido rumo à conscientização dos agentes de saúde quanto às consequências individuais e sociais da transfobia e homofobia.

Diante disso, é necessário que os profissionais da área da saúde desenvolvam maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados por suas diversas áreas.

É assim que se exige uma tarefa para a superação da opressão na escala conjuntural: a articulação entre a opressão por orientação sexual e identidade de gênero com a opressão econômica de classe, uma vez que é esta que vai determinar sua posição (oprimido/opressor) e suas limitações dentro da sociedade, em outras palavras, a inclusão de políticas LGBT na saúde e práticas de cuidado que garantam o cuidado integral deverá contemplar o acompanhamento de medidas de enfrentamento à dinâmica do capital, a fim de ter a emancipação humana seu objetivo final.

## 5. METODOLOGIA

O Projeto Piloto será desenvolvido nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da Região 04 no município de Camaçari-BA. A escolha da região se deu pelo fato de ter instalado os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e da Residência em Medicina de Família e Comunidade, sendo composta pelas Unidades de Saúde da Família (USF) Nova Aliança, Programa Habitacional Organizado de Camaçari – Centro de Atenção Integral à Criança (PHOC CAIC), Programa Habitacional Organizado de Camaçari III (PHOC III), Piaçaveira e Parque das Mangabas.

Cada uma dessas Unidades possui um número proporcional de residentes do que constituem as Equipes Mínimas (EM) ou Equipes de Saúde da Família (EqSF), e as Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A primeira (com perfil generalista) é composta por uma Médica, um Odontólogo, uma Enfermeira, um Técnico de Enfermagem, um Auxiliar de Saúde Bucal, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Apenas as três últimas categorias profissionais são servidores do município. As USF contam ainda com residentes Sanitaristas que fazem parte do Apoio Institucional, e com outros profissionais do município que se distribuem em cargos de gerência, limpeza e segurança. Já, as Equipes de NASF são compostas por Professor de Educação Física, Fisioterapeuta e Nutricionista. No total, a Região 04 conta com 15 EqSF e com duas Equipes de NASF.

O Projeto prevê três etapas: Etapa I – Pactuação e Adesão; Etapa II – Desenvolvimento das Oficinas; e Etapa III – Avaliação e apresentação de resultados obtidos desde a inicialização do Projeto. O curso de formação terá duração de três meses, com oficinas que ocorrerão quinzenalmente, com duração de nove horas cada. No total serão seis Oficinas, cada encontro se adequará às realidades de cada território e possibilidades das agendas das Equipes.

Apropriamos da Política Nacional de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (Política LGBT) de 2013, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006, Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) de 2003, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) de 2004, a qual engloba também aspectos da Educação Continuada e capacita os profissionais para que além de ofertar o cuidado, também matricie seus colegas e usuários, utilizando ferramentas dos cadernos de Educação Popular. Ainda, utiliza-se dos Cadernos da Atenção Básica (CAB) 27 e 39 que preconizam as diretrizes do NASF baseado no modelo de atenção da clínica ampliada na lógica do apoio matricial.

Para o Coletivo de Autores (1992) devemos fornecer alguns elementos teóricos para a assimilação consciente do conhecimento, pois a apropriação ativa e consciente do conhecimento é uma das formas de emancipação humana. Os profissionais ao se apropriarem do conteúdo poderão tomar consciência de que sua própria reelaboração do conhecimento e experiências cotidianas o ajudarão a trazer maior resolutividade para os usuários, especificamente a população LGBT. Entende-se que a metodologia é uma das formas de apreensão do conhecimento que não deve ser jamais fragmentado e sim trazer uma visão de totalidade a fim de entender gênero e sexualidade como expressões e identidades historicamente construídas.

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Formação para o Cuidado Integral da População LGBT tem como método o materialismo histórico dialético produzido por Marx e Engels. Para Kosik (1976), a realidade enquanto dialética provoca o reconhecimento da necessidade de sua apreensão como um todo, um todo estruturado que se desenvolve e se recria, ou seja, um todo estruturado em sua criação, estrutura e gênese. Captar a realidade em sua totalidade não significa, portanto, a apreensão de todos os fatos, mas um conjunto amplo de relações, particularidades e detalhes que são captados numa totalidade que é sempre uma totalidade de totalidades. “[...] Todos os fenômenos e acontecimentos fazem parte de uma totalidade, por isso, constituem em si mesmos, um todo significativo. [...] A diversidade se esconde diante de uma aparente homogeneidade.” (GHON. 2005. p. 258).

A Pedagogia Histórico-Crítica visa estimular a atividade e a iniciativa do professor; favorecer o diálogo dos alunos entre si e com o professor, sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura acumulada historicamente; levar em conta os interesses dos alunos, os ritmos de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico, sem perder de vista a sistematização lógica dos conhecimentos, sua ordenação e gradação para efeitos do processo de transmissão-assimilação dos conteúdos cognitivos. Se apropria do materialismo histórico dialético e da Teoria Histórico-Cultural de Vigotski, onde o homem é compreendido como um ser histórico, construído através de suas relações com o mundo natural e social.

Sendo assim, o método adotado para desenvolvimento das Oficinas supera os métodos utilizados por outras propostas de educação continuada e educação popular geralmente difundidas pelos Cadernos e Políticas do Ministério da Saúde (MS). As metodologias ativas têm hegemonia nas diretrizes do MS e do Ministério da Educação (MEC), e estão pautadas nas “pedagogias aprender a aprender”, com destaque para o construtivismo. Optamos por utilizar a pedagogia histórico-crítica a fim de gerar a apreensão e subsequente superação da realidade existente.

A pedagogia construtivista se aproxima ao movimento escolanovista e dizia se contrapor à educação tradicional no fim do século XIX e início do século XX. O aluno é o centro do processo de aquisição do conhecimento, conhecimento esse adquirido através das experiências, numa perspectiva em que todos são iguais apenas com capacidades cognitivas diferentes. (SAVIANI. 2004). Foi defendido e estudado por Jean Piaget pautado no esforço de adaptação do organismo ao meio ambiente. Duarte (2010), afirma que as pedagogias passam a assumir novos sentidos por conta do contexto ideológico e necessidades neoliberais, Saviani (2007) passa a chamar de neoescolanovismo o termo aprender a aprender.

Para Fernandes *et al* (2003), o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, afirmando a garantia da integralidade da atenção à saúde. Tal pedagogia, traz a negação da perspectiva da totalidade e um relativismo epistemológico e cultural que fragmenta os currículos (Duarte, 2010) e é o que podemos ver mais ou menos nas divisões dos Cadernos da Atenção Básica. Induz à criatividade, porém,

[...] essa criatividade não deve ser confundida com busca de transformações radicais na realidade social, busca de superação radical da sociedade capitalista, mas sim criatividade em termos de capacidade de encontrar novas formas de ação que permitam melhor adaptação aos ditames da sociedade capitalista. (DUARTE. 2001. p. 38).

Uma das consequências mais perversas dessa limitação da validade do conhecimento à sua utilidade na prática cotidiana é a reprodução das desigualdades sociais e dos preconceitos que naturalizam tais desigualdades. (DUARTE. MARTINS. 2010. p.36).

A avaliação buscará não cair no tecnicismo do conhecimento e consideraremos suas significações, implicações e consequências pedagógicas, políticas e sociais. Torna-se necessário compreender que a avaliação é um elemento que deve estar previsto no Projeto Político Pedagógico, pois é a partir dela que se identifica os mecanismos estruturais e limitantes. Para o Coletivo de Autores (1992), é necessário

A explicitação das referências às quais a avaliação deve estar articulada. Não basta mencionar que a avaliação deve estar referenciada nos objetivos do plano escolar. Deve-se ter em conta, claramente, o projeto histórico, ou seja, a sociedade na qual estamos inseridos e a queremos construir e o projeto pedagógico daí decorrente que se efetiva na dinâmica curricular, materializada nas aulas. (p. 74).

É preciso buscar constantemente os conflitos no processo ensino-aprendizagem e a superação dos mesmos, permitir aos envolvidos que participem da construção e decidir em

conjunto na perspectiva da avaliação participativa, entender também a avaliação não somente na perspectiva da aprendizagem, mas também do ensino. Tais avaliações não devem neutralizar e sim possibilitar uma leitura crítica das condições, rompendo com as visões abstratas que homogeneizam e igualam, e partir daí, ampliar e aprofundar a compreensão dessa realidade. As normas, valores, regras e padrões devem ser criticados, reinterpretados e redefinidos. (COLETIVO DE AUTORES. 1992).

Todas as referências utilizadas na construção do Projeto serão de leitura obrigatória por todos os participantes, de acordo com cada Etapa do curso de formação, além de utilizarmos recursos audiovisuais que atendam à metodologia aqui descrita a fim de alcançar os objetivos propostos. Cada Oficina terá um plano de aula com os objetivos específicos de cada oficina, metodologia baseada na pedagogia histórico-crítica, conteúdo, tempo de duração, avaliação e referências. No quadro descrevemos cada Etapa:

ETAPA	CONTEÚDO	PÚBLICO
<b>I – PACTUAÇÃO E ADESÃO</b>	<b>Oficina I: Vamos Começar?</b> Apresentação, validação e pactuação da proposta metodológica do PPP do Curso de Formação para o Cuidado Integral da População LGBT.	EqSF e NASF da Região 04
<b>II – CONTEÚDO</b>	<b>Oficina II: Formação Política</b> Conceitos Fundamentais: Estado e classes; Políticas Sociais, de Estado e de Governo; O materialismo histórico dialético; O estruturalismo: entendendo a categoria gênero. <b>Vamos elaborar uma</b>	EqSF e NASF da Região 04

	<p><b>síntese e ressignificar?</b></p>	
	<p><b>Oficina III: O Corpo e as práticas médicas</b></p> <p>O corpo desde a Antiguidade;</p> <p>O surgimento da medicina moderna e seu papel no cuidado das doenças;</p> <p>A apreensão das práticas médicas de modo de produção capitalista.</p> <p><b>Vamos elaborar uma síntese e ressignificar?</b></p>	
	<p><b>Oficina IV: Contribuições Feministas</b></p> <p>Sexo x Gênero x Identidade de Gênero x (re) Orientação Sexual;</p> <p>Feminismo e Machismo: as reproduções da normatividade.</p> <p><b>Vamos elaborar uma síntese e ressignificar?</b></p>	
	<p><b>Oficina V: Tem um homem grávido no Acolhimento. E agora?</b></p> <p>Entendendo conceitos;</p> <p>A Política Nacional de Saúde Integral para Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais</p>	



	<p>e Travestis;</p> <p>As barreiras do acesso;</p> <p>A resolutividade dos casos.</p> <p><b>Vamos elaborar uma síntese e ressignificar?</b></p>	
<p><b>III – AVALIAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b></p>	<p><b>Oficina VI – Conhecendo a população LGBT do meu território.</b></p> <p>O que temos feito e o que vamos fazer;</p> <p><b>Vamos avaliar, ressignificar e transformar o todo?</b></p>	<p>EqSF e NASF da Região 04</p>



<sup>1</sup> A bandeira do orgulho transgênero foi criada em 1999 por Monica Helms, e foi hasteada pela primeira vez numa parada LGBT em 2000, nos Estados Unidos, durante a parada gay na cidade de Phoenix. O azul claro representa a cor tradicional designada aos homens, rosa claro representa a cor tradicional para designada às mulheres. A cor branca representa aqueles que são intersex, estão em transição ou que se identificam com o gênero neutro ou não têm gênero definido. O padrão foi criado de forma que, não importa que maneira essa bandeira seja hasteada, ela sempre está correta, o que representa o processo de como nós encontramos a maneira correta de vivermos nossas vidas.

## 6. CRONOGRAMA

ETAPAS/MESES	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
Elaboração	X	X	X	X	X			
Apresentação					X			
Desenvolvimento						X	X	X



## 7. RECURSOS

- ♀ 500 folhas de papel ofício
- ♀ Papel metro branco
- ♀ 02 Caixas de piloto (preto e azul)
- ♀ 01 Notebook
- ♀ 01 Impressora
- ♀ 01 DataShow
- ♀ 01 Caixa de som
- ♀ 02 Fitas adesiva



3

---

<sup>2</sup>A bandeira LGBT é o símbolo do orgulho, do reconhecimento e da cultura LGBT a nível mundial. Foi desenhada por Gilbert Baker, em San Francisco, em 1978. Ele dispôs originalmente oito faixas, com o seguinte significado: rosa para a sexualidade, vermelho para a vida, laranja para a saúde, amarelo para o sol, verde para a natureza, azul para a arte, índigo para a harmonia e violeta para o espírito. Em 1978 a bandeira foi adotada para a Gay and Lesbian Freedom Day March, sendo em seguida adotada pelo Pride Parade Committee depois do assassinato de Harvey Milk, o primeiro oficial eleito abertamente gay da Califórnia. A bandeira teve seu número de cores reduzido a sete porque a tinta rosa-choque não estava disponível comercialmente para a fabricação das bandeiras, e o Pride Committee tirou o índigo do desenho para que fosse mais fácil dividir a parada em faixas iguais ao longo da rua – três cores numa metade, três na outra. É semelhante ao arco-íris e representam também a diversidade humana.

## 8. RESULTADOS ESPERADOS

Entendemos que o papel das práticas de saúde nos atuais moldes é um forte mecanismo de consenso das massas populares na adequação aos ditames do capital. Dessa forma, utiliza-se da internalização dos valores para garantir um adestramento da classe trabalhadora. Porém, não devemos nos limitar a enxergar só essas barreiras para alcançarmos práticas do cuidado em saúde e educação que visem a emancipação dos sujeitos. É necessário manter uma forte articulação entre os impedimentos políticos e econômicos

Um dos primeiros passos para se alcançar mudanças, mesmo que de forma esporádicas, é a politização dos trabalhadores da saúde acerca do gênero e da sexualidade para que não se produza o caminho restrito da sexualidade (sexo, gênero, identidade e orientação sexual), entendendo também como uma vítima desse processo de reprodução social. Além disso, a temática consegue ser uma possibilidade de mudança dos trabalhadores da saúde. Ao reavaliar os conceitos que são naturalizados, também esse sujeito enfrentará novos desafios no âmbito da gestão na saúde.

Dessa forma, discorremos que não se deve encarar as políticas e práticas do cuidado em saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis como algo que favorecerá apenas a essas camadas que põem em questionamento a manutenção do sexismo e da heterossexualidade, mas que poderá ser um caminho para uma mudança no perfil dos trabalhadores como forma de desprendimento dos preconceitos advindos de uma lógica macroscópica e histórica. Para isso, será necessário o envolvimento dos/as profissionais na temática se distanciando de um tratamento apenas restrito ao âmbito da ampliação da tolerância, que cai no reforço do que chamamos de “naturalização” da homossexualidade, e exige que todos/as protagonizem as mudanças radicais dentro desse espaço para que, no final, todos/as comunguem dos mesmos privilégios.

---

<sup>3</sup>O símbolo *Woman Power* é uma combinação do símbolo de Vênus, aquele que a gente usa para designar o feminino, com o punho em riste, usado para vários movimentos ao redor do mundo, desde o movimento negro até a revolução comunista. Originalmente, o punho em riste representa unidade, luta e solidariedade, principalmente entre grupos de pessoas que se sentem oprimidas por uma situação/por outro grupo. O *Woman Power* foi criado pelas feministas da primeira onda, entre os anos 1960 e 1970.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. GARCIA, C. L. ALVES, M. J. H. QUEIROZ, C. M. H. T.; ADAMI, F. **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.** 2013.

ADAM, P. HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina.** Editora da Universidade do Sagrado Coração, Bauru. 2000.

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, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 291-300, 2009.

BRAGA, Denise. **Novos/outros corpos, gêneros e sexualidades: experiências de lésbicas, gays e transgêneros no currículo escolar.** *Educação em Perspectiva*, Viçosa, v. 2, n. 1, p.11-27, jan./jun. 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

\_\_\_\_\_. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais. Ministério da Saúde.** Brasília: 2013.

CISNE, Mirla. **Marxismo: uma teoria indispensável à luta feminista.** In: 4º Colóquio Marx e Engels, 2005, Campinas- SP. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/cemarx/ANAIS%20IV%20COLOQUIO/comunica%E7%F5es/GT4/gt4m3c6.PDF>>. Acesso em: 10/01/2013

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino da Educação Física.** São Paulo: Cortez, 1992. Coleção Magistério 2º grau – Série Formação do Professor.

DUARTE, Newton. **As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento.** Trabalho apresentado na sessão especial “Habilidades e competências: a educação e as ilusões da sociedade do conhecimento”, durante a 24ª Reunião Anual da ANPED, realizada em Caxambu (MG), de 8 a 11 de outubro de 2001.

\_\_\_\_\_. **O debate contemporâneo das teorias pedagógicas.** MARTINS, L M. DUARTE, N. orgs. *Formação de professores: limites contemporâneos e alternativas necessárias.* São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** 1884. Tradução de Leandro Konder. – 3.ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2012.

\_\_\_\_\_. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem.** 1876. Ed. Ridendo Castigat Mores. Fonte Digital RocketEdition. 1999. Disponível em <[www.jahr.org](http://www.jahr.org)>.

FERNANDES, J D. FERREIRA, S L A. OLIVEIRA, R. SANTOS, S. **Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.** Rev. Enfermagem. 2003; 56(54): 392-395.

GOHN, M G M. **A pesquisa na produção do conhecimento:** questões metodológicas. EccoS – Revista Científica. São Paulo, v.7, n.3, p. 253-274, jul/dez. 2005.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LORIMER, Doug. **A revolutionary strategy for gay liberation** – Democratic Socialist Party of Australia. 1982. Disponível em <[https://www.marxists.org/portugues/tematica/1979/01/libertacao\\_gay.htm](https://www.marxists.org/portugues/tematica/1979/01/libertacao_gay.htm)> . Acesso em: 04/10/2018.

MARIANO, Silvana Aparecido. **O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo.** Estudos Feministas, 13(3), 483-505. 2005.

MELLO, L. *et al.* **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil:** em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidade, Salud e Sociedad*, n.9, p. 7-28, 2011.

SCOTT, Joan W. **Igualdade versus diferença:** os usos da teoria pós-estruturalista. *Debate Feminista*, São Paulo: Cia. Melhoramentos, Edição Especial (Cidadania e Feminismo), p. 203-222, 1999.

\_\_\_\_\_. **Prefácio a gender and politics of history.** *Cadernos Pagu*, n. 3 (Desacordos, desamores e diferenças), p. 11-27, 1994.

SAVIANI, Dermeval *et. al.* **O legado educacional do século XX no Brasil.** Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

\_\_\_\_\_. DUARTE, Newton. **Pedagogia histórico-crítica e luta de classes na educação escolar.** Campinas: Autores Associados, 2012.

PAIM, J S. TRAVASSOS, C. ALMEIDA, C, BAHIA, L. MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 May, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf)>

ROCON, PC. SODRÉ, F. ZAMBONI, J. RODRIGUES, A. ROSEIRO, MCFB. **O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?.** Interface (Botucatu). 2017.

SEIDMAN, Steven. **“Deconstructing Queer Theory or the Under-Theorization of the Social and the Ethical”.** In: NICHOLSON, Linda; SEIDMAN, Steven. (Orgs.). *Social Postmodernism. Beyond identity politics.* Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 116-141.

SOARES. C L. **Educação Física: raízes europeias e Brasil.** Carmen Lucia Soares; prefácios Denise Bernuzzi de Sant'Anna e Dulce Maria Pompeo de Camargo - 3. ed. - Campinas, SP: Autores Associados, 2004. - (Coleção educação contemporânea).