

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Renata Carneiro Vieira

**A Lesbofobia no processo de Saúde e Adoecimento de mulheres lésbicas no Complexo da  
Maré-RJ**

Rio de Janeiro

2022

Renata Carneiro Vieira

**A Lesbofobia no processo de Saúde e Adoecimento de mulheres lésbicas no Complexo da  
Maré-RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Ferreira Romano.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Lesbophobia in the process of health and illness of lesbian women in Complexo da Maré-RJ.

V658l      Vieira, Renata Carneiro.  
A lesbofobia no processo de saúde e adoecimento de mulheres lésbicas no Complexo da Maré-RJ / Renata Carneiro Vieira. -- 2022.  
83 f. : il. color.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro/RJ, 2022.  
Bibliografia: f. 73-77.

1. Minorias Sexuais e de Gênero. 2. Saúde. 3. Preconceito. 4. Homofobia. 5. Comunidade. I. Título.

CDD 306.7663

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Renata Carneiro Vieira

**A Lesbofobia no processo de Saúde e Adoecimento de mulheres lésbicas no Complexo da  
Maré-RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Erotildes Maria Leal  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Batista Andrade  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Ferreira Romano (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

A Dayana Gusmão, por ter incentivado este trabalho desde as primeiras ideias, ter “autorizado” minha entrada na Maré e em sua vida. Cresço imensamente ao caminhar com você e é sempre um prazer te ouvir.

A Valéria Romano, minha orientadora querida, por ter me escolhido, por me encorajar a me envolver, me implicar, me abrir, me colocar e me mostrar nesse projeto. Com qualquer outra pessoa isso não teria saído. Obrigada pelo estímulo e por estar ao meu lado.

A Rita, minha parceira de vida, por pensar cada passo desse projeto comigo, escrever ao meu lado, criticar, refletir, me inspirar, me ensinar e me permitir transbordar. Eu não poderia sonhar com melhor companheira para estar ao meu lado. Obrigada por estar sempre, pelo colo, pela paciência, pela cumplicidade e amor.

A Denize, que me ensinou que eu podia confiar de novo, que sempre foi família e está sempre do meu lado. Por tantos anos de parceria e cumplicidade, por tanto. Eu não teria chegado onde estou sem você. E Vandrea, Bruna e Diangeli, nossa família paulistana.

Vini, por ter segurado minha mão e me levado a tantos lugares, físicos e emocionais. Você veio mudar a minha vida, me mostrou que eu podia ser quem eu sou e me tornou melhor.

Ao Rico, quem desde sempre esteve do meu lado. Meu maior presente, minha casa, agradeço por você existir. E Ju, família que ganhei, que amo e que é tão importante.

A Sara, minha irmã de vida, que tornou possível minha sobrevivência na Volta Redonda dos anos 90 e se manteve ao meu lado em cada passo, que distância nenhuma diminuiu a presença ou a importância.

A Ivi, que também foi casa, parte da família que escolhi construir e ainda é um pedaço de mim. Obrigada por ter me apresentado tanta coisa e me tirado da caixinha tantas vezes. E a Moisés e Mariana, amigos amados e companheiros de caminhada.

A Monique, Camila, Carol, Gabi, Mari Bretas, Raquel, Renan e Ju Montez. Nosso “isolamento” tornou a caminhada, além de possível, muito mais leve. Num curso que acabou se tornando à distância, vocês estiveram presentes em todos os momentos.

À AMFaC, que me proporcionou o primeiro espaço para falar de lésbicas e sempre foi terreno fértil para pensar o cuidado em saúde e o SUS com equidade e justiça social. Especialmente Débora Teixeira, Débora Junqueira, Marcele, Thais Façanha, Rayane, Gabriel Velloso, Melanie, Jorge, Ana Melodias, Carol Toffoli (e novamente Moisés e Rita, claro).

E a Laura, Lucas, Luís, Raul, Ana Clara, Aluá, Akin, Rosa, Nina, Maria, Carlos, Zayon e Lia, pelo olhar sem preconceito e por me ensinarem tanto amor.

## RESUMO

Estudos internacionais demonstram que mulheres lésbicas têm maior prevalência de determinados problemas de saúde, o que pode ser atribuído ao constante sofrimento pela lesbofobia. Entretanto, estes estudos são realizados predominantemente com mulheres brancas, com alta escolaridade e renda, sendo, portanto, difícil generalizar seus dados para lésbicas brasileiras, especialmente em favelas e periferias, pelas condições de vida e pelas outras opressões que atravessam a existência destas mulheres. Esta pesquisa propõe um olhar para a lesbofobia e suas relações com o processo saúde-adoecimento, no contexto do Complexo da Maré, uma das maiores favelas do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como método a História Oral, onde o olhar sobre o passado e sobre o presente ofertam um contexto histórico e cultural para o tema abordado. Foi realizada uma entrevista em profundidade com uma mulher lésbica, favelada que, tendo muito a dizer sobre a lesbofobia, trouxe abrangência e novos sentidos para a construção de uma identidade lésbica e para suas relações com o processo saúde-adoecimento.

Palavras-chave: lésbicas; saúde; comunidade; preconceito.

## **ABSTRACT**

International studies show that lesbian women have a higher prevalence of certain health problems, which can be attributed to the constant suffering from lesbophobia. However, these studies are predominantly carried out with white women, with high schooling and income, and it is therefore difficult to generalize their data to Brazilian lesbians, especially in favelas and peripheries, due to the living conditions and other oppressions that cross the existence of these women. This research proposes a look at lesbophobia and its relations with the health-illness process, in the context of Complexo da Maré, one of the largest favelas in Rio de Janeiro. This is qualitative research, using the Oral History method, where the look at the past and the present offer a historical and cultural context for the topic addressed. An in-depth interview was conducted with a lesbian woman from a favela who, having a lot to say about lesbophobia, brought scope and new meanings to the construction of a lesbian identity and to her relationships with the health-illness process.

**Keywords:** lesbians; health; community; preconception.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo de estresse de minorias sexuais.....	26
Figura 2 -	Estresse de minorias sexuais.....	27
Figura 3 -	Mapa Sensorial exposto no CEASM.....	39
Figura 4 -	Mapa do Complexo da Maré.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAFP	American Association of Family Physician
ABL	Associação Brasileira de Lésbicas
AMFAC	Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro
APS	Atenção Primária à Saúde
CBC	Currículo Baseado em Competências
CBMFC	Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade
CEASM	Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré
GT	Grupo de Trabalho
GT Sex	Grupo de Trabalho Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos
HPV	<i>Human papillomavirus</i> , sigla em inglês para Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros Lésbica
LGBTIA+	Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros, Intersexuais, Assexuais e o símbolo + simboliza as demais orientações sexuais e identidade de gênero
LGBTQA	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros, <i>Queer</i> e Assexuais
MFC	Medicina de Família e Comunidade
mFC	Médica de Família e Comunidade
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
ONG	Organização não governamental
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	<b>HOMOFOBIA NÃO, LESBOFOBIA</b> .....	18
4	<b>HETEROSSEXUALIDADE COMPULSÓRIA</b> .....	20
5	<b>A LESBIANIDADE NA HISTÓRIA</b> .....	24
6	<b>SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS</b> .....	25
6.1	O PROCESSO DE SAÚDE E ADOECIMENTO.....	25
6.2	A RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	29
7	<b>O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	32
8	<b>A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A SAÚDE DE LÉSBICAS</b> .....	34
9	<b>O COMPLEXO DA MARÉ</b> .....	37
10	<b>METODOLOGIA</b> .....	46
10.1	ANÁLISE DE DADOS.....	48
10.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	48
10.3	RISCOS E BENEFÍCIOS PARA A PARTICIPANTE DA PESQUISA.....	49
10.4	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	49
10.5	CUSTOS RELACIONADOS À PESQUISA.....	49
11	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
11.1	ANCESTRALIDADE.....	50
11.2	A MARÉ DE DAYANA.....	51
11.3	PROTESTANTISMO.....	53
11.4	VIVÊNCIA LÉSBICA.....	54
11.4.1	<b>Entendendo-se e assumindo-se lésbica</b> .....	54
11.4.2	<b>Violências lesbofóbicas</b> .....	56
11.5	MOVIMENTO SOCIAL.....	60
11.6	SAÚDE.....	62
11.7	UMBANDA.....	64
11.8	CASA RESISTÊNCIAS.....	66

12	<b>CONCLUSÃO.....</b>	70
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	73
	<b>ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	78

## APRESENTAÇÃO

Sou uma mulher branca, cisgênera, lésbica, médica de família e comunidade, vivendo no Brasil (e na cidade do Rio de Janeiro) em 2022. Enquanto escrevo, estamos vivendo a pandemia de COVID-19 sob o (des)governo Bolsonaro e é difícil explicar esse momento/lugar para alguém que não esteja por aqui agora. Enquanto ideias ultraconservadoras vêm ganhando cada vez mais força no país, o sujeito que ocupa a Presidência da República estimula que preconceito e ódio se manifestem nos espaços públicos e privados. Como se não bastasse a livre expressão de misoginia, racismo e LGBTfobia, as forças conservadoras que dominam este país escolhem a necropolítica como política de governo e o coronavírus, que se espalhou por todo o mundo, por aqui se tornou mais um instrumento de morte.

Enquanto lesbofóbicos perderam qualquer pudor em demonstrar seu ódio nas ruas e nas redes sociais, nosso medo só cresce. Apesar disso, insisto em não esconder meu afeto. Andar de mãos dadas com minha esposa, nos beijarmos na rua, é também um ato político. Sei que estamos protegidas pela minha branquitude, por nosso endereço da Zona Sul e pelo status, a renda e a facilidade de encontrarmos empregos que o diploma de medicina nos dá. Ainda assim, já levamos gritos na cara, já sofremos empurrões e assédio e os olhares são diários.

De qual lugar de fala falo da vida de sapatonas na favela? O da médica que sempre trabalhou em favelas e não encontra na literatura escritos que caibam na vivência das lésbicas que encontrei nesse caminho, que traduzam o que vejo e que me tragam ferramentas para atuar na realidade em que atuo. Pensei em estudar como os futuros médicos estão sendo formados para cuidar de mulheres lésbicas na favela, como profissionais da atenção primária identificam estas mulheres e como lidam com suas demandas ou até como as lésbicas da favela enxergam e usam o sistema de saúde. Mas espero que elas me falem um pouco sobre si, seus processos de saúde e adoecimento e as práticas de cuidados que têm e que gostariam de ter, porque acredito que qualquer tipo de cuidado precisa partir daí.

Trago aqui um pouco da história da vida de uma mulher que conheço há alguns anos e que desde o primeiro momento me inspira. Uma mulher incrível, forte, sensível, com uma energia transformadora que atinge a tudo e a todos que a cercam. Sei que foi também um privilégio ouvi-la falar de sua vida, seus valores, suas crenças e agradeço imensamente a confiança em mim e na proposta de afetar positivamente a vida de outras lésbicas e de profissionais de saúde.

Espero, neste trabalho, somar minha voz à dela e usar este lugar de privilégio para mostrar a força, a resistência e as potências das mulheres lésbicas do Complexo da Maré.

Acredito que estes escritos também são um ato político e quero, com eles, me posicionar e me comprometer com a luta pela vida e pela saúde das mulheres lésbicas, especialmente as que vivem em favelas e periferias, e por uma Medicina de Família e Comunidade que brigue pela equidade e por um Sistema Único de Saúde público, gratuito e de qualidade.

Neste texto, escolho apresentar as autoras e os autores que trago contando um pouco do seu lugar de fala, sempre que possível informando identidade de gênero, raça, orientação sexual e formação, porque acredito que são aspectos que influenciam a forma como olham para e interpretam o mundo e que isso merece ser conhecido quando as(os) “ouvimos”.

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar saúde de mulheres lésbicas nasce de três locais: o de me entender, me aceitar e me assumir como mulher lésbica; do encontro com o movimento social e o relato das lésbicas sobre seus atendimentos em saúde, carregados de sofrimento e medo; e de, como médica de família e comunidade (mFC), perceber a lacuna sobre o cuidado de lésbicas na formação em saúde e o quanto os estudos existentes sobre saúde de lésbicas eram insuficientes para me dar ferramentas para a ação na minha realidade de trabalho.

Assumir-se lésbica é um processo doloroso. Aceitar que você não se encaixa no que é tido como normal é se perceber parte do grupo que em toda sua vida você também entendeu como errado, imoral ou doente. Esse sentimento vem acompanhado do medo (muitas vezes da certeza) da ruptura das relações familiares e de amizade, da perda do emprego, de ser expulsa da comunidade religiosa, de não corresponder às expectativas.

Quando tive meu primeiro relacionamento lésbico, ainda no início da adolescência, foi tudo muito confuso. Não entendia o que estava sentindo, demorei a perceber que aquela amizade “maior” era paixão, não aceitei que estar apaixonada por outra menina me tornava lésbica - aquela imagem “nojenta”, errada, que tinha em relação a mulheres que ficavam com outras mulheres no meio da década de 90. Acreditei que podia viver a relação que estava descobrindo sem refletir sobre ela, sem nomeá-la, sem conversar sobre isso nem mesmo com a “amiga” que estava comigo. O meu preconceito internalizado e a reação que as pessoas tiveram tornou tudo muito doloroso. No momento em que, aos 15 anos, não conseguimos mais lidar com o cenário de brigas e medos, nos afastamos e de alguma forma decidi viver como se nada daquilo tivesse acontecido. Era mais dor do que eu podia lidar e o que consegui foi “empurrar” para algum canto bem escondido dentro de mim tanto o amor e o desejo sexual que tinha por ela, quanto a ruptura de vínculos familiares e de amizade que havia tido.

Reprimi tanto as lembranças – boas e ruins – quanto o desejo que poderia ter por outras mulheres e por muitos anos me relacionei com homens, até conseguir acessar novamente meus sentimentos e me permitir viver minha sexualidade. Ao longo de quase 20 anos em que me escondi e não me aceitei, vivi esse sofrimento de diversas formas: gastrite, enxaqueca, dor de ovulação, depressão, perda de peso, dor cervical, excesso de sono, ganho de peso, insônia, pneumonia, choro fácil, irritabilidade. Passava todo o tempo me vigiando para controlar algo que nem sabia bem o que era e atenta ao meu redor, sempre alerta para possíveis olhares, julgamentos, agressões. Passar por uma experiência traumatizante de diversas formas de

violência transformou a forma de me relacionar com outras pessoas e, com isso, influenciou (e ainda influencia) meu autocuidado, minha saúde e meus processos de adoecimento.

Depois de ter me assumido lésbica e ter tomado consciência dessa relação estreita entre o sofrimento decorrente da lesbofobia e meus sintomas e problemas de saúde, decidi buscar informações sobre as especificidades de saúde de mulheres lésbicas, mas, sem me surpreender, percebi que há poucas pesquisas e publicações sobre esse tema, principalmente no cenário brasileiro (FACCHINI; BARBOSA, 2006). A partir dessa demanda pessoal refleti sobre meu papel como médica de família e comunidade e entendi que precisava usar meus privilégios – a branquitude, a alta escolaridade, a independência financeira, o status social como médica, o contato próximo com outros profissionais de saúde – para divulgar o conhecimento que estava conseguindo encontrar para o maior número possível de pessoas, principalmente profissionais de saúde e mulheres lésbicas.

Em um misto desse sentimento de querer ajudar outras mulheres com a busca por rede de apoio para mim mesma, procurei por espaços de militância social de lésbicas, onde acreditava que poderia encontrar pares e a possibilidade de lutar ao lado delas, dando significado e utilidade ao sofrimento que vinha vivendo. Fui ao primeiro espaço político LGBTI+ de mãos dadas com um amigo que foi essencial no meu processo de me aceitar e entender, que foi o primeiro a ouvir minhas confissões e que esteve sempre ao meu lado. Fomos a uma reunião do setorial LGBTI+ do PSOL e lá conheci outra pessoa que marcaria a minha vida: Michele Seixas, mulher lésbica, negra, favelada, hoje amiga e parceira, que falava sobre o grupo de planejamento familiar de sua Clínica da Família, o quanto ele não tinha nenhuma relação com sua vivência e suas demandas e como iria à próxima reunião daquele grupo e exigiria que fossem abordadas as possibilidades de reprodução assistida para casais de mulheres lésbicas cisgêneras.

A partir desse encontro soube que estava sendo organizada pela mandata da vereadora Marielle Franco – também uma mulher lésbica – uma frente unindo coletivas e grupos de lésbicas do Rio de Janeiro em torno da criação do Projeto de Lei do Dia da Visibilidade Lésbica. Comecei a participar de grupos virtuais e reuniões e organizamos juntas algumas atividades para discutir assuntos de saúde com grupos de militantes lésbicas. Nessas atividades, ouvi diversos relatos de violências sofridas por elas em consultas médicas e nas unidades de saúde. Indicações erradas de exames e medicamentos, negação de consultas e exames, queixas não validadas, orientações que não faziam nenhum sentido para elas. Todas as meninas tinham muitas dúvidas sobre saúde sexual, não conheciam nada ou quase nada sobre direitos reprodutivos e nenhuma delas disse que já tinha sido abordada em relação a saúde mental, a

violência ou uso de substâncias por qualquer profissional de saúde. Apesar de já ter lido pesquisas que diziam que as mulheres lésbicas não conseguiam sequer revelar sua orientação sexual ao profissional de saúde e que, quando o faziam, vivenciavam preconceito e desconhecimento de suas especificidades, foi assustador ouvir as histórias nas vozes das mulheres que as haviam vivido.

Dois histórias foram muito marcantes: uma mulher atendida na Clínica da Família do seu bairro informou que só se relacionava com mulheres e que nunca tinha tido qualquer tipo de penetração vaginal, mas o médico insistiu em fazer um exame especular e rompeu seu hímen de forma agressiva, com muita dor e sangramento; e uma menina evangélica que havia buscado ajuda de um profissional que também era da igreja e foi encaminhada para uma “clínica de reabilitação” onde, entre outras violências, foi estuprada diariamente, segundo ela mesma “para aprender a ser mulher”. As mulheres que participaram das oficinas que fizemos eram lésbicas que assumiam publicamente sua sexualidade, participavam de movimento social, tinham consciência do quanto eram oprimidas e agredidas por sua orientação sexual, tinham rede de apoio (mesmo que fosse apenas as companheiras do movimento) e ainda assim tinham pouca ou nenhuma informação de saúde e passaram por diversas situações no mínimo constrangedoras com médicos e outros profissionais de saúde. Os grupos eram diversos, tinham desde trabalhadoras da construção civil até advogadas e professoras universitárias com doutorado, e nenhuma delas sabia como se transmite o papilomavírus (HPV) ou se precisavam ou não fazer rastreamento de câncer de colo de útero.

Na construção e realização dessas atividades, ficou nítido também o quanto boa parte das (poucas) informações que eu tinha conseguido encontrar sobre saúde de lésbicas não se aplicavam à realidade que vivemos. Os estudos são majoritariamente norte-americanos e europeus, realizados com mulheres lésbicas brancas, jovens, de classe média ou média-alta, com alto nível de escolaridade (FACCHINI; BARBOSA, 2006), vivendo em realidades muito diferentes da brasileira, especialmente a de favelas e periferias. Como achar que um estudo realizado entre lésbicas norueguesas, ricas, na casa dos 30 anos, que diz que se assumir socialmente como lésbica é fator de proteção para saúde mental é útil para pensar sofrimento de uma menina preta que mora em Rio das Pedras, que recém se entendeu lésbica, e é financeiramente dependente de uma família evangélica?

A experiência das oficinas e a convivência com essas mulheres me trouxe a certeza de que há muita coisa a se fazer para que o cuidado em saúde de lésbicas tenha alguma qualidade e garanta um mínimo de dignidade. A partir daí comecei a fazer atividades com médicos de família e comunidade, residentes e outros profissionais de saúde. Desde 2017, junto com outros

colegas mFC que fazem parte do Grupo de Trabalho Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos (GT Sex) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) fiz oficinas, mesas redondas, palestras e rodas de conversa sobre saúde de lésbicas para esse público. Na maior parte das vezes os participantes tinham ouvido falar nada ou pouco sobre o assunto. As dúvidas se repetem, especialmente acerca das possibilidades de transmissão e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) no sexo entre duas mulheres com vulva, das indicações de rastreamento de câncer de colo de útero e da abordagem da família e das várias formas de violência (VIEIRA; BORRET, 2020). Pude perceber que mesmo a Medicina de Família e Comunidade, que se pretende integral e centrada no indivíduo, ainda não é capaz de identificar e acolher os sofrimentos específicos causados pela marginalização e exclusão social sofridos por quem não só é uma mulher numa sociedade machista, como ama e vive com outras mulheres.

Vinda de uma família de classe média, branca, do interior do estado do Rio, comecei a ter contato com o território de algumas favelas na graduação. Estudei na Universidade Federal Fluminense (UFF), que me trouxe a possibilidade de ampliar a visão do mundo desde muito cedo - vamos ao campo discutir compreensões de saúde antes de entrar pela primeira vez no anatômico ou em serviços de saúde. Em contato com o Programa Médico de Família de Niterói e com algumas atividades de educação em saúde não só me encantei com a saúde da família e a possibilidade de praticar um cuidado integral e longitudinal, mas também compreendi um papel muito além do prescritivo. No movimento estudantil ganhei ferramentas e tive contato com outras formas de olhar para os territórios - desde as atividades do grupo do Teatro do Oprimido até relações com o Movimento dos Sem Terra me mostraram o que diz o texto de Gondim e Monken (2018), de que o território é um espaço onde a vida acontece e deve ser visto:

[...] não só como lócus de moradia e depositário final de eventos, mas, sobretudo, como lugar de produção e reprodução social, de trocas materiais e simbólicas e de convivência entre pessoas, enfim, voltado para toda forma de manifestação da vida social cotidiana (GONDIM; MONKEN, 2018, online).

Os territórios nas favelas têm dinâmicas próprias e únicas e não é possível falar numa uniformidade sob o termo “favelas cariocas”. De lugares onde o tráfico é comandado por moradores do local, que conhecem os vizinhos e têm uma relação com a comunidade, até locais hoje dominados por milícias; de áreas com valas abertas a outras com água e esgoto encanados; das dinâmicas “protegidas” da Zona Sul às incursões policiais da Zona Norte; da população constituída por imigrantes nordestinos ou famílias que sempre viveram no Rio de Janeiro; por

uma população mais jovem ou por muitos idosos; da favela plana para a favela morro. A história de cada favela é peculiar, ligada a como e quando se deram as primeiras ocupações, à sua localização na cidade do Rio, aos seus primeiros habitantes e à relação entre eles e deles com o Estado.

Conhecer o território e entender como as pessoas adoecem e como elas produzem saúde é essencial para um cuidado centrado no indivíduo nos seus aspectos biopsicosocioespaciais e na comunidade e para o planejamento de serviços de saúde não só eficientes, mas que promovam equidade e universalidade. E não é possível compreender as demandas de um território sem conhecer sua história, as relações interpessoais, entre grupos, da comunidade com o Estado, com as políticas públicas, sem conhecer suas lutas, tornando essas tarefas mandatórias para qualquer profissional ou unidade de saúde comprometidas com seu trabalho.

Por muito tempo acreditei que, quando conseguisse me assumir lésbica, a depressão, a ansiedade e as várias somatizações desapareceriam como mágica, que quando estivesse vivendo plenamente minha (homo)sexualidade não sentiria mais nada daquilo. É evidente que não foi como aconteceu, mas os últimos anos têm sido de muita reflexão, de equilibrar meu processo de cura com minha militância, de perceber (e aprender a respeitar) minhas limitações e entender qual pode ser o meu papel na construção de novos conhecimentos e de um cuidado em saúde melhor para mulheres lésbicas.

Acredito que esse trabalho faça parte de todos esses processos: o de compreender e aceitar a influência de ser lésbica nos meus processos de saúde e adoecimento; o de assumir minha responsabilidade enquanto médica de família e comunidade com o cuidado integral e equânime; e o de, sem deixar esse lugar de médica de família e comunidade, ser parte de uma militância por uma sociedade mais justa e igualitária.

Considerando raça, classe e gênero como matrizes de opressões que produzem relações de poder e dominação e atenta aos processos de apagamento histórico de narrativas e perspectivas não hegemônicas na sociedade brasileira, neste estudo pretendo conhecer, sob a lente da interseccionalidade, quem são as mulheres lésbicas que vivem no Complexo da Maré, um complexo de favelas na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro - RJ, buscando compreender como a lesbianidade interfere em seus processos de saúde e adoecimento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os sentidos atribuídos à lesbofobia e sua influência no processo saúde-adoecimento no contexto do Complexo da Maré, Rio de Janeiro.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar a construção cultural de uma identidade lésbica;
- b) Conhecer os sentidos atribuídos à lesbofobia;
- c) Relacionar a lesbofobia com o processo saúde-adoecimento.

### 3 HOMOFOBIA NÃO, LESBOFOBIA

A homossexualidade é um marcador social de diferença pois decorre em marginalização e exclusão social. Submetidas a diversos tipos de violência em todos os ambientes da vida – família, escola, trabalho, igreja, etc. – pessoas homossexuais vivem em um contexto marcado por discriminação, ansiedade, medo e têm dificuldade de acessar cuidados em saúde. No que tange à saúde mental, o esforço feito pelas pessoas homossexuais para ocultar seus desejos e práticas ou o constante enfrentamento social que vivem a partir do momento em que se assumem estão associados ao estresse e ao isolamento, levando a sofrimento e privando-as de suportes sociais importantes (MEYER, 2003).

Evidências encontradas em pesquisas internacionais sugerem que, em comparação com heterossexuais, gays e lésbicas apresentam maior índice de transtornos mentais, incluindo problemas com uso de substâncias, transtornos de humor e suicídio (COCHRAN, 2001). Em estudos que pesquisaram especificamente mulheres lésbicas, foram encontrados maiores índices de depressão, ansiedade, uso de substâncias e autoagressões, assim como de doenças cardiovasculares e câncer (HIRSCH *et al*, 2016). No Brasil, o Ministério da Saúde reconheceu em 2011 que ser LGBT é um determinante social de saúde no país quando publicou a portaria nº 2.836 instituindo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais:

Com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013, p. 20).

A homossexualidade feminina pouco esteve descrita em leis que criminalizaram a relação sexual ou afetiva entre pessoas do mesmo gênero pelo mundo. Essa ausência não é reflexo da aceitação deste tipo de relacionamento, mas sim do apagamento da sexualidade feminina na sociedade ocidental (NAVARRO-SWAIN, 2004). O sexo das mulheres por muitos anos serviu apenas à reprodução e ao prazer masculino e a relação sexual sem a presença do pênis é deslegitimada ou até considerada ofensiva.

Seja por medo de como os profissionais de saúde irão reagir quando souberem sobre a orientação sexual ou por não acreditarem que eles serão capazes de acolher e dar respostas a suas demandas (COELHO, 2001), ou ainda por não terem suporte familiar e social para buscar os serviços de saúde (BARBOSA; FACCHINI, 2009), lésbicas fazem menos rastreamento de

câncer de colo de útero (AGÉNOR *et al.*, 2014) e tomam menos vacina para HPV (AGÉNOR *et al.*, 2015), chegam aos serviços com estágios mais avançados de câncer de mama (MCNAIR, 2003) e algumas pesquisas demonstram que têm inclusive mais eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (KNIGHT; JARRETT, 2017). Ao mesmo tempo, a vivência estigmatizada causa sofrimento e decorre em índices aumentados de depressão, ansiedade, transtornos alimentares e suicídio (MEYER, 2003).

Mulheres lésbicas estão submetidas a ao menos duas formas de opressão social no Brasil hoje: de orientação sexual e de gênero. Quando estas mulheres vivem em uma favela no Rio de Janeiro, outros fatores se cruzam com os anteriores: o classismo, o racismo e o preconceito com o território onde vivem. No espaço urbano das grandes cidades, as favelas se produzem como territórios-resistência. Áreas habitadas majoritariamente por pessoas negras, consideradas vidas descartáveis para o capitalismo global, as favelas podem ser lidas tal como produzidas pelo discurso hegemônico: espaços marginais, violentos e que precisam ser controlados para a manutenção da segurança dos demais habitantes da cidade. Mas faço a leitura das favelas como espaços em que, apesar da negligência do Estado em prover serviços públicos e da contínua prática necropolítica, são espaços de intensa produção de subjetividade, socialização, conhecimento e cultura. Espaços que, tal como os quilombos, são produzidos pelo desejo de vida frente à política de morte, onde os corpos negros objetificados lutam por cidadania, por dignidade e por liberdade. Como nos apresentou sua favela a escola de samba Mangueira em 2022: “teu cenário é poesia, liberdade e autonomia que o negro conquistou”.

Não é possível pensar favelas e periferias nos grandes centros urbanos nacionais, sem trazer para a centralidade do debate a hierarquização racial que estrutura a sociedade brasileira. O racismo à brasileira por denegação (GONZALEZ, 1988), naturaliza as favelas como espaços negros que, portanto, podem ser sitiados, desumanizados e produzidos a partir do olhar do outro hegemônico. O mito da democracia racial no Brasil (GONZALEZ, 1988) torna possível a tentativa de universalização da experiência lésbica nacional a partir de uma produção de conhecimento hegemônica branca e economicamente privilegiada. Num país sócio racialmente desigual como o Brasil, é necessário não essencializar a experiência de subjetivação de lésbicas e, ainda mais importante, pensar práticas de cuidado em saúde conscientes dessas desigualdades, com vista ao princípio de equidade que é norteador do Sistema Único de Saúde.

#### 4 HETEROSSEXUALIDADE COMPULSÓRIA

Michel Foucault, um filósofo francês, homossexual, branco, descreveu em sua trilogia “História da Sexualidade” como o controle da sexualidade serviu como um mecanismo de controle dos corpos e da reprodução dos trabalhadores, garantindo uma mão de obra abundante e produtiva para o crescimento do capitalismo, principalmente a partir do século XVIII. Como o próprio autor coloca, a preocupação em relação ao sexo naquele momento buscava “assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir a forma das relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora” (FOUCAULT, 2015). Para ele, a Igreja, a Medicina e o Direito controlavam a vida sexual das pessoas, reprimindo e, especialmente, produzindo discursos, tanto morais quanto racionais, para dizer quando, como, com quem e para que deve servir a sexualidade.

Para assegurar a condenação das “formas de sexualidade insubmissas à economia estrita da reprodução” (FOUCAULT, 2015, p. 37), Foucault afirma que estas três instituições estabeleceram como correta apenas a sexualidade centrada na relação matrimonial, condenando o prazer e excluindo práticas que não estivessem interessadas apenas na reprodução e, para isso, patologizaram e criminalizaram a homossexualidade. A Medicina criou a sexologia, determinando quais práticas sexuais eram saudáveis, definindo comportamentos corretos e ligando a doenças e diagnósticos tudo o que considerava errado para a sociedade capitalista ocidental.

Dentro desse grupo de comportamentos indesejáveis foram incluídas as relações entre pessoas do mesmo sexo. Esta prática sexual e estes relacionamentos sempre existiram, mas a regulação da sexualidade produziu o homossexual como uma “espécie” (FOUCAULT, 2015), e, tentando afastá-lo cada vez mais do ser humano supostamente normal, a medicina buscou causa, atribuiu uma anatomia específica, descreveu um estilo de vida e o nomeou de diversas formas.

Michel Foucault, entretanto, dá pouca atenção a como esse sistema age de formas diferentes e produz efeitos distintos em homens e mulheres. Desde seus primórdios, o capitalismo estabeleceu um sistema de dominação e uma divisão sexual do trabalho, relegando à mulher o trabalho doméstico não remunerado e a responsabilidade da reprodução – seja gerando outros indivíduos, seja garantindo as condições para que os homens possam continuar seu trabalho produtivo, cozinhando, lavando, cuidando das crianças e dos doentes.

Compreendendo o patriarcado como nos apresenta bell hooks, professora e feminista negra estadunidense:

Um sistema político-social que insiste que os homens são inerentemente dominantes, superiores a tudo e a todos considerados fracos, especialmente mulheres, e que são dotados do direito de dominar e governar (HOOKS, 2004).

Em uma sociedade patriarcal (como a nossa) é aceito que os homens dominem as mulheres através de mecanismos mais ou menos naturalizados no cotidiano. Sendo assim, é difícil imaginar que os mecanismos de controle atuem da mesma forma e tenham o mesmo impacto na sexualidade e na vida de mulheres e homens.

Olhando para isso, a feminista branca lésbica também estadunidense Adrienne Rich denuncia a existência, na sociedade ocidental moderna, de uma instituição social para o controle da vida das mulheres, a qual denominou heterossexualidade compulsória – “a imposição da heterossexualidade como forma de assegurar o direito dos homens de acesso físico, econômico e emocional” às mulheres (RICH, 2019, p. 34). Sendo assim, a heterossexualidade compulsória não trata apenas de orientação sexual, nem fala somente sobre mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais, mas é um regime político que, a partir de estruturas e normas sociais consolidadas, garante a manutenção de uma relação de exploração das mulheres pelos homens.

Na heterossexualidade compulsória, a existência da mulher se dá a partir do olhar do homem e sempre em comparação com este. Como colocado pela filósofa francesa branca Simone de Beauvoir no seu clássico “O Segundo Sexo” (BEAUVOIR, 2016), o ser humano universal é o homem, a mulher é sempre “o outro”, e o ideal construído do que é uma mulher gira em torno do interesse do homem. Nestas condições, os valores ligados ao feminino estão sempre relacionados com submissão: fragilidade, docilidade, afetividade, ser mais emocional e menos racional, ter um “dom natural” ao cuidado, à maternidade, etc.

Da mesma forma, as mulheres aprendem a medir seu próprio valor a partir do olhar do homem, de quão atraentes são para ele, ao mesmo tempo em que são estimuladas a não olhar para seus próprios sentimentos e desejos, assim como para seus corpos. O casamento e a maternidade são o “caminho natural” em suas vidas e sua sexualidade é interdita para si mesma, servindo apenas ao prazer do outro, o homem. Se mulheres só podem ficar com homens e se homens são naturalmente dominadores, violentos, inaptos para o cuidado, infiéis, só resta à mulher se conformar e se submeter a esse tipo de relação.

Utilizando mecanismos que vão desde a violência física até o controle da consciência, a heterossexualidade compulsória assegura que a sexualidade masculina dominante, violenta e incontrollável seja tida como normal e inevitável e garante que as mulheres se submetam a relações desiguais, insatisfatórias e muitas vezes humilhantes por não perceberem que existem

outras formas possíveis de se relacionar e de viver a sexualidade (seja com outras mulheres ou mesmo com homens).

Adrienne apresenta alguns métodos utilizados na heterossexualidade compulsória para garantir a supremacia masculina, que atingem também mulheres de todas as orientações sexuais. Se uns hoje já são amplamente reconhecidos como violentos, alguns são mais sutis ou aceitos socialmente e outros sequer são percebidos como uma forma de violência. A idealização do amor romântico, que aprendemos desde os filmes infantis e se perpetua em novelas, comédias românticas e até em comerciais, é uma forma quase inconsciente de dizer à mulher qual é o seu lugar social – a moça “pura” que será salva e encontrará a felicidade nos braços de um homem “guerreiro” e forte – e quais atividades estão destinadas a ela: o trabalho de cuidar, muitas vezes não remunerado, e as diversas atividades domésticas.

O papel sexual das mulheres também nos é ensinado desde sempre. Os mesmos discursos que Foucault identificou como prescritores de uma sexualidade voltada ao capitalismo, reforçam a desigualdade de gênero: meninos são estimulados a conhecer seu pênis e compará-lo ao de outros meninos, meninas têm de fechar as pernas e usar banheiros reservados, são punidas se manipularem sua vulva, aprendem que ela é suja e feia. Se a masturbação um dia foi um tabu na educação masculina, há muito é motivo de risos o fato de meninos se demorarem no banheiro ou colecionarem revistas com fotos de mulheres hipersexualizadas, enquanto muitas mulheres não sabem sequer que urina e sangue menstrual saem de orifícios diferentes. A pulsão sexual é um direito masculino na sociedade ocidental capitalista patriarcal.

Quando falamos de violência e exploração sexual pensamos em estupro, cafetinagem, escravidão sexual. Talvez nos lembremos das clitoridectomias, dos casamentos infantis, das noivas compradas, da criminalização das mulheres adúlteras. Mas Rich nos apresenta diversas outras formas pelas quais homens estão envolvidos na exploração e escravidão sexual das mulheres: além dos cafetões e dos membros das quadrilhas de tráfico de mulheres, os funcionários públicos corruptos que participam do esquema de tráfico, os proprietários, gerentes e empregados de bordéis, além dos clientes da prostituição; os produtores e os fornecedores de pornografia; os estupradores, os molestadores de crianças, os perpetradores de incesto e os agressores e estupradores de esposas (RICH, 2019). Em todas estas situações, homens usam de seu poder social, econômico ou físico para dominar e usar os corpos das mulheres, de forma que a desigualdade de poder se mantenha ou aumente.

Um dos meios de garantir que as mulheres continuem se submetendo a relações heterossexuais é esconder delas que existem outras formas de viver. Adrienne Rich denuncia

que esta é a importância do apagamento da lesbianidade. Não apenas por serem consideradas erradas, doentes ou ilegais, não apenas pela negação da sexualidade da mulher independente do homem ou da sexualidade da mulher que não seja para a reprodução. Para a heterossexualidade compulsória é importante que mulheres que amam, transam e se realizam com outras mulheres sejam negadas e, para isso, marginalizadas e invisibilizadas.

## 5 A LESBIANIDADE NA HISTÓRIA

A historiadora brasileira, branca, lésbica, Tania Navarro-Swain pergunta se o fato de a história não falar das relações físicas e emocionais entre as mulheres é por que essas não existiram? (NAVARRO-SWAIN, 2004). Ela nos lembra que a história, assim como a ciência, não é neutra, é uma interpretação de indícios mais ou menos bem conservados, feita por alguém a partir de sua própria cultura, visão do mundo, preconceitos e interesses. Além disso, a autora levanta uma série de indícios de culturas e civilizações em que as mulheres, além de terem outros papéis, podiam “amar-se umas às outras”: a Grécia antiga; alguns grupos indígenas no Brasil anteriores à invasão portuguesa; as guerreiras amazonas, sejam brasileiras, do Oriente Médio ou Norte da África; e as celtas.

A expressão “lésbica” (ou “lesbiana” em alguns textos) vem da Ilha de Lesbos, na Grécia, e já denominou simplesmente a mulher que nascia neste local. Mas nesta ilha, há cerca de 2.600 anos, viveu Safo, poetisa que escrevia sobre seus sentimentos e desejos por outras mulheres e foi uma personagem muito importante na sua época. Ela tinha uma escola de poesia e música para mulheres e sua obra foi considerada uma das maravilhas da Antiguidade, com estátuas em sua homenagem e moedas cunhadas com sua imagem. Entretanto, suas poesias foram queimadas pela primeira vez em 380 a.C. e novamente no início do cristianismo, tendo restado apenas um poema seu completo nos dias atuais. (NAVARRO-SWAIN, 2004)

O termo foi (e ainda é) usado como xingamento, com conotação negativa, assim como outras formas de se referir às mulheres que se relacionam com mulheres: mulher-macho, maria-joão, invertida, caminhoneira, sapatão. Mas nos últimos anos, a partir da luta dos movimentos sociais, esses termos vêm sendo ressignificados e tomados pelas mulheres lésbicas e usados como forma de demonstrar orgulho e reafirmar nossa existência. De Safo, passando pela Rainha Cristina da Suécia ou Francisca Luís, Isabel Antonia e Felipa de Souza, mortas pela Inquisição no Brasil por terem relacionamentos com mulheres, até Florence Nightingale, Virginia Woolf, Gertrude Stein, Anna Freud, Audre Lorde, Angela Davis e Marielle Franco, mulheres em todos os tempos sempre amaram e se relacionaram com mulheres e, cada vez com mais orgulho, continuaremos nos relacionando e construindo nossas famílias.

## 6 SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS

Atualmente já é possível encontrar estudos que demonstram a existência de especificidades na saúde de mulheres lésbicas em relação ao processo de saúde-adoecimento, à prevalência de determinadas condições, às demandas, e também em relação ao acesso aos serviços. Apesar da grande maioria destes estudos serem conduzidos nos Estados Unidos e na Europa e com mulheres brancas, jovens, com alta escolaridade e renda, são os que utilizamos nas diversas realidades brasileiras enquanto ainda não produzimos mais dados nacionais.

As evidências encontradas nessas pesquisas sugerem que, em comparação com heterossexuais, lésbicas apresentam maior índice de transtornos mentais, incluindo problemas com uso de substâncias, transtornos de humor e suicídio (COCHRAN, 2001). Outros estudos encontraram maiores índices de depressão, ansiedade e autoagressões, e ainda de doenças cardiovasculares e câncer (HIRSCH *et al.*, 2016).

Podemos destacar dois pontos cruciais para os desfechos negativos em saúde: por um lado os fatores que levam ao sofrimento e ao adoecimento e, por outro, a dificuldade de acesso e a relação ruim com profissionais e serviços de saúde.

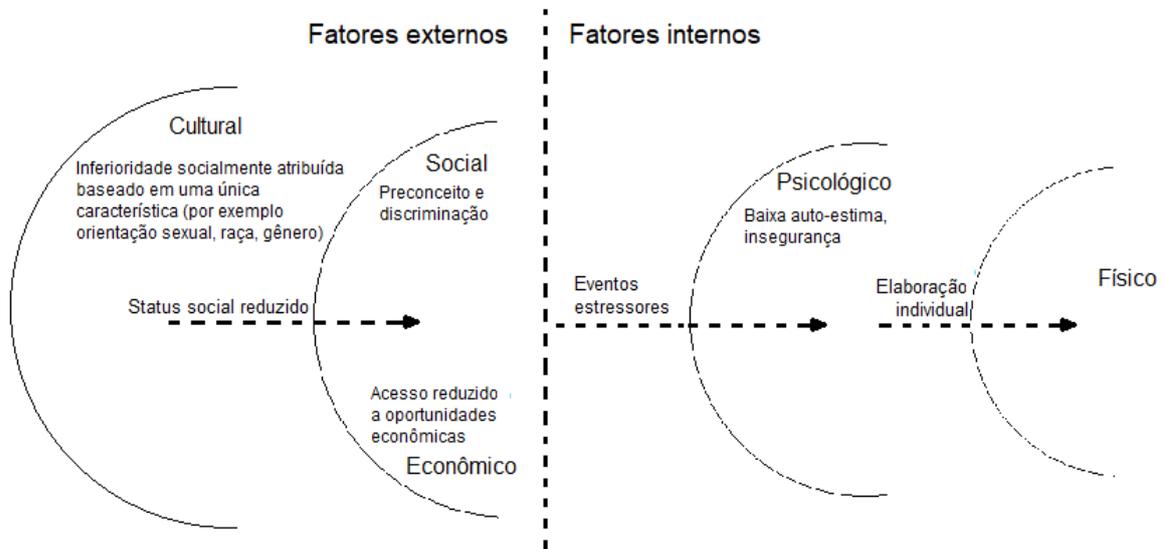
### 6.1 O PROCESSO DE SAÚDE E ADOECIMENTO

É bastante conhecido nos estudos sobre sexualidade o termo “estresse de minorias sexuais”, do epidemiologista psiquiátrico, branco, homossexual, norte americano Ilan Meyer (MEYER, 2003), um modelo explicativo para os diversos níveis de estressores que, em conjunto, atuam causando sofrimento mental, isolamento social e adoecimento. O trabalho de Meyer se iniciou em 1995 (MEYER, 1995) e é citado em quase todos os trabalhos sobre sofrimento e saúde da população LGBT que tive acesso no levantamento bibliográfico realizado para a presente pesquisa. Entretanto, em 1977 a assistente social estadunidense, branca, lésbica, Virginia Rae Brooks (que posteriormente mudou seu nome para Winn Kelly Brooks) já havia descrito um modelo que considerava estes aspectos. Em sua tese de doutorado e, posteriormente, em seu livro intitulado *Minority Stress and Lesbian Women* (em tradução livre: Estresse de Minorias e Mulheres Lésbicas), a autora descreve como a exposição a estressores culturais, sociais e econômicos se traduz em estresse psicológico e físico para mulheres lésbicas (RICH, 2020).

E Virginia ia além. Ainda na década de 80 a autora já trazia para o conceito de estresse de minorias outros fatores como o gênero das mulheres lésbicas, além de raça e classe social.

A autora propôs um modelo que se utiliza de níveis de estressores, de mais externos a mais internos de cada pessoa, e levantou a importância do tempo pelo qual a pessoa está exposta a estes estressores, bem como a frequência e a intensidade destes nos resultados para a saúde.

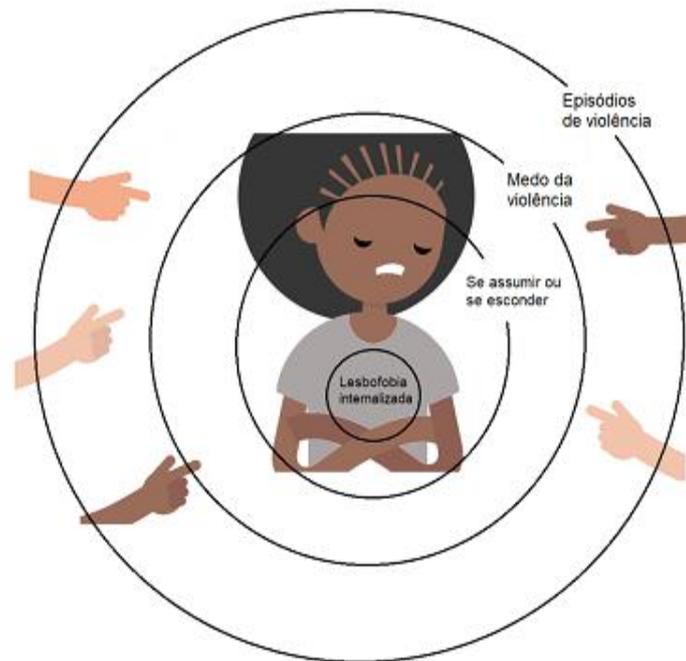
Figura 1 - Modelo de estresse de minorias sexuais



Fonte: Adaptação de RICH (2020).

O modelo de Meyer agrupa os fatores externos (culturais e sociais) de Brooks como “experiências de violência” e detalha mais os fatores psicológicos, também classificando todos os fatores como mais externos ou internos ao indivíduo. Para ele, pessoas pertencentes às minorias sexuais sofrem por 4 fatores (Figura 2): 1. Por experienciar episódios de violência, sejam agressões físicas, sexuais, psicológicas, materiais, morais ou de qualquer outra forma; 2. pelo medo constante de sofrer agressões, que leva a pessoa a ficar assustada e se manter vigilante todo o tempo; 3. por viver, em cada ambiente da vida, o conflito entre se assumir e enfrentar as disputas que advém dessa exposição, ou se esconder e viver ainda mais vigilante e; 4. pela LGBTfobia internalizada – a insegurança, o auto ódio, a vergonha de se saber aquilo que por toda a vida você aprendeu que era errado, sujo, doentio.

Figura 2 - Estresse de minorias sexuais



Fonte: Elaboração própria (2021).

Em termos de violência, são mais conhecidas as formas de agressão mais silenciosas contra as mulheres homossexuais ou, como já vimos, socialmente aceitas, ocorrendo predominantemente na esfera privada, assim como ocorre na opressão feminina de forma geral. Entretanto, a falsa ideia de que mulheres lésbicas não são agredidas vem sendo combatida ativamente através da produção de dados e da visibilização de situações de violência, especialmente pelo movimento social e por mulheres lésbicas que vêm ocupando espaço na academia. O maior exemplo é o Dossiê do Lesbocídio no Brasil, produzido por pesquisadoras da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PERES *et al.*, 2018).

Lesbocídio é entendido como a “morte de lésbicas por motivo de lesbofobia ou ódio, repulsa e discriminação contra a existência lésbica” (PERES *et al.*, 2018, p. 19). Em 2018 o Dossiê do Lesbocídio no Brasil, publicado por Milena Cristina Carneiro Peres, Suane Felipe Soares e Maria Clara Dias, levantando casos de 2014 até 2017 a partir de sites de notícias, redes sociais e outros meios de comunicação que fossem expressões de notícias criminais nacionais, regionais e locais. Como as próprias autoras chamam a atenção, o lesbocídio é um crime de ódio, perpetrado principalmente por homens “insatisfeitos com a existência de determinadas lésbicas ou da categoria como um todo”, que nem sempre têm com sua vítima vínculo familiar, conjugal ou doméstico (PERES *et al.*, 2018, p. 20).

Entretanto, na maior parte do tempo vivemos experiências de discriminação vindas principalmente de familiares, amigos ou vizinhos (tendo assim menos visibilidade que a

homofobia sofrida por homens), temos menos acesso à escolarização que homens gays, além de assumirmos menos a orientação sexual, especialmente no trabalho e para profissionais de saúde (FACCHINI; BARBOSA, 2006). Em uma pesquisa citada pelo Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas, 11,4% das mulheres homossexuais entrevistadas na Parada do Orgulho LGBT de São Paulo relataram já ter sofrido violência física, 47,5% agressão verbal ou ameaça de agressão e 4,9% violência sexual, sendo que, destas, 29,7% identificaram a casa como local da agressão e 20,3% identificaram familiares como agressores.

Uma das formas mais sutis de lesbofobia, que por muitas vezes chega a ser tomada como um sinal de aprovação social da lesbianidade, é a fetichização. Na mídia, não é raro encontrar imagens de casais de mulheres - mulheres jovens, magras, na maioria das vezes brancas - em poses sensuais. Entretanto, esta imagem serve aos homens heterossexuais, que se sentem convidados ou impelidos a participar daquela atividade sexual, que eles acreditam que só vai estar completa com a participação de um pênis. Essa fetichização deslegitima a relação entre mulheres, as objetifica e a falsa sensação de aceitação que ela gera termina no momento em que a participação masculina é negada, dando lugar a diversas formas de agressão.

Outras formas comuns de violência contra lésbicas, sobretudo no seio da família de origem, aquela onde a pessoa nasce, cresce e estabelece suas primeiras relações, são as micro punições, a hiper vigilância sutil, as hostilizações verbais, as restrições e os movimentos de adequação às normas estabelecidas por meio de uma reeducação forçada (BRAGA *et al.*, 2018). Dentro desses movimentos para uma adequação forçada à norma heterossexual está uma forma de violência que ocorre especificamente contra mulheres lésbicas: o estupro corretivo, a violência sexual praticada com a intenção de “corrigir” a orientação sexual.

Partindo de uma ideia de que a mulher é lésbica porque “não encontrou o homem certo”, porque “não sabe o que é bom”, homens, comumente familiares ou amigos da vítima, se utilizam do estupro como forma de punição e de “ensinar a ser mulher”. Segundo a agência de notícias Gênero e Mídia, que analisou dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) via Lei de Acesso à Informação, em média, 6 lésbicas foram estupradas por dia em 2017, em um total de 2.379 casos registrados. Ainda de acordo com a agência:

Em 61% dos casos notificados, a vítima foi estuprada mais de uma vez. É dentro de casa e no meio familiar que as mulheres lésbicas são violentadas. Em 61% dos casos, a agressão ocorreu na residência, enquanto 20% aconteceram em vias públicas e 13% em “outros locais”. Os homens são algozes. Aparecem como autores em 96% das agressões sexuais. Mulheres são apenas 1% das agressoras. Em 2% das agressões há

registros de ambos os gêneros como agressores. Em 1% dos casos notificados o gênero do autor não é identificado (SILVA, 2019, online).

Desde 24 de setembro de 2018 o estupro corretivo passou a integrar o texto do Código Penal brasileiro. O artigo 226 da Lei nº 13.718, passou a ter a seguinte redação: “Art. 226. A pena é aumentada: IV - de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços), se o crime é praticado: b) para controlar o comportamento social ou sexual da vítima” (BRASIL, 2018, online).

São frequentes também outras formas de violência. Qualquer conduta que cause danos emocionais, diminuição da autoestima, que tente controlar a partir de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização ou qualquer outro meio é considerada violência psicológica (BRASIL, 2006), uma forma subjetiva de agressão que muitas vezes pode não ser percebida até por quem a sofre. No caso de mulheres lésbicas, o agressor se utiliza do estigma social que existe contra a lesbianidade para ameaçar ou insultar a vítima, reforça a lesbofobia internalizada e o isolamento social, dificultando a busca por ajuda, e quando elas têm filhos eles são comumente usados como forma de chantagem. A dependência financeira também é um dos maiores fatores que prendem lésbicas nestas relações abusivas, seja com a família de origem, seja no relacionamento com a parceira.

Ao contrário de pessoas que vivem opressões por raça/etnia ou religiosas, lésbicas geralmente não encontram alguém que seja modelo ou que compartilhe da sua experiência dentro da família de origem e não têm a casa como um refúgio ou ambiente seguro. Pelo contrário, a família de origem pode ser seu primeiro e principal agressor.

A violência intrafamiliar pode ocorrer tanto na família de origem quanto na família formada pela mulher lésbica na vida adulta. Diversos estudos nacionais e internacionais já demonstraram que a forma como a família de origem reage à revelação da identidade sexual ou de gênero tem impacto na saúde da pessoa LGBTIA+ (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Reações ruins, rejeição e punição resultam em jovens com maior incidência de problemas de saúde mental (RYAN *et al.*, 2009), de tentativas de suicídio, de uso prejudicial de álcool ou outras substâncias ilícitas e até da probabilidade de terem uma relação sexual desprotegida (PUCKETT *et al.*, 2015).

## 6.2 A RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Se hoje identificamos algumas das maneiras pelas quais lésbicas adoecem mais que mulheres heterossexuais, não podemos deixar de levar em consideração a relação destas

mulheres com o sistema e os profissionais de saúde. O Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas nos traz números impressionantes retirados de estudos realizados no Brasil: até 60% das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) que acessaram serviços de saúde não revelaram sua orientação sexual. Entre as que revelaram, mais da metade relatou reações discriminatórias por parte do profissional (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Em outro estudo analisado pela equipe do Dossiê, 59,5% das entrevistadas relataram sua orientação sexual ao profissional de saúde, mas 88,6% delas o fez por iniciativa própria, sem isso ter sido perguntado pelo profissional, e apenas 5,1% afirmaram que o médico perguntou sua orientação sexual. Sobre as mulheres que se assumiram para o profissional de saúde, a pesquisa afirma que:

[...] 18,3% relataram reação preconceituosa por parte do profissional; 7,9%, demonstração de surpresa; e 15,3%, alguma "situação desagradável" após o relato. Entre as que não relataram, 30,6% saíram do consultório com receita de contraceptivo; 19,4% com indicação de preservativo masculino; 3,2% com indicação de teste de gravidez e 4,8% tiveram hipótese diagnóstica associada a gravidez, ou seja, 58% foram avaliadas e receberam condutas como se tivessem orientação heterossexual, embora a maior parte delas praticassem sexo exclusivamente com mulheres (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006, p. 26).

Outro estudo realizado entre 2014 e 2015 pela equipe da professora Andrea Rufino, médica ginecologista e sexóloga, branca, brasileira, no Centro de Saúde da Mulher da Universidade Estadual do Piauí entrevistou 34 mulheres nas cinco regiões do país e demonstrou que a consulta ginecológica é um ambiente desfavorável para a revelação da orientação sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). Segundo as mulheres que participaram da pesquisa, ginecologistas raramente perguntaram sua orientação sexual, sua anamnese seguiu um roteiro heteronormativo e também reagiram negativamente à sua revelação (RUFINO *et al.*, 2018).

No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), as enfermeiras Luciane de Araújo, Lucia Penna, Joana Carinhanha e Cristiane Costa publicaram em 2019 uma pesquisa na qual entrevistaram 24 enfermeiras e 21 médicos que trabalhavam em unidades de APS no município do Rio de Janeiro, a maioria especialista em saúde da família, que demonstrou o despreparo e o preconceito dos profissionais em relação às mulheres lésbicas, trazendo transcrições de falas como:

A lésbica, só de olhar para ela, você já sabe que é sapatão. [...] mas, ela diz que é casada e mora com o marido. Às vezes, ainda tenho dúvidas sobre ela. Não acredito. Você logo vê que é [lésbica], pela sua apresentação masculinizada, por seus trajes, pelo comportamento, mesmo que ela não fale. Quando é masculinizada você consegue

ver nas entrelinhas. Nem precisa perguntar. Essas mais masculinas têm sexo sem penetração porque não gostam. Geralmente, não gostam de penetração porque não gostam de homem. Daí, quase sempre têm receio em relação ao preventivo, por causa do espécuro. Já as outras [femininas] são mais como nós [referindo-se à heterossexualidade]. Noto também que elas dão um intervalo muito grande entre os exames [preventivo]. Maior que o recomendado. Essas mais pesadas [masculinas] não gostam mesmo. Acho que associam o espécuro ao pênis [...] já as femininas, nunca vi terem problema com o exame (ARAUJO *et al.*, 2019, online).

As autoras concluem que os enfermeiros e médicos são omissos e violentos, inclusive desacreditando e deslegitimando as vivências dessas mulheres, suas consultas são heteronormativas e apresentam enorme assimetria na relação com a paciente e, além de terem tido uma formação deficiente no que tange à diversidade sexual, os profissionais se desresponsabilizam por se atualizarem para responder às demandas dessa população, repetindo que não aprenderam em suas formações e não recebem treinamento em serviço.

## 7 O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um sistema de saúde público e gratuito para todos os cidadãos foi uma conquista do povo brasileiro na construção da Constituição Federal de 1998, após o período da Ditadura Civil-Militar. Em 1988, a partir do reconhecimento de que saúde não é uma mercadoria, mas um direito de todos e dever do Estado, o país que naquele momento tentava iniciar a construção de uma nova democracia queria dizer que todos os seus cidadãos deveriam ser tratados como detentores de direitos humanos básicos. Não apenas universal – o que garante acesso a cuidado em saúde para todas as pessoas que estejam no Brasil – o Sistema Único de Saúde (SUS) foi pautado por princípios que deveriam garantir o respeito às diferenças e o combate à desigualdade: integralidade e equidade.

É sobre esses dois princípios que afirmo que o SUS precisa pensar políticas de saúde específicas para mulheres lésbicas. A integralidade garante que cada indivíduo seja visto por inteiro, dentro de sua realidade familiar e comunitária, a partir de uma perspectiva que olhe para sua realidade biológica, psicológica e social (PAIM; SILVA, 2010). Sendo assim, tanto os aspectos relacionados à sexualidade quanto o sofrimento causado pela lesbofobia devem ser considerados, desde a elaboração das políticas públicas de saúde até o cuidado individual nas unidades.

A equidade, enquanto princípio, tem um significado que vai além da igualdade, do garantir que todos serão tratados da mesma forma. Entendo a equidade aqui como ligada a um senso de justiça social e à tentativa de diminuir o impacto na vida das pessoas das desigualdades e, por isso, é neste princípio que baseio a justificativa para esta pesquisa. No Brasil, o Ministério da Saúde já reconheceu, quando aprovou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (PNSILGBT), que ser LGBT é um determinante social de saúde, em 2011 (BRASIL, 2013). No documento que divulga a Portaria 2.836 de 1º de dezembro de 2011, que institui a PNSILGBT, o Ministério da Saúde afirma que:

A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013, p. 06).

E a Atenção Primária à Saúde, como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, portanto ponto estratégico para a garantia de acesso e de um cuidado de qualidade, assim

como coordenadora do cuidado, deve ser o primeiro lugar a olhar para as mulheres lésbicas do território pelo qual é responsável e compreender suas vulnerabilidades e as especificidades do seu processo de saúde e adoecimento. Enquanto prestadora de um cuidado continuado ao longo do tempo, inserida no território e tendo uma abordagem familiar e comunitária, pode ser uma importante aliada no processo de se entender e se assumir lésbica, atuar como apoio das relações familiares, auxiliar no processo de construção de redes de apoio, na identificação de lugares seguros e instituições sociais na comunidade ou na rede municipal de saúde e de assistência social e, inclusive, atuar no território no combate à lesbofobia.

## 8 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A SAÚDE DE LÉSBICAS

A medicina de família e comunidade é a especialidade médica que atua na APS com um olhar integral para seus pacientes e seu território, garantindo vínculo com os indivíduos e as famílias e um cuidado longitudinal, devendo ser “competente clinicamente para proporcionar a maior parte da atenção que necessita o indivíduo, considerando sua situação cultural, socioeconômica e psicológica” (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010, p. 01).

A literatura internacional é veemente em dizer que a formação de médicos de família e comunidade, tanto na graduação quanto na pós-graduação, peca ao não abordar temas relativos à sexualidade e à diversidade sexual, e especialmente à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIAN, 2019; BEAGAN; FREDERICKS; BRYSON, 2015). Ao mesmo tempo, como mostra o estudo de Luciane Araújo na APS, os profissionais culpam a falha na sua formação e se desresponsabilizam de se atualizar e adquirir as habilidades e competências necessárias para sua abordagem (ARAUJO *et al.*, 2019).

Associação Americana de Medicina de Família (AAFP), do termo em inglês *American Academy of Family Physicians*, reconhecendo esta lacuna na formação, publicou em 2014 e revisou em 2019 um documento de recomendações para currículos de residência em Medicina de Família com estratégias de treinamento, a partir de atitudes, comportamentos, conhecimentos e habilidades que são essenciais para a atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer* e assexuais (LGBTQA). (AAFP, 2019) Esse documento, entretanto, não aponta qualquer especificidade de mulheres lésbicas dentro do grupo LGBTQA.

Não são poucos também os estudos que mostram que médicos de família têm dificuldade em abordar a orientação sexual das mulheres em suas consultas e em lidar com as demandas das mulheres lésbicas e bissexuais, seja por preconceito ou por despreparo (BAYEN *et al.*, 2020; WESTERSTÅHL; BJÖRKELUND, 2003) Apenas em 2019 a WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) criou seu Grupo de Interesse Especial em Saúde LGBTQ, reconhecendo a necessidade e o interesse de que seus membros associados “tomem uma posição para fornecer às pessoas LGBTQ cuidados de saúde justos, equitativos, dignos e de alta qualidade em cada comunidade onde residem” (WONCA, 2019, online, livre tradução).

Entretanto, a Medicina de Família e Comunidade, enquanto especialidade médica que se propõe a atender “os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar” (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010, p. 01) e “centrado na pessoa, contextualizada em sua família e

comunidade” (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010, p. 01) não pode se esconder atrás de falhas na graduação ou na dificuldade de alguns profissionais para continuar prestando uma atenção inadequada e muitas vezes violenta às mulheres lésbicas e bissexuais.

A Associação Americana de Medicina de Família publicou em 2017 o guideline *Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women* (KNIGHT; JARRETT, 2017), com as evidências disponíveis para indicação de rastreamentos e indicação de cuidado em saúde, reforçando que:

Os médicos de família devem promover a confiança e a comunicação para fornecer um ambiente acolhedor e sem julgamento, que apoie os cuidados de saúde culturalmente competentes e os melhores resultados (KNIGHT; JARRETT, 2017, p. 314, tradução livre).

A Royal Australian College of General Practitioners também publicou, em 2009, um guia para médicos de família com informações sobre mulheres lésbicas e bissexuais (MCNAIR, 2009) ressaltando as especificidades de saúde destas mulheres e afirmando que estas deveriam ser “fácil e efetivamente” acolhidas pelo MFC.

A formação de médicas e médicos de família no Brasil tem como norteador o Currículo Baseado em Competências (CBC) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Este documento, em relação à sexualidade e diversidade sexual aponta, como competência essencial:

Maneja de forma oportuna as demandas relacionadas à sexualidade humana, identidade sexual, homoafetividade, transsexualidade, sexualidade em situações especiais (reabilitado físico, doente mental e deficiente, gravidez e puerpério, soropositivos, doenças clínicas avançadas) e situações de preconceito sexual (homofobia, heterossexismo) (SBMFC, 2015, p. 60).

Outra competência essencial elencada no CBC é “lida com seus pré-conceitos de modo a não influenciar negativamente a abordagem das pessoas sob seu cuidado” (SBMFC, 2015, p. 60). Entretanto, as residências em MFC ainda são tímidas em apresentar o tema a seus alunos.

A primeira atividade tratando especificamente sobre saúde de lésbicas na Medicina de Família e Comunidade foi realizada pela Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro (AMFaC) em junho de 2017, com uma mesa redonda que está registrada nos endereços eletrônicos: <https://www.facebook.com/amfacrj/videos/1415010868584125/> e <https://www.facebook.com/amfacrj/videos/1415104451908100/>. A atividade foi feita por mim e contou com a participação de Virgínia Figueiredo, representando a Liga Brasileira de Lésbicas, um dos movimentos sociais organizados de lésbicas no país.

Em 2016, foi fundado no interior da SBMFC o Grupo de Trabalho Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos (GT Sex) com o objetivo de aprofundar o estudo destes temas e produzir e estimular a produção de eventos e de literatura de temas ligados não apenas à diversidade sexual, mas a questões relacionadas a gênero e a sexualidade de uma forma geral. Participo do grupo desde sua formação e fui uma de suas coordenadoras.

Em 2017, foi realizada pela primeira vez no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC) a oficina nomeada “Homem com homem, mulher com mulher: o que você precisa saber e outras conversas sobre pessoas homossexuais.” por mim e outros 2 colegas mFC. A oficina, prevista para ser realizada para até 50 pessoas, teve uma procura de mais de 300 congressistas e seu formato foi adaptado. Nela, levantamos de forma anônima as perguntas que os participantes tinham sobre saúde LGBTI+ e fomos respondendo de forma participativa com a plateia. A mesma oficina foi repetida no 1º Congresso Carioca de Atenção Primária à Saúde, ainda em 2017, no 1º Congresso Sudeste de MFC, em 2018, e novamente no CBMFC em 2019. As dúvidas levantadas sobre saúde de lésbicas nestas oficinas foram sistematizadas e publicadas no artigo *Main Questions from Brazilian Family Physicians on Lesbians and Bisexual Women's Healthcare* (VIEIRA; BORRET, 2020).

O GT Sex ainda organizou em 2018 e 2019 seminários temáticos nacionais sobre sexualidade e diversidade e em ambos houveram oficinas sobre saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (VIEIRA *et al.*, 2019). Além disso, realizamos diversas atividades com alunos de graduação e residentes de vários programas e, desde o início da pandemia de Covid-19, membros do GT Sex estiveram presentes em muitas palestras e rodas de conversa online sobre o tema.

## 9 O COMPLEXO DA MARÉ

Em agosto (mês da visibilidade lésbica no Brasil) de 2017, a Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro votou o Projeto de Lei que incluiria o Dia da Visibilidade Lésbica no Calendário Oficial da cidade, apresentado pela vereadora Marielle Franco (FRANCO, 2017), e o reprovou. Mas o movimento que integrou diversas organizações de luta de mulheres lésbicas para a elaboração do Projeto de Lei gerou diversos frutos – e ousou dizer que entre eles está este trabalho, pois foi naquele contexto que conheci diversas militantes e o movimento de lésbicas da Maré.

Duas destas militantes foram Dayana Gusmão, assistente social, preta, lésbica e Michele Seixas, também assistente social, negra e lésbica, que publicaram em 2018 um artigo em que contam sobre os dez anos do movimento de lésbicas na Maré, trazendo um pouco de sua riqueza e luta, no qual relatam que ele começa a se organizar em 2008 dentro do movimento LGBT e avança a partir da necessidade de criação de uma rede social de apoio. (GUSMÃO *et al.*, 2018) Segundo as autoras, a pioneira do movimento de lésbicas da Maré foi uma agente comunitária de saúde preta, Jéssica Andrade, que começou promovendo pequenos encontros reservados para falar sobre suas vivências, mas que não podiam ser divulgados publicamente, pois a maioria das mulheres que compareciam não eram publicamente assumidas, já que “as violações contra lésbicas na favela eram bastante cruéis” (GUSMÃO *et al.*, 2018, online).

A dificuldade para identificar as mulheres lésbicas que viviam na Maré se manteve ao longo dos anos, já que as regras impostas pelo tráfico, o avanço do conservadorismo religioso, a inexistência de proteção no território e a negação de direitos imposta à população da favela como um todo fazem com que seja difícil se assumir publicamente. Ainda assim, o movimento de lésbicas da Maré foi ocupando espaços e se aproximando de grupos que lutavam por direitos de mulheres, de redes e grupos nacionais de lésbicas, além de instituições públicas, como o Rio Sem Homofobia e a Fiocruz.

É pelo contato com a Coletiva Resistência Lésbica da Maré e com mulheres lésbicas que fazem parte deste movimento e que têm relações com outras mulheres lésbicas do território, inclusive as que não são militantes, que escolhi fazer essa investigação no Complexo da Maré. Entendo que a Maré não representa a realidade de todas as favelas do Rio de Janeiro, assim como não é possível compreender a Maré como um território único e homogêneo, mas acredito que é justamente esta heterogeneidade, esta realidade diversa que pode me permitir ouvir diferentes histórias, tentar compreender as formas pelas quais a lesbianidade pode influenciar

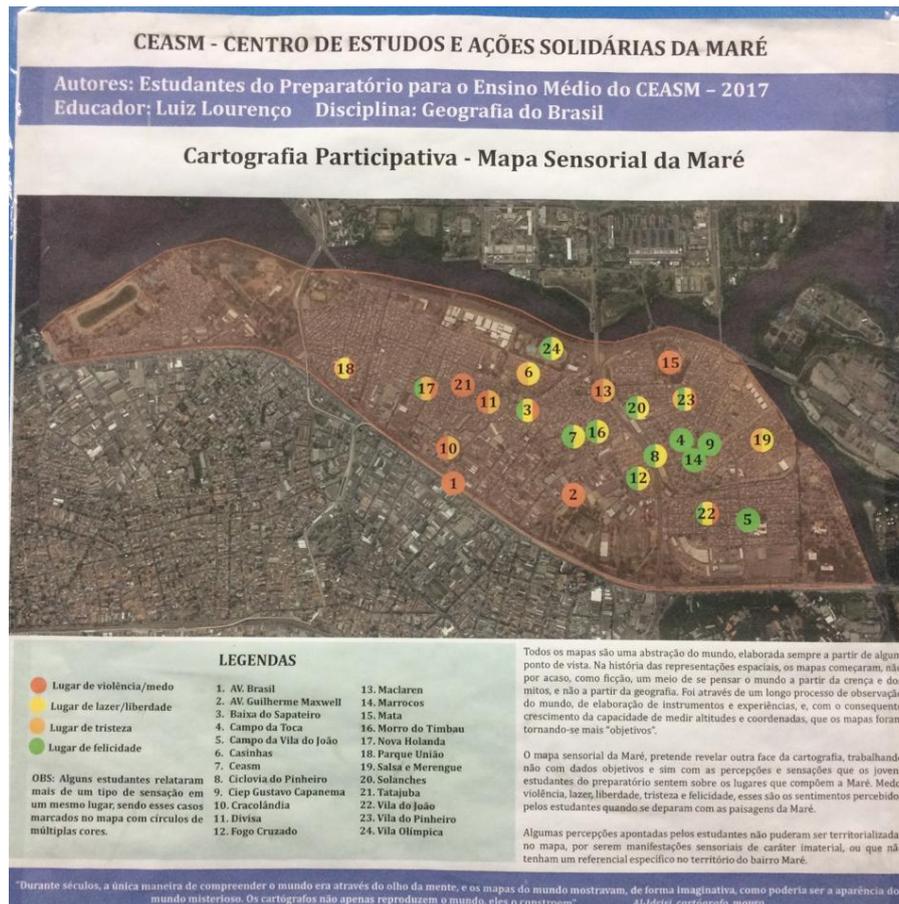
a saúde das mulheres neste território e refletir sobre uma prática da medicina de família e comunidade em uma realidade diferente da que nos contam os livros e artigos já existentes.

A primeira vez que entrei na Maré estava completando um mês da morte de Marielle, brutalmente assassinada pelo Estado brasileiro, e fui com minha esposa e um casal de amigas ao sarau em sua homenagem, no Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM). Entre as várias coisas que me impressionaram naquele dia, destaco 3: os vários talentos que se apresentaram ali, com poesia, música, moda, fotografia, performances, pintura; a organização de um espaço tão grande e com tantas atividades – pré-vestibular, curso de informática, preparatório para Ensino Médio, produção de um jornal – e organizado e gerido por pessoas da Maré, e não Organizações Não Governamentais (ONG) de fora ou pessoas que viriam de fora dizer do que aquelas pessoas precisavam.

A terceira e principal foi um mapa, cuja foto nunca mais saiu do meu celular, o “Mapa Sensorial da Maré” (Figura 3). Esse mapa me tocou porque, ao mesmo tempo que me lembrou nossas atividades de territorialização da APS (que desde meus tempos de UBS Conceição em Diadema eu adoro), a legenda me mostrou um olhar muito mais sensível para o território, que talvez devêssemos aprender. Esta territorialização, trabalho do professor Luiz Lourenço com estudantes do curso preparatório para o Ensino Médio, conforme apresentado no próprio trabalho:

[...] pretende revelar outra face da cartografia, trabalhando não com dados objetivos e sim com as percepções e sensações que os jovens estudantes do preparatório sentem sobre os lugares que compõem a Maré. Medo, violência, lazer, liberdade, tristeza e felicidade, esses são os sentimentos percebidos pelos estudantes quando se deparam com as paisagens da Maré (Figura 3, 2018).

Figura 3 - Mapa Sensorial exposto no CEASM



Fonte: Fotografia tirada pela autora do Mapa Sensorial exposto no CEASM (2018).

Olhar para o mapa do Complexo da Maré e ler sentimentos – violência/medo, lazer/liberdade, tristeza e felicidade – me fez pensar em como o que nós, na saúde, marcamos no mapa pode não dizer nada sobre a vida daquelas pessoas e ter ideia, pela primeira vez, da diversidade e da pluralidade daquele lugar.

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que conhecemos como favela é chamado de aglomerado subnormal:

[...] um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas etc.) carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa (IBGE, 2011, p. 19).

E no município do Rio de Janeiro 1.443.773 pessoas vivem em 1.018 favelas, representando 22,8% dos habitantes da cidade (ou seja, nesta cidade, 1 em cada 5 pessoas moram em favelas) (IBGE, 2011).

Mas os moradores de favelas sabem que esta definição não fala quase nada sobre sua realidade. Reconhecendo que a representação das favelas determina políticas públicas e hoje está calcada em preconceitos, baseados em estereótipos negativos, que não permitem compreender a realidade social, econômica, política e cultural daquele espaço, o Observatório de Favelas, entidade formada por moradores de favelas, também sediada no Complexo da Maré, chama a atenção para o fato de que essa imagem sobre o que é uma favela é marcada por muita estigmatização e por ideias de carência, de ausência – de serviços públicos essenciais e legalização dos imóveis, como coloca o IBGE, de arruamento regular, de segurança, de direitos (SILVA *et al.*, 2009).

O Observatório nos lembra ainda que o que o Estado e o mercado definem como o ideal de ocupação das cidades é um modelo baseado em teorias urbanísticas e pressupostos culturais determinados por classes e grupos sociais hegemônicos e as favelas, por características morfológicas e composição social, foram jogadas para a ilegalidade e a desconformidade. Considerando todos estes aspectos, propõe o conceito de favela que prefiro usar neste trabalho:

A favela é um território constituinte da cidade caracterizada, em parte ou em sua totalidade, pelas seguintes referências:

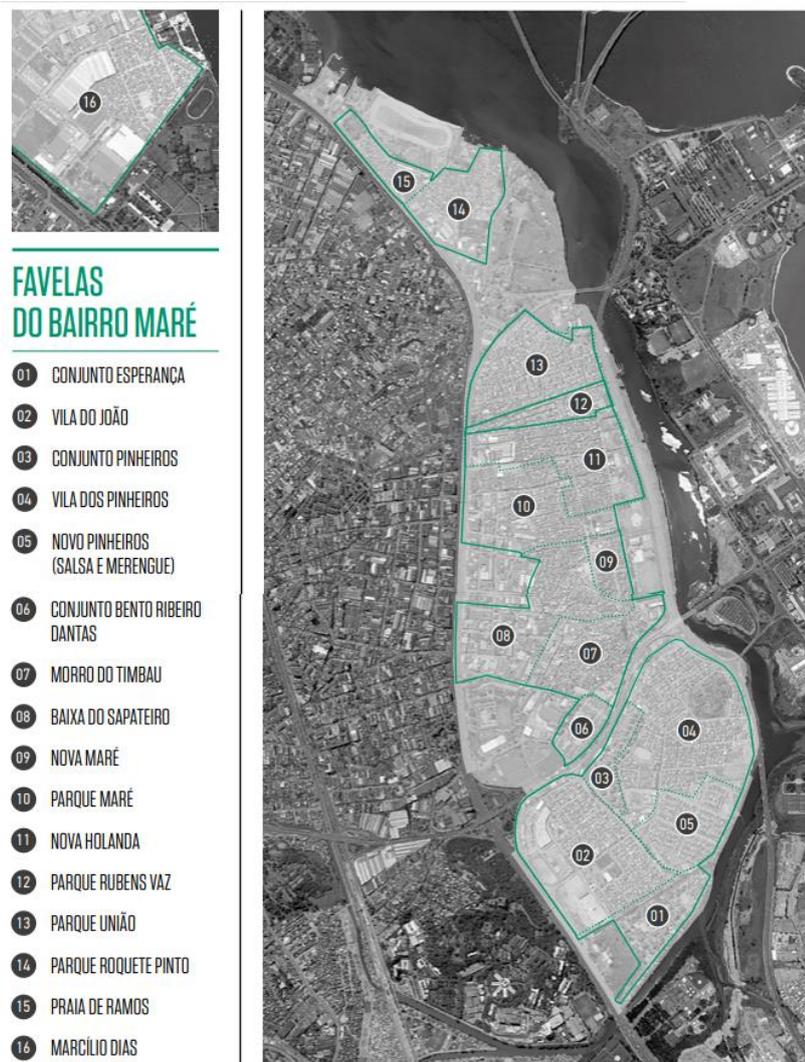
- Insuficiência histórica de investimentos do Estado e do mercado formal, principalmente o imobiliário, financeiro e de serviços;
- Forte estigmatização socioespacial, especialmente inferida por moradores de outras áreas da cidade;
- Níveis elevados de subemprego e informalidade nas relações de trabalho;
- Edificações predominantemente caracterizadas pela autoconstrução, que não se orientam pelos parâmetros definidos pelo Estado;
- Apropriação social do território com uso predominante para fins de moradia;
- Indicadores educacionais, econômicos e ambientais abaixo da média do conjunto da cidade;
- Ocupação de sítios urbanos marcados por um alto grau de vulnerabilidade ambiental;
- Grau de soberania por parte do Estado inferior à média do conjunto da cidade;
- Alta densidade de habitações no território;
- Taxa de densidade demográfica acima da média do conjunto da cidade;
- Relações de vizinhança marcadas por intensa sociabilidade, com forte valorização dos espaços comuns como lugar de encontro;
- Alta concentração de negros (pardos e pretos) e descendentes de indígenas, de acordo com a região brasileira;
- Grau de vitimização das pessoas, sobretudo a letal, acima da média da cidade (SILVA *et al.*, 2009, p. 22-23).

Afinal, o discurso que afirma que as favelas são “territórios violentos”, como se aquele ambiente fosse produtor de pessoas violentas e que este seja o destino inevitável das pessoas que ali vivem, é utilizado pelo Estado para justificar a marginalização destes locais, a não garantia dos direitos básicos de seus moradores e sua intervenção violenta, supostamente como

uma resposta à violência que seria própria ao ambiente e às pessoas. Com isso, desde a truculência com que policiais e agentes das forças armadas tratam seus moradores até as chacinas realizadas nas operações policiais, a falta de segurança alimentar, de boas escolas e de áreas de lazer são aceitas socialmente e tanto o Estado quanto o mercado podem continuar desumanizando e explorando as pessoas faveladas.

A Maré leva ao extremo o conceito de que territórios são vivos. Morro do Timbau, Baixa do Sapateiro, Marcílio Dias, Parque Maré, Parque Rubens Vaz, Parque Roquete Pinto, Parque União, Nova Holanda, Praia de Ramos, Conjunto Esperança, Vila do João, Vila dos Pinheiros, Conjunto Pinheiros, Conjunto Bento Ribeiro Dantas, Nova Maré e Novo Pinheiros (conhecido como Salsa e Merengue) compõem o território quase totalmente plano, formado majoritariamente por ocupações espontâneas, mas também por intervenções públicas com desapropriações, aterramento e obras de urbanização.

Figura 4 - Mapa do Complexo da Maré



Fonte: Redes da Maré (2019).

Hoje tenho a impressão de que na Maré tem de tudo, de que é possível não sair dali para nada e ter ao seu alcance qualquer coisa que imaginar. Se nas definições oficiais na favela tudo é falta, é ausência, andando por ali o que se vê é muita vida, movimento, sons, cores, cheiros, que mudam o tempo todo. As pessoas ocupam as ruas e se apropriam dela não só para se locomover, mas para lazer, trabalho, comunicação. Maior conjunto de favelas do Rio de Janeiro, formado por 16 favelas em uma área que começou a ser ocupada na década de 1930, o Complexo da Maré hoje tem cerca de 140 mil moradores (REDES DA MARÉ, 2019). Dominada pelo tráfico de drogas, dividida e disputada por 3 diferentes facções, é constantemente alvo da necropolítica do Estado brasileiro que autoriza forças militares a

invadirem o território de forma truculenta, atirando a esmo, deixando claro que, para quem define as políticas nesse país, aquelas vidas não importam.

Vidas, em sua maioria, negras. Segundo o Censo da Maré, 62,1% das pessoas que vivem no Complexo são negras (52,9% pardas e 9,2% pretas), 36,6% brancas, 0,6% indígenas e 0,5% amarelas. Sua população é majoritariamente jovem e mais um dado denuncia o genocídio da juventude negra que habita aquele território: a partir da faixa etária dos 19 anos, quando começam a incidir as causas externas de morte que atingem mais os homens, a população, antes equilibrada entre homens e mulheres, passa a ser majoritariamente feminina (REDES DA MARÉ, 2019).

No seu artigo sobre o movimento de lésbicas na Maré, Dayana Gusmão e Michele Seixas chamam atenção também para a importância das pessoas vindas do Norte e Nordeste no processo de construção dos primeiros barracos da favela e de uma rede mínima de esgoto e captação de água, pelos seus conhecimentos na área da construção civil (GUSMÃO *et al.*, 2018). O Censo também reforça a origem nordestina da população: atualmente, apesar de os nordestinos representarem pouco mais de 9% da população metropolitana fluminense, na Maré eles correspondem a 25,8% dos moradores (REDES DA MARÉ, 2019).

Assim como o artigo sobre a história do movimento de lésbicas na Maré chama a atenção para o crescimento do conservadorismo religioso, o Censo da Maré aponta que 47,2% dos moradores do complexo se declaram católicos e 21,2% evangélicos e afirma que há uma “imensa pressão contra o espiritismo e as religiões afro-brasileiras promovida nas últimas décadas, principalmente por algumas denominações do campo pentecostal e neopentecostal” (REDES DA MARÉ, 2019, online). Outra publicação, a cartilha Juventudes LGBT de favelas: prevenção e enfrentamento da violência contra a juventude LGBT de favelas, elaborada pelo Grupo Conexão G de Cidadania LGBT de Favelas, falando sobre a violência neste território, afirma que:

Nos últimos 10 anos, percebeu-se um fortalecimento substancial do número de igrejas nos territórios de favelas. Isso acontece em parte pelo trabalho assistencial que algumas igrejas fazem no território e em parte pela assinatura, pelo aval, do Estado para fortalecer tal relação. Esse acirramento tornou-se mais evidente à época da gestão Anthony Garotinho (1998 - 2002) no governo do estado do Rio de Janeiro, na qual a distribuição de "cheques-cidadão" era administrada por igrejas evangélicas destes territórios. Cada igreja exigia que para retirar o benefício o cidadão assistisse a um número determinado de cultos. Essa estratégia acabou por fortalecer as igrejas nesses territórios e acirrou a perseguição a todas as pessoas que vivem e agem de modo diferente do previsto na Bíblia dos protestantes (CUNHA *et al.*, [s.d.], p. 20).

Entretanto, em momento algum o Censo da Maré traz dados relacionados à orientação sexual dos moradores do Complexo. Também identificando esta lacuna, a Coletiva Resistência Lésbica da Maré, em conjunto com um grupo da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), iniciou um mapeamento das mulheres lésbicas e bissexuais do território e suas redes sociais, afetivas e políticas, para que os dados possam embasar a exigência de políticas públicas e para aumentar essa rede de relações e garantias de direitos. A pesquisa foi suspensa pela pandemia de Covid-19, mas em 2020 Beatriz Adura Martins, mulher branca, lésbica, psicóloga e professora da UFF e Dayana Gusmão publicaram seus resultados parciais, tendo identificado 59 mulheres lésbicas e bissexuais em 9 das 16 favelas do Complexo da Maré (MARTINS; GUSMÃO, 2020).

Da mesma forma que a maioria dos estudos sobre lésbicas, o mapeamento alcançou principalmente mulheres lésbicas e bissexuais jovens – 84,7% das entrevistadas têm entre 15 e 29 anos e nenhuma mulher tem mais de 60 anos. Entretanto, ao passo que outros estudos são realizados, em sua maioria, com mulheres brancas de classe média, em relação à raça/cor, no Mapeamento sócio-cultural-afetivo no Complexo da Maré, 67,8% das mulheres lésbicas e bissexuais são negras e apenas 28,8% se autodeclaram brancas e no tocante à situação financeira, 20,3% se encontram desempregadas e 52,5% dependem financeiramente de alguém (MARTINS; GUSMÃO, 2020).

Outro dado interessante, agora comparando com o Censo Populacional da Maré, enquanto lá 61,5% das mulheres moradoras da Maré maiores de 10 anos já havia se tornado mãe (REDES DA MARÉ, 2019), 88,1% das mulheres lésbicas e bissexuais entrevistadas no Mapeamento não têm filhos. Essa diferença também é muito grande em relação à filiação religiosa: 69,5% não são filiadas a nenhuma religião e 20,3% são filiadas a religiões de matriz africana, provavelmente refletindo a forma como as religiões cristãs costumam lidar com a diversidade sexual e o papel da mulher na sociedade.

Mais duas análises do Mapeamento são importantes para este trabalho. O primeiro se refere ao acesso aos serviços de saúde e reforçam a importância de, na Atenção Primária à Saúde, olharmos para o processo de saúde e adoecimento de mulheres lésbicas em favelas e periferias: das 59 entrevistadas, 48 dizem conseguir acesso ao SUS e, destas, 47 acessam sua Clínica da Família de referência. A outra traz dados relacionados ao preconceito enfrentado por estas mulheres: 51,2% não se sentem confortáveis com a família pela orientação sexual; 69,5% se sentem seguras para namorar mulheres apenas em alguns locais do Complexo da Maré e 10,1% não se sentem seguras em nenhum lugar na favela; 79,6% já sofreram preconceito

(dentro e/ou fora da Maré), 74,6% sofreram violência psicológica e 22% afirmam que já foram agredidas fisicamente (REDES DA MARÉ, 2019).

Espero trazer para esse trabalho um pouco dessa relação com o território, de sentimentos de mulheres que vivem ali, traduzidos por elas mesmas, da percepção da heterogeneidade do Complexo da Maré e da heterogeneidade das mulheres lésbicas que vivem na Maré e seus olhares para sua lesbianidade e para como ser uma mulher lésbica vivendo neste território influenciou seu processo de saúde e adoecimento ao longo da vida.

## 10 METODOLOGIA

Não faria sentido escolher para este trabalho uma metodologia que se propusesse neutra ou apenas racional, na qual meu envolvimento com o tema e com a pessoa que dele participou não estivesse evidente e fizesse parte de todas as suas etapas. Enquanto pesquisa qualitativa, importam aqui as vivências da mulher lésbica entrevistada (e as minhas) e a percepção que temos destas experiências.

Sendo este um estudo das relações entre lesbofobia e processo saúde-adoecimento, se fez necessário escolher uma entrevistada entre as que efetivamente pudessem contribuir para o ampliamiento do pensamento sobre o tema. A pergunta: “quem entrevistar?” tornou-se, assim, central. O entendimento do significado da experiência de lesbofobia e sua relação com o processo saúde-adoecimento fez com que a História Oral (ALBERTI, 2005) fosse escolhida como método nesta pesquisa. A História Oral prioriza entrevistar quem viveu situações, quem pode fornecer depoimentos significativos, numa espécie de método para registrar a relação ou o papel estratégico da pessoa entrevistada com o tema da pesquisa.

Assim, a posição e a disponibilidade da entrevistada escolhida foram fundamentais para a definição sobre o método. Ser uma mulher lésbica que nasceu e vive no Complexo da Maré era, obviamente, pré-requisito. Mas foi importante também trocar com alguém que fosse capaz de refletir sobre a sua própria vivência e, sabendo que não é possível universalizar sua experiência, conhecesse outras histórias – não só outras mulheres – de lesbianidade e lesbofobia na Maré. Achei interessante também que a sapatão escolhida tivesse uma atuação política, tanto para que a reflexão oriunda desta militância estivesse presente nesse estudo quanto por acreditar que a politização traz um olhar diferenciado e mais qualificado para os processos vividos pela lesbofobia e para o próprio território da Maré.

Na História Oral, a importância da disponibilidade e da circunstância de vida e envolvimento com o tema da pessoa entrevistada tem grande relevância, sendo mesmo determinante para o rumo do estudo. A predisposição para falar sobre o passado e o presente, o grau de envolvimento com o tema, o estilo de fala da entrevistada é que determinam se aquele depoimento traz contribuições para o conjunto da pesquisa; fazendo com que a escolha da entrevistada, por mais criteriosa e cuidadosa que seja, “só é plenamente fundamentada no momento de realização das entrevistas, quando se verifica, em última instância, a propriedade ou não da seleção feita” (ALBERTI, 2005). Na História Oral os critérios do pesquisador antes de iniciada a entrevista podem ser completamente frustrados ou completamente surpreendidos; o inesperado passa a fazer parte integrante da coleta de dados. Por isso, uma das decisões mais

importantes é escolher pessoas dispostas a falar sobre si com intensidade, onde não seja um problema revelar sua posição e experiência, onde um diálogo franco e aberto para prestar um depoimento aprofundado e absolutamente singular possa acontecer. Se a pessoa pesquisada tem uma percepção aguda sobre sua experiência e tem também uma visão de conjunto sobre o tema, possivelmente fará uma entrevista satisfatória.

Assim, convidei para construir comigo este trabalho Dayana Gusmão, mulher negra, cria da Maré, assistente social, que no período desta pesquisa é mestranda do Programa de Pós Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), assessora da Fiocruz para questões de gênero e raça e coordenadora geral da Casa Resistências Espaço de Cultura Mareense, espaço de produção de cultura e saúde e acolhimento de lésbicas de favelas em situação de violência. Dayana foi fundadora da Coletiva Resistência Lésbica da Maré e já foi coordenadora política da Articulação Brasileira de Lésbicas, além de ter trabalhado na ONG Conexão G e na Redes da Maré.

Começou a descobrir sua sexualidade ainda na adolescência, no final dos anos 90, início dos anos 2000. De família evangélica, passou por vários processos de violência, levou anos para aceitar e assumir sua lesbianidade, mas hoje, aos 36 anos, além de uma liderança reconhecida em todo o país no movimento sapatão, vive plenamente sua sexualidade, tem um relacionamento saudável que é fonte de cuidado e inspiração e consegue falar sobre tudo que passou. Filha de Iansã, “uma força guerreira, perigosa, insubordinada” (WERNECK, 2010), essa mulher brilhante é também uma força da natureza, capaz de, como ventania, mudar o mundo por onde passa. Mas também sabe ser leve, ser brisa, sem deixar de ser inspiração e força.

A pergunta sobre quantas pessoas entrevistar persegue qualquer pesquisador, mas na História Oral ela depende diretamente dos objetivos da pesquisa, podendo ser, portanto, restrita a apenas uma única pessoa, especialmente se seu depoimento for suficientemente significativo e possibilitar construir uma interpretação bem fundamentada. Outro aspecto importante é o estilo de entrevista a ser adotado pela pesquisadora. Neste estudo a escolha foi por realizar uma entrevista de história de vida e não uma entrevista temática, principalmente pelo fato de que a narrativa da trajetória de vida, apesar de demandar mais tempo para ser realizada, possibilita uma abordagem relevante e aprofundada, critério fundamental para os resultados esperados. Através da história de vida podemos conhecer melhor a experiência pessoal, o discurso, as referências. Por isto, foi importante incluir parte do período inicial de vida da entrevistada, o que ofertou contexto para a construção dos sentidos que a levaram a participar da pesquisa, uma vez que não foi realizado um estudo prévio sobre sua trajetória de vida.

Minha relação com Dayana é anterior a este projeto de pesquisa, se iniciou nas atividades sobre saúde do movimento social de lésbicas e já dura alguns anos. Por isso, ao decidir que estudaria saúde de mulheres lésbicas a consultei se seria possível realizar a pesquisa na Maré e, em seguida, a convidei para participar da qualificação do projeto junto com a banca. Após a aprovação do CEP, marcamos de realizar a entrevista na Casa Resistências Espaço de Cultura Mareense, uma casa na Vila do Pinheiro, uma das favelas do Complexo da Maré, que é sede da Coletiva Resistência Lésbica da Maré, local de acolhimento para lésbicas faveladas vítimas de lesbofobia e aglutinador da cultura sapatão.

A entrevista em profundidade foi realizada com assinatura prévia do Consentimento Livre e Esclarecido, em um único dia, com duração de aproximadamente 4 horas, sem roteiro pré determinado, iniciando com uma nova apresentação da pesquisa, seus objetivos e como ela havia sido construída até ali. Iniciei com um pedido: “me conta a sua história”, e a partir daí as perguntas foram surgindo conforme a história se desenvolveu. A conversa foi gravada por celular e posteriormente transcrita para facilitar a análise dos dados.

## 10.1 ANÁLISE DE DADOS

Em uma pesquisa que utiliza História Oral, o quesito análise de dados constitui a própria transcrição e organização da entrevista e por isso é importante que se construa uma espécie de sumário da entrevista, localizando os assuntos abordados. Aqui essa espécie de sumário da entrevista consta como parte integrante dos itens que compõem o seguinte capítulo: Resultados e Discussão.

## 10.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa está cadastrada na Plataforma Brasil sob o número de Protocolo/CAAE 53114321.7.0000.5240 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 28/01/2022. Esta pesquisa obedeceu às orientações sobre ética em pesquisa da Resolução nº 510/2011 e nº 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

### 10.3 RISCOS E BENEFÍCIOS PARA A PARTICIPANTE DA PESQUISA

Os riscos ligados à participação da entrevistada na pesquisa envolviam o possível constrangimento durante a gravação ou desconforto ao responder algumas questões que solicitam informações pessoais durante a entrevista. Porém, a mesma foi informada de que a qualquer momento poderia desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, ou apenas se negar a responder algumas das perguntas. Como o tema pode invocar sofrimento mental prévio e presente, também existia o risco de alguns problemas de saúde serem identificados.

### 10.4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A participante da pesquisa foi orientada sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, objetivos e métodos, bem como sobre potenciais riscos e benefícios. A participante foi orientada durante uma breve reunião prévia, sendo apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO) em duas vias para caso desejasse, voluntariamente, participar da pesquisa. Nesse termo consta os contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa, caso a participante necessite responder quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, a qualquer momento.

### 10.5 CUSTOS RELACIONADOS À PESQUISA

Esta pesquisa não contou com financiamento de fontes públicas ou privadas para seus custos operacionais. Os custos associados a materiais impressos, equipamento multimídia e áudio, transporte e alimentação da pesquisadora foram arcados pela própria.

## 11 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 11.1 ANCESTRALIDADE

Dayana começa a contar sua história não a partir de si mesma, mas de sua ancestralidade, das mulheres que vieram antes dela. Sem contato com a mãe biológica, sua maior referência é a avó paterna, uma mulher de origem indígena, nordestina (assim como pouco mais de um quarto dos mareenses), trabalhadora doméstica, protestante. Saída de Alagoas com uma família que a trouxe para trabalhar como babá, ela começa a construir a própria vida na Maré em 1939, logo no início da construção da comunidade. Aos 102 anos, ainda é uma forte influência em sua vida. O pai, militar da marinha, é apresentado como uma figura protetora, porém, pelas constantes viagens a trabalho, distante, que por muitos anos não consegue defendê-la dos abusos que sofreu. Aos 8 anos, seu pai se casa e é esta mulher que Dayana vai identificar como mãe.

Dayana se apresenta reverenciando sua ancestralidade, num movimento de se demarcar como corpo individual e subjetivo, mas também como corpo coletivo, fruto de estratégias de sobrevivência e de uma teimosia em viver frente a todas adversidades impostas a corpos racializados como inferiores. Dayana é fruto da diáspora africana e da resistência indígena que, como as águas dos rios, acham caminhos teimosos na incessante busca pelo mar.

Dayana sabe que a luta por sua individualidade é a luta pelo direito de ser sujeito, pelo direito de ser reconhecida como humana, numa sociedade que hierarquiza e desumaniza sujeitos em função da ficção racial. Sua vida é a vitória da teimosia de suas ancestrais, da luta árdua e cotidiana traçada por elas. É por isso que, por vezes, ao longo da entrevista, Dayana fala sobre si, ora na primeira pessoa do singular e ora na primeira pessoa do plural. Não por acreditar que sua vivência possa ser homogeneizada para a experiência de todas as mulheres lésbicas faveladas e racializadas como subalternas, mas por se compreender como parte de um continuum que representa a liberdade/emancipação que se busca alcançar por meio do bem viver, como bem descreve o movimento brasileiro de mulheres negras (PRESTES, 2018), por meio de uma sociedade efetivamente democrática, justa e capaz de romper em definitivo com o racismo cisheteropatriarcal capitalista.

Há uma armadilha da branquitude em ler Dayana como referência homogeneizante para todas as mulheres lésbicas faveladas, uma armadilha de silenciamento, de negação das subjetividades diversas e da negação da lente interseccional sobre cada uma dessas vivências marginais. O “nós” de Dayana é um contraponto a essa armadilha, à medida que se reconhece

como corpo coletivo, mas que busca a possibilidade de sua individualidade, de sua subjetividade enquanto uma mulher negra favelada da Maré, em meio a tantas que se diferenciam e se aproximam em suas diversas vivências marginais.

## 11.2 A MARÉ DE DAYANA

Costumo dizer que a Maré é um país, digo em tom de brincadeira, mas cada vez mais tenho feito esta afirmação de modo político. Existem no território comunidades angolanas, senegalesas, chinesas e gente de todo o país que encontrou nos movimentos das marés, formas de viver e modos de habitar (GUSMÃO, 2020, online).

Em consonância com o Observatório de Favelas, Dayana não reduz a Maré a um território de ausências. Além disso, se recusa a homogeneizar o complexo de favelas como um território único, que deva ser pensado da mesma maneira, mas reconhece e valoriza a construção sócio-histórica-racial de cada favela que o compõe. É possível afirmar que, para Dayana, apenas com conhecimento sobre a dinâmica das regiões é possível pensar e produzir políticas públicas efetivas, em consonância com as necessidades locais, tal como nos afirma o Observatório no artigo "O que é favela, afinal?":

[...] elas devem ser reconhecidas em sua especificidade sócio-territorial e servirem de referência para a elaboração de políticas públicas apropriadas a estes territórios. [...] é da concretude da sua morfologia que se estabelecem as referências possíveis do que é compreendido como uma morada digna, dotada das condições necessárias para o bem-estar e o bem-viver (SILVA, *et. al.*, 2009, p. 22).

Apresentando-se como *“cria da Divisa”*, se referindo ao território entre as favelas Nova Holanda e Baixa do Sapateiro, região que historicamente vive conflitos intensos entre facções rivais e entre o Estado e o tráfico, Dayana fala do quanto nessa região os moradores ouvem tiros todos os dias, dos imóveis marcados por esses tiros e do quanto, nesta vivência, *“você cresce com a cabeça fodida”*, relatando que *“deu um estalinho perto de mim eu já estou me tremendo”*.

Aos 12 anos, teve o que chama de *“primeiro contato com o desespero do território”*. Voltando da escola com uma amiga, já estava quase chegando em casa quando os tiros começaram: *“A cena é meio turva para mim, mas o que eu me lembro da cena é de muito barulho e muita gritaria. Depois que eu fui entender o que tinha acontecido, uma amiga tomou um tiro no ombro, ela caiu do meu lado, e eu fiquei paralisada em pé olhando, sem saber o que fazer e aí uma vizinha abriu a porta e me puxa e então, pega a menina no colo”*.

Mais uma vez o território se apresenta como local de violações mas também de potência e coletividade: é uma vizinha quem sai de casa em meio ao tiroteio e a tira da rua, pega sua

amiga no colo e a leva para ser socorrida. E este momento Dayana identifica como o início de alguma forma de militância, pois, ainda criança, começa a se perguntar “*por que a polícia podia fazer isso, se não faziam no bairro onde eu estudava, por que faziam isso no bairro onde eu moro?*”.

Lélia Gonzalez, intelectual negra brasileira, escreve sobre a divisão racial presente nas cidades brasileiras, afirmando que favelas e periferias são espaços racializados como negros. Nesses espaços, o Estado se apresenta não com a função de proteger e garantir direitos para quem ali habita, mas sim de produzir medo e contenção social (GONZALEZ, 1984). Favelas e periferias são o lócus principal da política Estatal de genocídio da juventude negra. É falacioso pensar que o Estado está ausente nas favelas da Maré. Pelo contrário, este se faz presente quando o caveirão circula pela comunidade dizendo que veio “roubar a alma dos moradores”, se faz presente quando autoriza as forças de segurança pública a adentrar os territórios com helicópteros e caveirões atirando a esmo, reforçando a ideia de que todo morador de favela ou periferia é bandido em potencial e portanto pode ter seu corpo e mente violados por balas que nunca são perdidas.

Tal como nos relata Dayana, a presença violenta das forças de segurança pública nos territórios de favelas e periferias produz impactos imensuráveis nos processos de saúde e adoecimento das populações afetadas. A sensação de menos valia, o medo constante, o estresse pós-traumático que se atualiza cotidianamente, a constante tarefa de lidar com a morte, a impossibilidade de viver o luto apropriadamente são apenas alguns exemplos de como a banalização da violência impacta a vida de moradores de favelas.

Após este episódio, a família se muda, inicialmente para a Baixa do Sapateiro e finalmente para o Timbau que, segundo ela, é considerada “*a Zona Sul da favela*”. Alguns anos depois, no final dos anos 90, início dos anos 2000, a violência policial recrudescceu, a Polícia Militar do Rio de Janeiro começou a fazer operações com os tanques blindados conhecidos como “caveirão”. Em sua tese de doutorado, a também cria da Maré Marielle Franco, socióloga, negra, lésbica, assassinada pelo Estado brasileiro no ano de 2019, questiona as Unidades de Polícia Pacificadora como projeto político de inclusão social de áreas de favela e periferias. Para a autora, o nome do projeto parte do pressuposto que as favelas precisam ser pacificadas, como se fossem áreas de produção de marginalidade e violência, o que denota uma visão estereotipada sobre essas regiões. Marielle (FRANCO, 2014) sugere que tal política de “inclusão” deveria receber o nome de Unidade de Políticas Públicas, com o objetivo de garantir cidadania e direitos constitucionais para moradores de favela e periferia. A instabilidade do território faz com que a família se mude para Belém, no Pará, onde viveram por quase 3 anos.

### 11.3 PROTESTANTISMO

A igreja evangélica faz parte da vida da família de Dayana há muitas gerações – como ela conta, seu avô fundou uma delas. Parte de sua socialização desde a infância, participa de diversos grupos da igreja e no início da adolescência já é reconhecida como uma liderança dentro desta comunidade. Mas também é neste ambiente que recebe o rótulo de “*indomável*”, “*Eu era sempre a que não prestava, porque eu encobria todo mundo, não comia ninguém, e era sempre a culpada, era sempre a má influência: “não anda com a Dayana”*”.

O protestantismo nasce na Alemanha no século XVI como uma religião cristã, dissidência do catolicismo. Suas igrejas são conhecidas como evangélicas por se basearem nos quatro evangelhos do Novo Testamento bíblico e dizem que a Bíblia é sua única regra de fé e prática (AGUIAR *et al.*, 2021). Com o colonialismo e a expansão capitalista que dizimou e dominou outras culturas, o cristianismo é imposto às sociedades colonizadas e, apesar de ainda haver uma dominância do catolicismo na América Latina, as igrejas protestantes vêm, desde o século XIX, ganhando cada vez mais força no Brasil, especialmente em favelas e periferias de zonas urbanas. Atualmente, as igrejas evangélicas são um dos principais espaços de socialização nestas áreas pois, além de se mobilizarem para suprir uma série de demandas das quais o Estado se desresponsabiliza - de assistência social, mas também de saúde, educação e saneamento – se apresentam como um espaço seguro contra a degeneração moral que, apregoam, é a responsável por todos os males da nossa sociedade (SENHORAS, 2016).

Entretanto, se por um lado a igreja é capaz de proteger de algumas violências, ela produz muitas outras. A Pastora Ivana Warwick, mulher transgênera, brasileira, branca, relata:

Embora fundamentadas no Novo Testamento, a interpretação literal do Antigo Testamento é utilizada pela maioria das igrejas evangélicas para condenar as orientações sexuais e as identidades de gênero fora da norma heterossexual/cisgênero... muitas igrejas fundamentalistas, geralmente pentecostais e neopentecostais, possuem lideranças que pregam um discurso de ódio contra pessoas LGBTQIA+ por meio de cultos de cura da homossexualidade, exorcismo do demônio e apoio a movimentos políticos conservadores (AGUIAR *et al.*, 2021).

Dayana reconhece que a religião protestante é responsável por muita repressão, por uma relação ruim com os corpos femininos e por muitos tabus. Mas conta que também foi nesta socialização no ambiente da igreja que percebeu que “*alguma coisa muito esquisita*” estava acontecendo quando entendeu uma atração sexual diferente da de suas amigas - não queria ficar com os meninos como elas. A primeira menina por quem sentiu interesse também era da igreja

e foi de lá que veio a reação a esse relacionamento: Dayana passou a sofrer um processo que chama de exorcismo, um ritual que une jejum, oração e leitura da Bíblia a violência física e psicológica por aproximadamente 3 dias a cada episódio.

E assim como para a maior parte das mulheres lésbicas, o primeiro perpetrador da violência é a família de origem. Mãe e avó eram quem impunham as sessões de exorcismo, sempre na ausência do pai, que viajava muito a trabalho. Quando ele estava em casa, eram constantes as ameaças sobre o que aconteceria quando ele novamente viajasse. Iniciadas aos 15 anos, Dayana relata 18 sessões de exorcismo até ser expulsa da igreja. Apesar de já estar há muitos anos fora deste ambiente, ela ainda afirma que *“quando eu digo que o exorcismo religioso dá certo, ele dá certo, ele te traumatiza”*, lembrando dos primeiros anos que viveu distante da igreja.

Infelizmente, o Mapeamento Sócio-Cultural-Afetivo das Lésbicas e Mulheres Bissexuais do Complexo da Maré nos mostra que a tentativa de conversão da sexualidade que Dayana sofreu não é um acontecimento isolado ou tão raro quanto gostaríamos: das 59 mulheres entrevistadas na pesquisa, onze delas relataram terem sido submetidas a alguma forma de tratamento de conversão, das quais dez tinham um cunho religioso, seja da própria religião ou da família (MARTINS; GUSMÃO, 2021).

A mágoa que ela traz vem também de um sentimento de não ter sido protegida por ninguém. Ao contrário, a comunidade religiosa, que prega a compaixão e o amor, apoiou por cerca de 3 anos a tortura física e psicológica de uma adolescente e mais de uma vez ela repete *“Eu não tenho ranço (da igreja) à toa”*.

## 11.4 VIVÊNCIA LÉSBICA

O exercício da lesbianidade dentro da Maré não é de simples compreensão porque aglutina tantas incidências que demanda um olhar atento para não cair no fatalismo de que é impossível ser uma lésbica feliz vivendo na Maré e ao mesmo tempo não criar um lugar de romantização das situações vividas pelas mulheres não heterossexuais da Maré (GUSMÃO, 2020, online).

### 11.4.1 Entendendo-se e assumindo-se lésbica

Dayana conta que por volta dos 15 anos percebeu que tinha *“alguma coisa muito esquisita”* em relação a sua sexualidade, que não tinha vontade de ficar com meninos como suas amigas, mas diz que *“não sabia que aquilo era ser sapatão”*. Não tinha qualquer referência sobre lésbicas ou mulheres que ficavam com outras mulheres, citando novamente a repressão

familiar em relação a determinados assuntos. Em texto publicado na revista *Le Monde*, Dayana relata:

Lembro que quando era pequena e morávamos na divisa da Nova Holanda com a Baixa do Sapateiro, tinha uma vizinha que morava há muitos anos com uma amiga. A vizinhança sempre comentava sobre a “mulher machinho”, mas o assunto nunca foi falado conosco. Não parecia coisa da qual crianças deveriam se ocupar. Ao mesmo tempo em que toda vizinhança comentava num tom claramente lesbofóbico, a rede de cuidados construída pelas mulheres da vila que abrigava mais de 50 moradores, não excluía as duas mulheres. Só me dei conta que elas eram um casal quando eu já tinha uns 19 anos e elas se separaram (GUSMÃO, 2020, online).

É um dos aspectos da heterossexualidade compulsória (RICH, 2019) se mostrando no cotidiano: o apagamento das vivências lésbicas que estão acontecendo desde sempre em todos os territórios e épocas. Ao nomear o casal de mulheres como amigas e invisibilizar a lesbianidade, aquela comunidade impede que adolescentes como Dayana (ou mesmo que mulheres adultas) percebam que existem outras formas de viver sua sexualidade e, faz com que, ao se perceberem atraídas por mulheres, não reconheçam a possibilidade afetiva da lesbianidade. A interdição do aparecimento de personagens femininas que se relacionam com outras mulheres em filmes, novelas ou livros; a proibição de se falar nesse assunto em casa ou na escola e a insistência nas imagens do relacionamento heterossexual como único possível são formas de dizer às meninas que seu único destino possível é estar com homens.

Quando, ainda aos 15 anos, beija uma menina da igreja na praça e esse comportamento é duramente repreendido, a identidade sapatão é suprimida. Afirmando que o exorcismo religioso a deixou traumatizada, Dayana lembra que após sair da casa dos pais e conquistar independência financeira, aos 18 anos, não só não conseguiu assumir um relacionamento com outra mulher, porque se sentia “*radicalmente errada*”, como casou-se com um homem. Apesar de, após quase 5 anos, terminar o casamento para iniciar um relacionamento com uma mulher por quem se apaixonou, ela conta que foi apenas cerca de 10 anos depois disso que conseguiu dizer “*eu sou sapatão*”.

Essa dificuldade demonstra nitidamente o que a teoria chama de lesbofobia internalizada (VIEIRA; BORRET, 2021). Desde o nascimento a heterossexualidade compulsória da nossa sociedade nos diz que o correto, o normal é ser heterossexual. No caso de Dayana, como para boa parte das adolescentes que experimenta se relacionar com outra menina, a vivência lésbica é duramente punida e associada a coisas demasiadamente negativas – seja pecado, possessão, seja doença, loucura, crime. Associar-se a essa imagem, mesmo após se afastar da igreja e não

estar mais dependendo da família, mexe com valores e crenças que estão arraigadas muito profundamente, para além do que acreditamos conscientemente.

Dayana acredita que essa dificuldade teve relação com um “*ranço protestante*”, mas também com não querer se submeter a um rótulo. Mesmo depois de assumir pela primeira vez um relacionamento com outra mulher e de estar trabalhando no Programa do governo estadual do Rio de Janeiro Rio sem Homofobia, um espaço em que se espera haver uma receptividade maior para pessoas LGBTIA+, foi apenas com o fim conturbado do relacionamento que todos souberam de sua orientação sexual. Neste ambiente de trabalho conta que tentava “se marcar hétero” e que por muito tempo dizia que não era sapatão, mas era “mulher de sapatão”.

Apesar de ter estado com mulheres desde a adolescência, é apenas após se separar do marido, quase 10 anos após aquele beijo na praça, que viveu um primeiro relacionamento estável com uma mulher.

#### **11.4.2 Violências lesbofóbicas**

Uma menina de 15 anos sente atração sexual por alguém da mesma idade, com quem convive na igreja, se encontram em uma praça junto com outros adolescentes e se beijam. Uma cena corriqueira, que não incomodaria, se as envolvidas não fossem duas meninas. Ao serem vistas nesse momento, ambas se tornam vítimas de diversos tipos de violência que, ao menos para Dayana, continuam se repetindo ao longo da vida e repercutindo em diversos aspectos.

Muitos problemas de saúde são gerados por níveis elevados de sofrimento pela violência estrutural, física, psicológica, sexual e simbólica que lésbicas sofrem na família, na escola, no trabalho, em lugares públicos, etc. Os números dessa violência são imprecisos e subestimados, porque as vítimas não se sentem seguras para denunciá-la e porque, quando o fazem, os serviços de saúde ou segurança que as recebem não registram a motivação lesbofóbica da agressão.

Desde os primeiros episódios, o principal perpetrador de violência na vida da entrevistada foi a família de origem. Ao mesmo tempo em que reconhece a importância da avó e da mãe ao começar a contar sua história por elas, Dayana as percebe como pessoas que a agrediram de diversas formas. A violência da qual ela mais fala é o exorcismo religioso, mas também conta que “*minha mãe me mordida, me batia*” e ao mesmo tempo diz que “*minha avó sempre foi mais violenta que minha mãe*”.

O Mapeamento Sócio-Cultural-Afetivo das Lésbicas e Mulheres Bissexuais do Complexo da Maré (MARTINS; GUSMÃO, 2021) também encontrou esse perfil doméstico nas violências sofridas pelas mulheres entrevistadas: 8,5% delas afirmaram ter sofrido violência

física e 25,4% disseram que sofreram violência psicológica dentro de casa. Ao mesmo tempo, 37,3% relataram preconceito da família quando revelaram sua orientação sexual, 15,3% nunca revelaram essa orientação para a família e uma entrevistada relatou ter sido expulsa de casa quando a família soube da sua orientação sexual.

Apesar da família ser a origem mais conhecida de violência contra pessoas LGBTIA+, ainda há poucos estudos sobre as características ou motivações dessa violência (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Crenças religiosas, a convicção de que a orientação sexual é uma escolha e pode ser corrigida, vinda de pessoas também cresceram em uma sociedade ainda mais heteronormativa e preconceituosa, frustração com a quebra da expectativa da vida idealizada para aquela filha, tentativa de enquadrá-la num modelo considerado normal, inclusive para evitar agressões vindas da sociedade em geral são alguns dos relatos. De qualquer forma, para mulheres lésbicas, a família, longe de corresponder ao ideal romantizado de segurança e afeto, muito frequentemente é a primeira e às vezes maior produtora de violência e sofrimento.

Além da agressão física, de impedir o acesso a comida e de sair de casa, Dayana sofreu muitas violências psicológicas e chama atenção a forma como fala delas: *“No momento que eu começo a passar por esse exorcismo, elas começam a quebrar as minhas perspectivas, então assim “você não vai fazer faculdade, você nunca vai ser nada, porque você não quer seguir Jesus” ou “Só que a violência psicológica faz um negócio contigo que é... ela paralisa. A minha sensação com a violência psicológica, sabe aquela imagem do cavalo preso na cadeira de plástico? É a minha sensação com a violência psicológica. Então eu saí de casa, achando que agora eu vou viver e eu não consegui me relacionar com as mulheres, porque eu me sentia radicalmente errada. Quando digo que o exorcismo religioso dá certo, ele dá certo, ele te traumatiza.”*

É entendida como violência psicológica qualquer conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima com o objetivo de degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões através de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante ou insultos (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Há estudos com adolescentes LGBTIA+ que mostram que ela é, além da forma mais prevalente de violência, a que causa mais sofrimento e mais agravos, levando desde quadros de diminuição do autocuidado, maior frequência de uso prejudicial de álcool e drogas, transtornos alimentares, depressão, ansiedade até a mais chances de pensar e tentar suicídio (NATARELLI *et al.*, 2015). Além das violências que ela mesma sofreu, Dayana traz em seu relato uma das formas mais extremas de violência lesbofóbica intrafamiliar: muitos anos depois, descobriu que uma menina com quem se

relacionou ainda não adolescência havia sido expulsa de casa após sua experiência homossexual ser descoberta.

Outra informação que Dayana traz sobre a violência intrafamiliar é que ela se intensifica ao se mudarem para Belém, por aquele ser um ambiente ainda mais conservador. As grandes metrópoles, como Rio de Janeiro e São Paulo, pela convivência de pessoas de origens, credos, raças e sexualidades mais diversas permitem de alguma forma uma gama maior de expressões de ser e estar no mundo e, ainda que o ambiente da favela talvez não permita o anonimato relativo de outras áreas dos grandes centros urbanos, sendo parte da cidade ela também constrói e absorve essa cultura menos opressora.

É possível identificar na história de Dayana mais uma forma de violência interpessoal, a violência moral - quando o agressor comete calúnia, injúria ou difamação contra a vítima para desmoralizá-la perante um grupo ou a sociedade (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Quando termina a relação com o ex-marido para ficar com uma mulher, ele ameaça expor intimidades de quando ainda eram um casal e sua nova relação com uma mulher, dizendo que vai “*destruir sua imagem*”. Vemos aí um homem que, em uma ameaça machista e lesbofóbica, usa da lesbofobia estrutural e de todas as violências que a vítima sabia que estaria exposta em uma tentativa de submetê-la a sua vontade.

É interessante notar o papel da escola e da educação nesta relação com a violência que Dayana sofreu. Muitos adolescentes LGBTIA+ identificam a escola como mais um perpetrador de violência, seja institucionalmente, seja na relação com colegas e professores. Em 2016 foi realizada no Brasil uma pesquisa com jovens LGBTIA+ sobre o ambiente escolar e 72,6% revelou já ter sido agredido verbalmente na escola por sua orientação sexual e 69,1% ouviu comentários LGBTifóbicos de professores ou funcionários da escola. (ALBUQUERQUE, 2016) Na pesquisa, mais da metade (55,9%) disseram que as medidas tomadas pela instituição para lidar com a violência foram ineficazes (ALBUQUERQUE, 2016).

Entretanto, além de não trazer este relato, quando conta sobre o momento em que rompeu o ciclo de violência vinda da mãe, Dayana fala que “*eu estava um pouco envolvida por conta escola, já entendendo um pouco mais os meus direitos ali em termos de não-violência*”. Conta que via a escola como um refúgio e fala especialmente de uma professora de quando vivia em Belém, que se aproximou e a convidou para um grupo que tinha com alguns alunos sobre literatura, no qual faziam discussões sobre violência. Estas discussões foram fazendo com que Dayana refletisse sobre o que vinha passando: “*Ali entendi que o que eu sofria em casa não era mau humor da minha avó, que aquilo não tinha relação com amor*”. E termina com uma frase que certamente deixaria feliz aquela professora: “*Talvez ela nunca saiba o quanto*

*me salvou, mas no final das contas acho que é isso que um defensor de direitos humanos faz, a gente vai espalhando centelhas de liberdade”.*

Dayana diz ainda que sempre considerou a educação importante, inclusive para ter condições de romper com o ciclo de violência e deixar de depender da família ou de qualquer outra pessoa. Sempre doeu muito ouvir as familiares dizerem que não faria faculdade, que “*não seria ninguém por não seguir Jesus*”. Estudou em escolas públicas toda a vida (tradicionalmente desvalorizadas no nosso país) e, aos 17 anos, completando o Ensino Médio, passou no vestibular para duas universidades públicas. Retornando ao Mapeamento Sócio-cultural-afetivo de Lésbicas da Maré, vemos que o investimento na educação parece ser algo comum a estas mulheres: 44% completaram o Ensino Médio e 42,3% estão no ou completaram o Ensino Superior.

Dayana tinha um plano para sair da violência à qual estava submetida dentro de casa: juntar dinheiro e, assim que pudesse, ir morar sozinha. Um dos aspectos marcantes em uma relação violenta intrafamiliar contra adolescentes é a dependência financeira. Dificilmente o jovem que está descobrindo sua sexualidade aos 12, 15 ou 17 anos tem condições materiais de sair de uma situação de violência dentro da própria casa. Por mais que os vínculos emocionais possam ser rompidos, a dependência mantém o adolescente ali. Trabalhando desde os 14 anos, Dayana juntou dinheiro e aos 18 anos conseguiu sair de casa.

Entretanto, conviver com a lesbofobia ao longo da adolescência sempre tem consequências com implicações sobre a saúde, sofrimento psíquico e adoecimento. Uma pesquisa (MONGIOVI, 2018) realizada no Brasil demonstra que a vivência da homofobia pode desencadear comportamento depressivo, ansiedade, medo, ideação e tentativa de suicídio entre os adolescentes. Neste estudo qualitativo relata-se que os impactos negativos abrangem também os seus hábitos de vida e de autocuidado, acarretando inadequações do padrão de sono, alimentação e atividade física e a associação destes fatores como desencadeantes de sintomas físicos como dores de cabeça, no corpo, vômitos e desmaio; também se relata a experiência de homofobia a partir de violência física, verbal, psicológica e sexual, ocorridas no ambiente escolar, na família, na comunidade, e também dentro dos serviços de saúde, quando da solicitação de atendimento especializado em saúde.

Dayana, antes de sair de casa, tomou providências que tornaram possível sobreviver. Aos 17 anos, além de fisicamente impedir que a mãe a agredisse, segurando suas mãos e dizendo que revidaria se apanhasse novamente, decide enfrentar as ameaças e contar para o pai tudo que vinha acontecendo desde os 15 anos. Falando sobre este episódio, ela reflete: “*quando você trabalha com o binômio da repressão, você coloca o pé na garganta do leão, você acha*

*que venceu, só que uma hora que você der um mole, e você vai dar um mole, você vai baixar a guarda, ele te engole, foi o que aconteceu". Apesar da relação entre os pais nunca ter se recuperado e da sua relação com a família ter continuado muito difícil, agressões físicas e ameaças não aconteceram mais depois deste dia. Como ela mesma disse: "eu acho que esse ímpeto de violência foi sendo talhado no meu corpo ao longo da vida".*

## 11.5 MOVIMENTO SOCIAL

Existem estudos que identificam a participação no movimento social como fator de proteção à saúde de mulheres lésbicas (FACCHINI; BARBOSA, 2006), tanto por este espaço permitir a formação de uma rede de apoio, de um grupo de pessoas com a qual ela se identifica e com quem é capaz de dividir seus traumas e as violências cotidianas a que é submetida, quanto pela luta política permitir que ela dê um significado a tudo que passou (e ainda passa) e transforme o sofrimento em ajuda para outras lésbicas. Em nossa entrevista, Dayana reconhece esse papel da militância: *"esse espaço me cura, ao fazer alguma coisa por outra mulher violentada, de algum modo, aquilo me cura um pouco."*

Se hoje ela é uma liderança reconhecida pela militância sapatão em todo o país, não fazem sequer 10 anos que ela participa deste movimento. Sua primeira aproximação se dá por dois caminhos, que acontecem num mesmo período: o trabalho no Rio sem Homofobia, no qual tem contato direto com diversas ONGs e coletivas LGBTIA+ do estado, e o namoro com uma mulher lésbica que já fazia parte do movimento.

Dayana conta que mais nova, logo que terminou a relação com o ex-marido, já havia participado do movimento de mulheres na Maré e ali entendeu que sua principal forma de atuar é na relação individual, a partir de conversas com outra mulher ou com grupos pequenos, ouvindo seus problemas e pensando em soluções, e que foi assim que foi construindo sua militância. Após deixar o emprego no Rio sem Homofobia, trabalhou na ONG Conexão G, que atua na garantia de direitos da população LGBTIA+ em favelas no Rio de Janeiro. Lá, a partir dessas conversas individuais, começa a aglutinar as mulheres lésbicas da Maré e se aproxima do grupo com que fundaria a Coletiva Resistência Lésbica da Maré.

No artigo 10 anos de atuação do movimento de lésbicas no Complexo da Maré: reflexões de sapatões faveladas, Dayana, junto com Michele Seixas, Ana Teixeira e Jéssica Andrade (GUSMÃO *et al.*, 2018) contam sobre esse início da organização das lésbicas dentro do Conexão G, inicialmente feita por Jéssica com mulheres que sequer tinham se assumido publicamente como lésbicas, até alguns anos depois chegarem a conquistar visibilidade dentro

da favela, organizando, lideradas por Michele, a I Visibilidade Lésbica da Maré, uma atividade dentro da programação da Semana da Diversidade da Parada LGBT da Maré. Nesse período participaram de várias edições da Parada LGBT da Maré, capacitaram profissionais das Clínicas da Família do território sobre saúde de lésbicas e realizaram atividades de educação em saúde, fizeram debates com alunos do preparatório do Redes da Maré e sempre buscaram mapear onde estavam as lésbicas na Maré e alcançá-las.

A partir dessa mobilização, Dayana e outras 5 ativistas fundaram em 2017 a Coletiva Resistência Lésbica de Favelas, que depois originou a Coletiva Resistência Lésbica da Maré (GUSMÃO *et al.*, 2018). Sobre esse movimento de saída da Conexão G e criação da Coletiva, na matéria que publicou na Revista Le Monde, Dayana conta que:

A ideia era ter um espaço seguro para escuta e sociabilidade sapatão e bi. Obviamente outras demandas foram se apresentando e em 2017 decidimos dar tom mais político à coletiva ocupando espaços de decisão e fazendo articulação com outros grupos estaduais e nacionais da pauta lésbica e bissexual (GUSMÃO *et al.*, 2018, online).

Ao mesmo tempo em que construía o movimento lésbico na Maré, o grupo que ali atuava se articulava com outros grupos organizados no Rio de Janeiro e no Brasil e com o movimento nacional, principalmente a Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL). Organização presente em quase todos os estados do Brasil, a ABL visa empoderar coletivamente mulheres lésbicas e bissexuais, promover direitos humanos e cidadania e enfrentar o preconceito, a opressão e a violência e representa as mulheres lésbicas e bissexuais, entre outros espaços, no Conselho Nacional de Saúde. Com essa aproximação, Dayana se envolve com a ABL e chega a fazer parte de sua diretoria.

Entretanto, o mesmo movimento social que pode ser proteção pode reproduzir violências e ser adoecedor. Dayana sente que se encaixar em um modelo de militância a afastou de suas parcerias na Maré, além de impor uma agenda de compromissos que muitas vezes não deixava espaço para outras atividades profissionais e pessoais. E estar no movimento nacional, institucional, sem conseguir dar conta de tudo que esperam que ela dê, mais do que significado para o sofrimento, traz ansiedade, tristeza, desapontamento.

Mas não é fácil se retirar deste espaço. Além disso levar a uma ruptura de relações interpessoais importantes de longa data, que não entendem sua necessidade de “*dar passos atrás*”, Dayana percebe o quanto o movimento social significa em sua vida: “*saio da igreja e me lanço nesse mundo, então aquilo passou a ser o meu mundo*”. Mas são as alterações de saúde, corporificações do sofrimento que continuar no movimento institucional estavam lhe

causando, e o apoio encontrado na Umbanda que a fazem questionar se estava ali porque acreditava no que estava fazendo ou porque gostava da fama e de reconhecimento que lhe traziam e finalmente fazem com que se afaste e invista sua energia militante em outras frentes.

## 11.6 SAÚDE

Em diversos momentos Dayana cita questões de saúde - desde quando diz que a cabeça é *“fodida”* pelos tiros que ouvia constantemente na infância até os sintomas que experimenta quando lida, hoje, com dificuldades no movimento social lésbico ou com meninas que sofreram violência e a procuram contando suas histórias: irregularidade menstrual, queda de cabelo, enjôo, vômito, dores, alterações de pele. E, quando pergunto diretamente o que faz para se cuidar, ela diz que *“não acredita na separação cabeça-corpo”* e cita algumas formas de autocuidado que consegue ter hoje: *“Eu estou fazendo terapia, floral, fazendo pilates, indo para o terreiro, fazendo os banhos do terreiro, e mesmo assim tem dia que eu falo: gente, espera aí!”*.

Entretanto, na maior parte das vezes que pergunto sobre lesbofobia e adoecimento, ela não fala só por/de si, entra em cena a Dayana militante, que pensa saúde para a coletividade, que fala sobre demandas ginecológicas não acolhidas nas unidades de saúde, da tentativa de construir uma relação do movimento sapatão com as Clínicas da Família e a alegação da necessidade de sua intervenção como assistente social da Redes da Maré para a garantia de atendimento. Ela demora para falar de seu próprio autocuidado, talvez porque esse processo de cuidar de si, para a menina que desde cedo aprendeu que devia ser forte, ainda é incipiente. É possível perceber também o quanto esse reconhecimento de que precisa - e de que pode precisar - de cuidados é muito incentivado pela companheira. Ao mesmo tempo em que busca cuidado em saúde para a coletividade de lésbicas, Dayana tem uma grande facilidade de negar cuidado para si mesma.

Apesar de dizer que consegue ter uma boa relação com as Clínicas da Família, são as dificuldades e as experiências negativas que mais surgem na conversa. Em uma roda de conversa que participamos juntas há alguns anos, Dayana contou sobre um episódio que marca o início do movimento de lésbicas na Maré, mas que ilustra a violência institucional que muitos estudos afirmam existir em vários lugares do mundo: uma menina lésbica buscou atendimento em uma das Clínicas da Família que cobre o território do Complexo da Maré. O médico, um homem branco, idoso, não perguntou sobre o comportamento sexual da paciente, que nunca tinha tido relações sexuais com penetração vaginal, e decidiu fazer um exame ginecológico

utilizando um espécuro. Inseriu o instrumento, causando sangramento e dor intensa na menina que, em um reflexo, levantou a perna e acertou o rosto do médico. O profissional, além de não reconhecer seu erro nem se preocupar com a paciente, a acusou de agressão, gritou e desferiu uma série de insultos lesbofóbicos. Quando a paciente conseguiu destrancar a porta e sair da sala, outros usuários estavam assustados do lado de fora e a acolheram e defenderam.

Essa história nos possibilita fazer duas importantes reflexões: sobre como a comunidade é capaz de se apoiar, se unir e combater violências do Estado, ainda que este Estado esteja representado por um profissional de saúde com sua suposta neutralidade médica, demonstrando uma negativa a aceitar que um profissional exerça cuidado em saúde de maneira violenta e desrespeitosa com moradores dali. A outra é sobre a instituição saúde, ali representada por este profissional, em sua inabilidade declarada em reconhecer e acolher uma mulher lésbica, em reconhecer suas próprias limitações e deficiência enquanto profissional e sua incapacidade de ser humilde para reconhecer erros, se desculpar e buscar caminhos de diálogo e construção conjunta de um cuidado em saúde. O conhecimento da história e acolhimento dessa menina por outras lésbicas do Complexo deram início à organização local que até hoje, cerca de 15 anos depois, luta por direitos e continua acolhendo as meninas e mulheres lésbicas da Maré.

Dayana conta, na entrevista, sobre a primeira vez em que atuou como liderança lésbica no Rio de Janeiro na relação com a Atenção Primária: um grupo de meninas de uma favela na Zona Oeste pediu ajuda por várias estarem com queixas ginecológicas e ela, além de costurar o atendimento na Clínica da Família de referência, participou de um primeiro atendimento em grupo, porque a enfermeira que fazia esse atendimento falou “*Olha, eu não sei nem por onde começar essa conversa com essas meninas*”. Importante frisar que, neste caso, a enfermeira (diferente do médico no relato anterior) reconhece sua inabilidade e pede ajuda, mas fica a reflexão do quanto a formação em saúde não inclui a capacitação de profissionais para lidar com mulheres que fazem sexo com mulheres e que, para que essas mulheres tenham acesso ao direito constitucional à saúde, é preciso não só garantir acesso, mas também qualificar profissionais para estes atendimentos.

Nesta busca por assistência à saúde digna para lésbicas na Atenção Primária no Rio de Janeiro, e especialmente no Complexo da Maré, Dayana diz que sempre escuta um mesmo argumento por parte dos gestores: “você não pode dizer que tem uma população não atendida, porque você não tem um número”. É uma denúncia grave, porque a Política Nacional de Saúde Integral LGBT já coloca essa população como prioritária por ser atravessada pela LGBTfobia, e mesmo que houvesse apenas uma mulher lésbica em todo o território, pelos princípios da universalidade e, especialmente, da equidade, as Clínicas da Família deveriam se organizar para

acolhê-la com dignidade e respeito. Por parte de Dayana, essa foi uma das motivações para a construção, em parceria com a Universidade Federal Fluminense, do Mapeamento Sócio-cultural-afetivo de Lésbicas e Mulheres Bissexuais de Favelas (MARTINS; GUSMÃO, 2021).

Apesar de dizer que sempre usou o SUS, Dayana não fala sobre um contato com o sistema de saúde pelas próprias demandas. Chama atenção também, para mim, que ela fale sempre sobre “ginecologista”, “consulta ginecológica”, “outras consultas”, mas em momento algum fale sobre médico de família, generalista ou qualquer outra expressão que remeta à especialidade. Como é comum ouvir por todo o país, ela se queixa também de dificuldade de conseguir agendar consultas e demora no tempo de espera por elas nas Clínicas da Família da Maré. Segundo o Mapeamento, pouco mais de 80% das lésbicas da Maré usam o SUS, 78% dependem exclusivamente dele e 79,6% acessam as Clínicas da Família do território (MARTINS; GUSMÃO, 2021).

Mesmo sendo assistente social e tendo uma formação política sólida, consciente de seus direitos, ela, como a enorme maioria das mulheres lésbicas, não tem vínculo com uma equipe ou uma unidade de saúde enquanto usuária e tem dificuldade tanto de acessar a APS quanto de enxergá-la como local de cuidado. Nascida quase ao mesmo tempo que o Sistema Único de Saúde, vivendo toda a vida em territórios negligenciados pelo classismo e o racismo da sociedade brasileira, sendo mulher, negra, lésbica, Dayana afirma: *“eu não sei fazer isso (cuidar da saúde) separado do terreiro, então é muito nesse sentido, e também porque quando a gente fala de cuidados e de saúde, porque o cuidado branco, medicinal, tenha me sido muito negado enquanto direito”*.

## 11.7 UMBANDA

Se o cristianismo – religião branca, europeia, moralista, conservadora, criada e dirigida exclusivamente por homens – foi fonte de preconceito e violência, Dayana encontra acolhimento, cuidado e, como ela mesma diz, *“salvação”* na Umbanda, religião de matriz africana. Filha de Iansã, orixá guerreira, dos ventos e tempestades, vibrante e impetuosa, que absorve conhecimentos e adquire habilidades dos relacionamentos que teve com outros orixás, mulher de liderança, *“bela, suave e sedutora como brisa”*, *“forte, resistente e furiosa como vendaval”* (SILVA, 2018), identifica o terreiro como um lugar para ter contato com uma sabedoria ancestral.

Se para o protestantismo a menina Dayana *“não prestava”*, era a *“má influência”* que deveria ser domada, na Umbanda a mulher Dayana é potência. Ao refletir sobre a construção

da identidade feminina de mulheres negras em Diáspora, a médica brasileira, negra, lésbica Jurema Werneck nos convida a perceber como influências de matriz africana permitem a construção de uma feminilidade não necessariamente consoante com o padrão imposto e proposto pela colonialidade ocidental cristã:

Trabalhadoras, lutadoras, as que não estão subordinadas ao poder masculino, as que não têm ou não querem homens ou filhos (mas sem abrir mão do sexo), sensuais, voluntariosas, fortes. Estas são algumas das possibilidades de sermos o que somos, alguns dos exemplos de nosso repertório de identidades, ou de feminilidades, que encontraram ressonância e pertinência entre nós ao longo dos séculos, sendo atuantes até hoje, século XXI (WERNECK, 2010, p. 79).

A intelectual negra nigeriana Oyeronke Oyewumi (2021), discute, a partir de estudos sobre o povo iorubá, o quanto a categoria mulher é uma categoria não universal, produzida no seio do pensamento colonial e imposta a outras dinâmicas socioculturais com o intuito de validar a colonialidade de gênero como uma narrativa universalizante. Na perspectiva iorubá, não existe uma suposta inferioridade feminina ou posição referenciada da mulher na sociedade.

As representações ditas femininas de orixás na religião de matriz africana (Oxum, Nanã, Iemanjá, Iansã, Obá) não expressam a feminilidade ocidental cristã colonial. Pelo contrário, representam mulheres potentes, plurais, insubordináveis, insubmissas, cientes de suas vontades e desejos. Na contramão das religiões cristãs, que objetivam produzir mulheres conforme os interesses do vigente sistema patriarcal, as religiões de matriz africana abrem espaço para que mulheres se permitam ser sujeitas integralmente. Se na adolescência Dayana enfrenta dificuldades em ser aceita na igreja evangélica por não se comportar tal como o roteiro de gênero pensado para si, na vivência da umbanda, seu comportamento ventania encontra acolhida e ressonância em Iansã.

Coincidindo com isso, o Mapeamento Sócio-cultural-afetivo das lésbicas da Maré nos mostra que 66,7% das lésbicas que dizem ter uma religião são de religiões de matriz africana e afirma:

Das que possuem religião, colocamos diversas opções para entender quais são estas. 12 delas responderam são do Candomblé/ Umbanda/Afro-brasileira ou Africana, o número mais expressivo dentre as respostas e que traz à tona as religiões nas quais lésbicas e bissexuais conseguem estar (MARTINS, GUSMÃO, 2021, p. 29).

Apesar de ter crescido em um ambiente religioso, é na Umbanda que a fé realmente passa a fazer parte de sua vida. Dayana conta que *“quando eu chego no terreiro tem uma coisa que é... eu sempre fui a senhora da minha vida, eu sempre estive no controle da minha vida. E*

*os meus erros e acertos são em função disso, mas no terreiro, para que eu possa compor aquele lugar, eu preciso abrir mão de ser a pessoa que tem sempre o controle da minha vida, para que muitas vezes essa orientação venha de outro lugar, e de um lugar que eu não tenho provas materiais e concretas de que aquilo vai dar certo.” E resume: “É você se jogar sabendo que vai ter uma rede embaixo, mesmo sem certeza, você entendeu?”*

Depois que falamos sobre o protestantismo e os episódios de violência por eles impostos, não perguntei novamente sobre religião. Foi quando perguntei sobre o cuidado em saúde que o terreiro apareceu na conversa. Dayana diz *"eu não consigo pensar em cuidado sem pensar no terreiro, para mim é meio inseparável"*. Quando precisou se afastar do movimento social, foi este espaço que passou a ser seu refúgio e é ele quem guia suas escolhas desde então e foi lá que ganhou apoio para concretizar um sonho, que une cuidado, cura, apoio a lésbicas em situação de violência, militância e, como não podia deixar de ser, fé: a Casa Resistências.

## 11.8 CASA RESISTÊNCIAS

*“Eu nunca tive, nem no meu maior devaneio, nunca pensei em abrir uma casa dessas. Nem no meu maior surto.”* É assim que Dayana, na entrevista, fala pela primeira vez da Casa Resistências Espaço de Cultura Mareense. Em cima de um bar (com o nome mais que apropriado de Bar das Minas) na Vila do Pinheiro, a Casa, inaugurada em abril de 2022 com apoio de mandatos de vereadoras e deputadas estaduais e financiamento coletivo pela internet (que continua aberto para receber doações em [www.vakinha.com.br/vaquinha/nascimento-da-casa-resistencias](http://www.vakinha.com.br/vaquinha/nascimento-da-casa-resistencias) ou pelo pix 2740755@vakinha.com.br), é sede da Coletiva Resistência Lésbica da Maré e um local de acolhimento de lésbicas faveladas que foram expulsas de casa. Recém reformada pela Coletiva, tem um quarto com beliches e armários, banheiro e um terraço que faz as vezes de cozinha e área de convivência e oferece moradia, apoio psicológico e social e caminhos.

A Casa tem uma relação íntima com o terreiro. Dayana vinha sonhando com esse espaço, sem acreditar que ele poderia um dia se tornar realidade, até que lá uma divindade lhe diz: *"Anota o sonho, desenha o sonho, escreve o sonho, esse sonho vai acontecer. Esse sonho está no seu destino, e ele vai acontecer, e esse é o mecanismo de cura que você tanto procurava"*. A partir daí começa a falar sobre isso com outras pessoas e oportunidades começam a surgir.

Exu, o senhor dos caminhos, o orixá vilanizado que Dayana diz que *“traz uma sabedoria que é marginalizada, e eu acho que é a sabedoria que eu quero que ocupe a Casa”*, é o primeiro guia desta casa. O conceito de movimento, regido por Exu, está presente também na proposta

de que a Casa seja um lugar para estas meninas vítimas de violência ficarem até se reorganizarem, por poucos meses, ganhando ferramentas e forças para trilhar os próprios caminhos. A ideia é essa, *“que todo mundo que passe por aqui ganhe caminhos”*.

A Umbanda, identificada como local de cuidado e cura, traz outras contribuições para a construção do ambiente da Casa, valores que Dayana e o grupo da Coletiva entendem como importantes na construção desse espaço: Oxalá, que rege o cuidado da cabeça; Ogum, orixá da guerra, que ensina estratégias e a escolher batalhas; e Iansã, *“para dizer que o vento que é uma tempestade pode ser uma brisa, porque a menina que chega está desorganizada emocionalmente, então ela vai chegar destruindo tudo. Então alguém precisa ensinar que essa energia de destruição pode ser canalizada para outra coisa.”*

Mas a Casa para Dayana representa muito mais que militância e apoio para outras lésbicas, ela mesma diz: *“a Casa vem para lembrar das minhas violências, porque eu sofri violência dos 15 aos 18 anos, debaixo do nariz de todo mundo, todo mundo sabia, ninguém interveio.”* Se a Casa nasce para ressignificar a violência que passou, é *“o mecanismo de cura que tanto procurava”*, Dayana admite que esse não é um processo fácil. Lidar com o sofrimento das meninas que chegam vítimas de várias violências, muitas vezes bem parecidas com as que sofreu, a faz reviver, na memória e no corpo, as dores que já gostaria de ter superado. Nesse sentido, a Casa na história de Dayana pode ser um concreto exemplo de Sankofa. Na mitologia iorubá, Sankofa é o pássaro que tem os pés para frente e a cabeça virada para trás, numa alusão ao futuro, vinculado e intimamente relacionado ao passado-presente.

E o sofrimento trazido pelas mulheres lésbicas que buscam a Casa Resistências a tem feito refletir sobre como lida com a própria dor: *“porque eu comecei a trabalhar muito novinha, depois eu preciso ser a dona da minha vida muito novinha, e nesse processo a gente vai soterrando o corpo”*. Nesse processo de *“soterrar o corpo”*, Dayana corporiza os sentimentos com os quais não consegue lidar e fala diversas vezes sobre enjôo, vômito, queda de cabelo, psoríase, irregularidade menstrual.

A Casa Resistências é um espaço sonhado e produzido por uma mulher que sofreu as mais duras violências lesbofóbicas no passado e que compreende a necessidade de se curar através do encontro com outras mulheres e meninas que vivenciam situações parecidas. Mas a Casa também é espaço para que a vivência dessas violências seja percebida não de maneira individual, mas sim coletivizada, amenizada e compreendida como uma violência produzida pela sociedade e não uma violência internalizada. O processo de oportunizar encontros de cura e resgate de subjetividade é uma forma de curar Dayana e também cada uma das mulheres que atravessam a casa. Sim, a casa é espaço de travessia e não de ancoragem, como diz a própria

Dayana. Travessia para que cada uma dessas meninas possa ser acolhida, resgatada e restituída em todas as suas potências plurais e possa alçar voos, não ser paralisada pelas lesbofobias. A Casa é produzida na coletividade e nas subjetividades diversas que ali se encontram para se curar e potencializar.

Dayana fala sobre como sempre teve a imagem de uma pessoa forte e como, na Casa, se sente convocada a ser forte o tempo todo, mas ao mesmo tempo, é *“tudo menos forte”*: *“E aí, como que é estar em uma casa, estar em um espaço onde você é tudo, menos forte? É muito difícil, ao mesmo tempo eu sou convocada a ser forte o tempo inteiro, por conta das relações políticas, das relações que tem em torno da Casa, por conta dos cuidados que eu tenho que ter. Uma coisa que está muito forte para mim, é quem é que cuida da minha saúde mental?”*

Este sentimento de que precisa *“ser forte”*, além da personalidade de Dayana e da reação aos processos de exclusão e violência que sofreu no âmbito familiar, remete ao que Regina Facchini relata no Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas ter encontrado em sua revisão: que mulheres lésbicas buscam formas de afirmar para a sociedade e para a família que tiveram sucesso na vida como uma forma de provar que eles estavam errados em tudo que disseram que ela era, muitas vezes assumindo inclusive *“uma desmedida responsabilização nos cuidados ou suporte material a membros da família de origem”* como forma de obter aprovação (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Para lidar com isso, além do suporte da Umbanda, uma estratégia de cuidado que Dayana vem desenvolvendo junto com suas parceiras na produção de acolhida e cuidado na Casa, é o movimento de blindá-la do primeiro contato com as meninas que buscam a Casa. Esse trabalho tem ficado por conta da equipe de acolhimento, composta atualmente por uma equipe multidisciplinar, formada por duas psicólogas e uma enfermeira residente de Saúde Mental.

Para Dayana é essencial ter a casa como espaço de produção de cultura: *“porque eu entendo que sem cultura a gente não muda a sociedade, então discutir conceitos, discutir como a gente vive, os modos de vida, é mudar a sociedade.”* Ela, que já mencionou sua descrença na separação corpo-mente, acredita também que a produção de saúde é indissociável da produção de arte e cultura e que só com essa confluência é possível pensar em bem viver, da maneira como a marcha de mulheres negras reivindica essa possibilidade (PRESTES, 2018).

Outro desejo seu é criar, na Casa, uma horta para cultivo de alimentos e de plantas medicinais, também pensando em produção de saúde e de vida. E a última fala de Dayana na entrevista mostra, ao mesmo tempo, a grandeza dessa mulher negra, lésbica, favelada, e a vida e a potência desse território (e vice e versa, a grandeza desse território e a potência dessa mulher):

*“Meu sonho audacioso nos próximos anos, eu quero criar um grande corredor verde daqui até a mata (Parque Ecológico da Maré), porque eu acho que é sobre restaurar, é sobre reflorestar. E não só reflorestar as possibilidades de afeto, é reflorestar a vida. Eu refloresto no concreto da Maré, para dizer: cara, tem caminho, tem possibilidade”.*

## 12 CONCLUSÃO

Muitas vezes ao longo desse projeto me perguntei o porquê de ter escolhido um tema que me mobiliza tanto, especialmente nos últimos dias, tentando dar um encerramento, escrever uma conclusão. A história me atravessa de diversas formas e sei que em muitos momentos em que penso estar falando de Dayana estou, na verdade, falando também de mim. No fundo eu sei que escolhi o tema exatamente por isso, por essa proximidade e afetação, ainda que considerando profundamente a diversidade que a vivência de opressões interseccionais nos proporcionaram. bell hooks fala sobre isso, sobre ler e escrever como um processo de cura (HOOKS, 2017). Mas o processo de cura é lento e especialmente doloroso - muitas vezes me fazendo postergar, muitas vezes me levando a escrever apenas um parágrafo e me sentir extremamente cansada e muitas vezes me fazendo chorar ao ler o que escrevi. Ainda que não curada, nesse processo, me percebo mais atenta e consciente de minhas dores e cicatrizes, além de meus privilégios e minhas potências, e assim considero que saio mais leve e mais forte, nem que seja apenas por concluí-lo.

Posso dizer que encontrei nesta pesquisa algo que não é parte da minha experiência pessoal, que em poucos momentos tive acesso em minha formação profissional, poucas vezes considerei com a intensidade devida em meu cotidiano de prática de cuidado e que não encontrei nas leituras que tenho feito sobre o tema até aqui: a potência, enquanto produção de saúde, de uma religião acolhedora, que não apenas aceita a diversidade sexual, mas que não impõe modelos de comportamento ou que não tenta encerrar indivíduos em normas limitantes. A relação de Dayana com a Umbanda, uma religião de matriz africana, me abre os olhos tanto para a possibilidade da religião como um espaço de produção de cuidado quanto para a importância de conhecer mais sobre práticas de cuidado produzidas na marginalidade da colonialidade, práticas de cuidado que consideram a coletividade como caminho de bem viver.

Também percebo que o que menos consegui trazer para o trabalho foi o que estava mais distante da minha vivência: o Complexo da Maré. Ele atravessa toda a história de Dayana e está ali, como o território vivo que produz toda a sua potência e resiliência. Sua vivência tem nuances que não encontramos nas pesquisas com lésbicas brancas estadunidenses ou europeias; seus valores e formas de lidar com a vida nascem nas intersecções que a atravessam enquanto mulher negra, lésbica, favelada. Talvez fosse ilusória a minha expectativa de entender como a Maré, enquanto território marginalizado, atravessa o processo de subjetivação de uma mulher lésbica negra. A Maré não aparece para Dayana como um tema à parte de sua construção de subjetividade, mas é parte indissociável de quem ela é e de como se constrói, desde o medo das

forças de segurança pública, à rejeição de ser contida em estereótipos, no caminho de se perceber como parte de um coletivo ou na busca incessante por ter seus direitos garantidos, a Maré ensina enquanto produz Dayana como sujeita pessoal e política.

Para mim, tanto a minha dificuldade em escrever sobre o tema quanto a história de Dayana e das meninas que chegam à Casa Resistências reforçam a importância que a violência lesbofóbica tem no processo de saúde e adoecimento e, com isso, reafirmam a importância de sensibilizar e capacitar profissionais de saúde para uma produção de cuidado atenta às opressões impostas pela heterossexualidade compulsória. E acredito que, ao longo da conversa, Dayana tenha apontado caminhos.

Ao começar sua apresentação falando sobre ancestralidade, sobre as que vieram antes dela e a permitiram aqui estar, ela compreende-se como corpo e sujeita individual e coletiva. Ao falar sobre saúde, ela fala de si, mas traz a coletividade à medida que sempre traz consigo a perspectiva de luta por equidade e garantia de acesso qualificado para a diversidade de mulheres lésbicas nas Unidades Básicas e outros serviços de saúde. Dayana propõe para si e para as mulheres lésbicas, por meio da Casa Resistências e de sua história, um processo de cuidado e de produção de saúde coletivo, comunitário, no lugar de uma individualização da produção de saúde e bem viver. Ela propõe, por meio da Casa, um futuro que traz a experiência comunitária para a centralidade de se pensar saúde.

Numa livre associação, pode-se considerar a Casa Resistências como o ovo na boca do pássaro Sankofa na história coletivo-pessoal de Dayana. Frente à ineficiência na produção de cuidado de uma instituição de saúde branca, patriarcal, cisheteronormativa, Dayana nos convida a pensar produções de cuidado com vistas ao bem viver que extrapolam a individualidade, a biomedicina, a universalização de corpos e vivências e que reconhecem a potência da socialização de saberes, da democracia e do senso de coletividade.

A Casa Resistências representa, para Dayana, um espaço de cuidado pessoal e coletivo, espaço no qual que se permite olhar para si e, até certo ponto, cuidar de feridas e sequelas de inúmeras situações de violência impostas ao longo da vida por uma sociedade cisheteronormativa, racista e patriarcal. Essas violências, que são produzidas socialmente, levam a sofrimento e adoecimento individual, mas que são também coletivos. Inclusive, compreender esse sofrimento como socialmente produzido e coletivamente vivenciado reduz a sensação de culpa, de auto ódio, de isolamento e solidão que a lesbofobia social tenta imprimir.

Pensando nisso, termino minhas conclusões olhando com especial atenção para a prática de cuidado em saúde produzida por mim e por profissionais de saúde formados, assim como eu, por uma academia branca, cisheteronormativa, machista e colonial e questionando o quanto

nossas práticas de cuidado, ao não considerarem vivências e saberes diversos tem um papel muito significativo na reprodução de uma série de violências.

Audre Lorde nos dizia, ainda na década de 70, que as ferramentas do senhor nunca serão capazes de dismantelar a casa grande (LORDE, 2019). A Casa Resistências, fruto da insistência de Dayana em garantir o reconhecimento de sua subjetividade e de apoiar muitas outras meninas com vivências similares à sua, nos ensina muito sobre caminhos possíveis de produzir práticas de cuidado em saúde objetivando o bem viver, quem sabe enxergando uma dinâmica social que mais do que romper com o cisheteropatriarcado racista, seja capaz de acolher vivências diversas sem hierarquias ou opressões, para produzir uma sociedade efetivamente democrática, onde sujeitos têm a liberdade de ser garantida.

## REFERÊNCIAS

- AGÉNOR, M. *et al.* Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. **American Journal of Public Health**, [s.l.], v. 104, n. 2, p. 68-73, 2014.
- AGÉNOR, M. *et al.* Sexual Orientation Identity Disparities in Awareness and Initiation of the Human Papillomavirus Vaccine Among U.S. Women and Girls: A National Survey. **Annals of Internal Medicine**, [s.l.], v. 163, n. 2, p. 99, 2015.
- AGUIAR, D. M. *et al.* Religiões e suas interfaces com a diversidade sexual e de gênero. In: CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES, AJ. (Eds). **Saúde LGBTQIA+**: práticas de cuidado transdisciplinar. 1 ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole. 2021, p. 72-81.
- ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3 ed. Editora FGV. Rio de Janeiro, 2013.
- ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, [s.l.], v. 16, n. 1, 2016.
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIAN. Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning, and Asexual Health, 2019. Disponível em: [https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical\\_education\\_residency/program\\_directors/Reprint289D\\_LGBT.pdf](https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint289D_LGBT.pdf). Acesso em: 22 jun. 2021.
- ARAUJO, L. M. de *et al.* O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva [The care to lesbian women in the field of sexual and reproductive health] [El cuidado de las mujeres lesbianas en el campo de la salud sexual y reproductiva]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 34262, 2019.
- ARIAS-CASTILLO, L. *et al.* Perfil do Médico de Família e Comunidade: definição Iberoamericana. Trad. Rogério Machado. **Wonca**, Santiago, 2010. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil\\_mfc.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf). Acesso em: 22 jun. 2021.
- 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**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 291-300, 2009.
- BAYEN, S. *et al.* How Doctors' Beliefs Influence Gynecological Health Care for Women Who Have Sex with Other Women. **Journal of Women's Health**, [s.l.], v. 29, n. 3, p. 406-411, 2020.
- BEAGAN, B.; FREDERICKS, E.; BRYSON, M. Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician training needs. **Canadian Medical Education Journal**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 14-22, 2015.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**: fatos e mitos. Trad. Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro:

Nova Fronteira, 2016.

BRAGA, K. D. D. S.; CAETANO, M. R. V.; RIBEIRO, A. I. M. Lesbianidades e Educação: interrogando a produção acadêmica. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 127, 11 out. 2018.

BRASIL, Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2018.

COCHRAN, S. D. Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? **American Psychologist**, [s.l.], v. 56, n. 11, p. 931-947, nov. 2001.

COELHO. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Tesseract**, [s.l.], n. 4, maio 2001.

CUNHA, G. *et al.* **Juventudes LGBT de favelas**: prevenção e enfrentamento da violência contra a juventude LGBT de favelas. Rio de Janeiro, [s. d.]. Disponível em: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/-Prevencao-Enfrentamento-da-Vi.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da equidade e da integralidade. **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**, Belo Horizonte, 8 mar. 2006.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1**: A vontade de saber. Trad. Maria Thereza Da Costa Albuquerque; J. A. Guilhon Albuquerque. 2. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2015.

FRANCO, M. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Projeto de lei 82/2017. Inclui o Dia da Visibilidade Lésbica no calendário oficial da cidade do Rio de Janeiro, consolidado pela lei nº 5.146/2010. **Diário Oficial da Câmara Municipal do Rio de Janeiro**: Rio de Janeiro, RJ, v. 20170300082, p. 21, 17 mar. 2017.

FRANCO, M. **A redução da favela a três letras**: uma análise da política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro. Orientador: Joana D'Arc Fernandes Ferraz. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Turismo da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/2166/Marielle%20Franco.pdf;jsessionid=C90E770D30986BB4D3F331912435A180?sequence=1>. Acesso em: 21 jun. 2022.

GONDIM, M. M. de M.; MONKEN, M. **Atenção primária à saúde no Brasil**: conceitos,

práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: SCIELO EDITORA FIOCRUZ, 2018. p. 143-175. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575416297>. Acesso em: 10 set. 2020.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, 1988, p. 69-82

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUSMÃO, D. *et al.* 10 anos de atuação do movimento de lésbicas no Complexo da Maré: reflexões de sapatões faveladas. **Nossas Histórias, nossas vozes: resistências históricas de mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Metanoia, 2018. p. 98–113.

GUSMÃO, D. Sociabilidade favelada: experiências de lesbianidades na Maré. **Le Monde Diplomatique**, Brasil, ago. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/sociabilidade-favelada-experiencias-de-lesbianidades-na-mare>. Acesso em: 20 jun. 2022.

HIRSCH, O.; LÖLTGEN, K.; BECKER, A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. **BMC family practice**, [s.l.], v. 17, n. 1, 2016.

HOOKS, B. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora Martins Fontes. 2017.

HOOKS, B. **The Will To Change: Men, Masculinity, and Love**, 2004. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1960988>. Acesso em: 18 abr. 2021.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Alomerados subnormais, primeiros resultados**. Brasília: IBGE, 2011.

KNIGHT, D. A.; JARRETT, D. Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women. **American Academy of Family Physicians**, [s.l.], v. 95, n. 5, p. 314-321, mar. 2017.

LORDE, A. **Irmã Outsider**. Tradução Stephanie Borges. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

MARTINS, B. A.; GUSMÃO, D. (Org.). **Mapeamento sócio-cultural afetivo das lésbicas e mulheres bissexuais do Complexo da Maré**. 1. ed. Rio de Janeiro: Metanoia, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/Samsung/Downloads/9786586137101\\_livro\\_final.pdf](file:///C:/Users/Samsung/Downloads/9786586137101_livro_final.pdf). Acesso em: 22 jun. 2021.

MCNAIR, R. Lesbian and bisexual women's sexual health. **Australian Family Physician**, [s.l.], v. 38, n. 6, p. 388-393, jun. 2009.

MCNAIR, R. P. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. **The Medical Journal of Australia**, [s.l.], v. 178, n. 12, p. 643-645, 16 jun. 2003.

MEYER, I. H. Minority Stress and Mental Health in Gay Men. **Journal of Health and Social**

**Behavior**, [s.l.], v. 36, n. 1, p. 38, mar. 1995.

MEYER, I. H. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. **Psychological bulletin**, [s.l.], v. 129, n. 5, p. 674-697, set. 2003.

MONGIOVI, V. G.; ARAÚJO, E. C.; RAMOS, V. P. Implicações da homofobia sobre a saúde do adolescente. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 6, p. 1772-80, jun. 2018.

NAVARRO-SWAIN, T. **O que é lesbianismo**. 1ª edição. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos).

NATARELLI, T. R. P.; BRAGA, I. F.; OLIVEIRA, W.A.; SILVA, M. A. I. Impacto da homofobia na saúde do adolescente. **Esc. Anna Nery**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 664-670, 2015.

OYÊWÙMÍ, O. **A invenção das mulheres**: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero. Tradução por Wanderson Flor do Nascimento. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. 2021.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, ago. 2010.

PERES, M. C. C.; SOARES, S. F.; DIAS, M. C. **Dossiê sobre lesbocídio no Brasil**: de 2014 até 2017. Rio de Janeiro, Brasil: Livros Ilimitados, 2018.

PRESTES, Clélia R. S. **Estratégias de promoção da saúde de mulheres negras**: interseccionalidade e bem viver. 2018. 206 f. Tese (Doutorado em Ciências - Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

PUCKETT, J. A. *et al.* Parental Rejection Following Sexual Orientation Disclosure: Impact on Internalized Homophobia, Social Support, and Mental Health. **LGBT Health**, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 265-269, set. 2015.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Saúde das mulheres lésbicas**. Dossiê. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2006.

REDES DA MARÉ. **Censo Populacional da Maré**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/CensoMare\\_WEB\\_04MAI.pdf](https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/CensoMare_WEB_04MAI.pdf). Acesso em: 22 jun. 2021.

RICH, A. **Heterossexualidade compulsória e existência lésbica & outros ensaios**. 1. ed. Rio de Janeiro: A Bolha, 2019.

RICH, A. J. *et al.* Sexual Minority Stress Theory: Remembering and Honoring the Work of Virginia Brooks. **LGBT Health**, [s.l.], v. 7, n. 3, p. 124-127, 1 abr. 2020.

RUFINO, A. C. *et al.* Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. **The Journal of Sexual Medicine**, [s.l.], v. 15, n. 7, p. 966-973, jul. 2018.

RYAN, C. *et al.* Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. **PEDIATRICS**, [s.l.], v. 123, n. 1, p. 346-352, 1 jan. 2009.

SBMFC. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 22 jun. 2021.

SENHORAS, E. M.; DOS SANTOS, A. F. P.; DE SOUZA CRUZ, A. R. A. Expansão do protestantismo no Brasil e suas configurações na Amazônia Legal. **Ciências Sociais y Religião/ Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, n. 25, p. 136-149, dez. 2016.

SILVA, J. de S. e *et al.* (Org.). **O que é a favela afinal?** Rio de Janeiro, RJ: Observatório de Favelas, 2009.

SILVA, T. P. Entre búfalos e borboletas: dançando reflexões sobre corpo e gênero no cotidiano a partir da figura de Oyá-Iansã. **N'Ganhú**, [s.l.], v. 1. 2018.

SILVA, V. R. No Brasil, 6 mulheres lésbicas são estupradas por dia. **Gênero e Número**. Brasil, 22 ago. 2019. Disponível em: <https://www.generonumero.media/no-brasil-6-mulheres-lesbicas-sao-estupradas-por-dia/>. Acesso em: 22 jun. 2021.

TEIXEIRA, D. *et al.* Abordagem da violência na prática clínica. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES, A. **Saúde LGBTQIA+**: Práticas de cuidado transdisciplinar. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 187-196.

VIEIRA, R. C. *et al.* Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: Memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1821, 31 dez. 2019.

VIEIRA, R. C.; BORRET, R. H. Main Questions from Brazilian Family Physicians on Lesbians and Bisexual Women's Healthcare. **Caribbean Review of Gender Studies**, [s.l.], n. 14, p. 14, 2020.

VIEIRA, R. C.; BORRET, R. H. Mulheres cis lésbicas. *In*: CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES, A. J. (Eds). **Saúde LGBTQIA+ : práticas de cuidado transdisciplinar**. 1 ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole. 2021, p. 206-2014.

WESTERSTÅHL, A.; BJÖRKELUND, C. Challenging heteronormativity in the consultation: a focus group study among general practitioners. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 205-208, dez. 2003.

WONCA. **WONCA Special Interest Group: LGBTQ Health**. 2019. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/LGBTQ.aspx>. Acesso em: 1 jul. 2021.

WERNECK, J. **Mulheres negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

## ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “A lesbofobia no processo de saúde e adoecimento de mulheres lésbicas no Complexo da Maré - RJ”, desenvolvida por Renata Carneiro Vieira, discente do mestrado em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Ferreira Romano.

O objetivo central do estudo é analisar como a lesbofobia influencia no processo de saúde e adoecimento de mulheres lésbicas que vivem no Complexo da Maré - RJ.

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa por ser uma mulher lésbica e residir em alguma das favelas no Complexo da Maré que estão participando da pesquisa: Nova Maré, Baixa do Sapateiro, Morro do Timbau, Bento Ribeiro, Conjunto Esperança, Conjunto Pinheiro, Vila Pinheiro, Salsa e Merengue, Vila do João.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não participar ou desistir da mesma durante o processo. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa e ela foi pensada de maneira a não lhe trazer desconforto.

O convite é para realizar uma entrevista presencial, que pode acontecer em um ou mais encontros, entre a pesquisadora e você, com algumas perguntas sobre sua vida como mulher na Maré. Os encontros serão marcados de acordo com sua preferência de horário e acontecerão em espaço reservado, que garanta sua privacidade. As conversas serão gravadas em áudio, conforme sua autorização, sem necessidade de registro por foto/imagem/vídeo. Sua participação na pesquisa não requer nenhuma outra atividade além da descrita acima. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

A qualquer momento você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Todos os dados coletados nessa pesquisa são confidenciais e seu anonimato será garantido na divulgação dos resultados. Para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados, apenas a pesquisadora responsável e suas orientadoras terão acesso aos dados de áudio. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

Se houver algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo em posse da pesquisadora, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

A participação nesta pesquisa não trará nenhum benefício direto para você. De uma forma indireta, sua participação contribuirá para a construção do conhecimento sobre integralidade do cuidado em saúde, possibilitando uma melhor compreensão das formas pelas quais atua a lesbofobia em um contexto de favela e um melhor entendimento das percepções de saúde de mulheres lésbicas neste contexto.

Os riscos ligados à sua participação envolvem o possível constrangimento durante a gravação ou possível desconforto ao responder algumas questões que solicitam informações pessoais durante a entrevista, porém, a qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, ou apenas se negar a responder algumas das perguntas. Como o tema pode invocar sofrimento mental prévio e presente, também existe um risco de alguns problemas de saúde serem identificados.

Nesse caso, além do acolhimento no momento da entrevista, você pode ser encaminhada para a Clínica da Família de referência, inclusive, se você assim desejar, com referência escrita contando um pouco da sua história e/ou discussão do caso com os profissionais de referência. As nove favelas incluídas nesta pesquisa, Nova Maré, Baixa do Sapateiro, Morro do Timbau, Bento Ribeiro, Conjunto Esperança, Conjunto Pinheiro, Vila Pinheiro, Salsa e Merengue, Vila do João, têm como referência uma de 3 unidades de saúde municipais: Clínica da Família Adib Jatene, Clínica da Família Augusto Boal ou Centro Municipal de Saúde Vila do João. Nestas unidades, todos os moradores têm uma equipe de referência e profissionais de saúde que devem acompanhar todos os usuários cadastrados. Antes do início desta entrevista, (as)os médicas(os) que fazem parte das equipes destas clínicas foram contatados pela pesquisadora, que lhes apresentou o projeto, explicou sobre a possibilidade de identificação de alguns problemas de saúde no decorrer do processo e pactuou que, se necessário, estas mulheres seriam encaminhadas para a equipe para atendimento e acompanhamento, o que já é previsto como parte do trabalho desta equipe.

Seus dados serão mantidos em sigilo. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado da pesquisadora e em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a melhoria

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

das condições de saúde e redução das desigualdades sociais. Prevê-se, ao final da pesquisa, uma roda de conversa com devolutiva para as participantes e comunidade, guardados o sigilo e confidencialidade, considerando a importância e benefício da ampliação do conhecimento.

O Termo é redigido em duas vias, sendo uma da participante e outra da pesquisadora. Todas as páginas devem ser rubricadas pela participante da pesquisa e pesquisador, com ambas as assinaturas apostas na última página. Você receberá uma via e ao final constam os telefones e endereços institucionais do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os Comitês são formados por grupos de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Se necessário fazer contato eles:

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_  
Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ****Comitê de Ética em Pesquisa**

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde:**

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato com a pesquisadora responsável:

**Renata Carneiro Vieira** (Mestranda em Atenção Primária na ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 998542879

E-mail: [renatacvieira81@gmail.com](mailto:renatacvieira81@gmail.com)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora: Renata Carneiro Vieira

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “A lesbofobia no processo de saúde e adoecimento de mulheres lésbicas no Complexo da Maré - RJ” e concordo em participar.

 Autorizo a gravação da entrevista Não autorizo a gravação da entrevista\_\_\_\_\_  
(Assinatura da participante)

Nome da participante: \_\_\_\_\_