

VII Seminário FESPSP - “Juventude, trabalho e profissão: desafios para o futuro no tempo presente”.

28 de outubro a 01 de novembro de 2019

GT 10 - Marcadores Sociais da Diferença em Articulação: Gênero, sexualidade, raça, classe, geração e/ou deficiência produzindo desigualdade e negociando diferenças

ESTIGMA, SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A TRAJETÓRIA DE MULHERES LÉSBICAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Sabrina Silva Jacintho¹

Resumo: O presente projeto de mestrado² é sobre a questão do estigma associado ao sofrimento psíquico em mulheres lésbicas. O objeto a ser estudado é, portanto, jovens adultas lésbicas, residentes na cidade de São Paulo, que tenham algum histórico de transtorno psiquiátrico e/ou sofrimento psíquico e que atualmente estejam fazendo tratamento psiquiátrico e/ou acompanhamento psicológico. A pergunta que irá me orientar é: Como a questão do estigma associado ao sofrimento mental aparece na vida de jovens adultas lésbicas residentes na cidade de São Paulo e como as mesmas o assimilam e respondem a ele? A pesquisa a ser desenvolvida é uma pesquisa qualitativa. Pretendo formar o grupo de entrevistadas a partir da técnica bola de neve linear. As entrevistas a serem realizadas serão individuais, realizadas em um local previamente combinado entre entrevistada e entrevistadora. As perguntas serão abertas, dando maior liberdade para a entrevistada e o roteiro de entrevista a ser desenvolvido será semi-estruturado, possibilitando maior flexibilidade na condução da entrevista, visando obter da entrevistada o máximo de informações relevantes a pesquisa. As entrevistas serão conduzidas através da metodologia história de vida. Pretendo utilizar a técnica de análise de conteúdo para sistematizar os dados tornando possível a análise e,

¹ Graduanda do curso de Sociologia e Política da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP)

² Estou construindo esse projeto de mestrado como modalidade de Trabalho de Conclusão de Curso, o mesmo ainda não está finalizado, tenho ainda algumas leituras e autores que gostaria de trazer na discussão.

também, me valer da técnica de análise do discurso. Trago na problematização desse projeto uma discussão acerca da publicação pelo Ministério da Saúde da Nota Técnica Nº 11/2019, tal Nota esclarece as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e parece anunciar o desmantelamento do modelo de atendimento criado a partir da

Reforma Psiquiátrica. A partir dessa discussão discorro sobre como antes da Reforma Psiquiátrica o Brasil mantinha um modelo de atendimento, no que diz respeito à saúde mental, manicomial e asilar e introduzo o que foi a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Apresento, também, uma reflexão sobre como o gênero é um marcador social da diferença significativo ao olharmos para as questões relacionadas à saúde mental. As mulheres são as que mais procuram o serviço de atendimento de saúde mental e em geral isso é reconhecido, porém pouco questionado ou analisado devido a uma tendência em nossa sociedade em se naturalizar o sofrimento mental das mulheres.

Palavras-chave: estigma, gênero, sexualidade, saúde mental, lésbicas.

1. Introdução

A escolha do tema a ser pesquisado nunca é uma escolha aleatória. Acredito que, portanto, antes de mais nada, é importante demarcar o local de onde falo e minha relação para com o tema a ser estudado. A primeira vez que me vi como lésbica foi aos 17 anos, em 2010, enquanto cursava o último ano do ensino médio. Na época parei de frequentar a igreja que minha família frequentava e a qual eu sempre frequentei, me assumi perante família e amigos e, aos poucos, ao longo daquele ano, comecei a apresentar sintomas de exaustão emocional. Um dos sintomas foram as crises de automutilação, em respostas as mais diversas frustrações do dia-a-dia.

Ciente de estar chegando no meu limite, procurei ajuda psiquiátrica. Meu primeiro psiquiatra, em menos de uma hora de consulta, me diagnosticou com depressão e me receitou um antidepressivo. Um mês depois, com as crises de automutilação piores e mais frequentes, o mesmo mudou meu diagnóstico para Transtorno de Personalidade Limítrofe, acrescentou ao meu antidepressivo um estabilizador de humor e me indicou uma terapeuta cognitivocomportamental.

Em 2011, aos 18 anos de idade, entrei em minha primeira faculdade (a qual não cheguei a concluir), e ao longo daquele ano os remédios psiquiátricos foram aumentando, em dose e em quantidade, bem como a lista de sintomas que passaram a se confundir com os efeitos colaterais das medicações.

Em 2012, com então 19 anos de idade e no início do segundo ano da faculdade fui internada sob o argumento de que eu seria “um perigo para mim mesma”. Entre os 19 e os 21 anos de idade fui internada cinco vezes, nunca ficando menos de um mês em reclusão. As internações, os remédios e os diagnósticos me deixaram marcas que carrego até hoje, estigmas que por muitos anos caminharam lado a lado com a noção que eu tinha de mim mesma.

Faz mais de dois anos que interrompi o tratamento medicamentoso, optando por ficar somente com o acompanhamento de uma psicanalista. Falo, portanto, do lugar de uma mulher lésbica cuja trajetória foi atravessada pelo sofrimento psíquico, que nas mãos dos diversos psiquiátricos que ficaram responsáveis pelo “meu caso”, seja durante as internações, seja fora, ganharam contornos na forma de

diagnósticos. Os diagnósticos que recebi, dos 17 anos até os 24 anos, me marcaram fundo. Sinto que, muito rapidamente, deixei de ser vista e tratada como um ser humano por aqueles profissionais de saúde. Eu não era a Sabrina, uma jovem entrando na vida adulta, passando por um momento conturbado da vida. Não existia Sabrina, existia o transtorno. Tudo o que eu fazia e dizia, absolutamente tudo era explicado pelo diagnóstico.

Para além da desumanização e estigmas que veem junto com alguns diagnósticos, sinto que abracei “meus transtornos” de maneira identitária. Se existiu um movimento por parte das pessoas a minha volta (principalmente dos médicos e profissionais de saúde que cruzaram meu caminho no período) de me verem como uma doença ambulante, da mesma forma existiu um movimento da minha parte de me reduzir e me justificar através disso. Em última instância, o transtorno me protegia de assumir meus erros como sendo meus, permitindo que eu me tornasse uma eterna vítima, senão do mundo a minha volta, do transtorno que levava dentro de mim.

O projeto de mestrado que estou desenvolvendo é sobre a questão do estigma associado ao sofrimento psíquico em mulheres lésbicas. Trata de um tema que me desperta paixão pelos motivos pessoais citados acima. O objeto a ser estudado é, portanto, jovens adultas lésbicas, residentes na cidade de São Paulo, que tenham algum histórico de transtorno psiquiátrico e/ou sofrimento psíquico e que atualmente estejam fazendo tratamento psiquiátrico e/ou acompanhamento psicológico. Procurarei, ao longo da pesquisa, responder a pergunta: Como a questão do estigma associado ao sofrimento mental aparece na vida de jovens adultas lésbicas residentes na cidade de São Paulo e como as mesmas o assimilam e respondem a ele?

2. Objetivos geral e específico

O objetivo geral do projeto de mestrado a ser desenvolvido será compreender como a questão do estigma associado à doença mental aparece na vida das mulheres lésbicas diagnosticadas com transtornos psicológicos que irei entrevistar e como elas lidam e respondem a isto, seja assimilando tal estigma, seja criando estratégias de resistências a ele.

Os objetivos específicos serão: entender o que o diagnóstico psiquiátrico, bem como o tratamento oferecido à essas mulheres, nos diz sobre o lugar que elas ocupam na sociedade; e compreender como as mulheres significam e vivenciam o sofrimento psíquico e como tais vivências se articulam com os marcadores sociais da diferença de gênero, sexualidade e geração³.

3. Problematização e Justificativa

No dia dois de fevereiro deste ano (2019) o Ministério da Saúde divulgou a Nota Técnica Nº 11/2019⁴, que tem como assunto o esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. O texto traz uma revisão das portarias e resoluções publicadas de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. A nota anuncia que passam a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (ou RAPs): os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidade Terapêuticas, e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidade Ambulatoriais Especializadas (Nota Técnica 11/2019, p. 3).

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria Nº 3.008, de 23 de dezembro de 2011⁵. A RAPs tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles cujo sofrimento decorre do uso de crack, álcool e outras drogas. A Política Nacional de Saúde Mental, até então, era fortemente orientada pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, que tem como marco a Lei 10.216/2001⁶,

³ É esperado que outros marcadores sociais da diferença apareçam ao longo da pesquisa, como os marcadores de raça e classe.

⁴ Texto disponível na íntegra em: <http://pbpd.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-comalteracoes-nas-politicas-nacionais-de-saude-mental-e-de-drogas/> acessado 21/03/2019.

⁵ Texto na íntegra disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html acessado 25/03/2019.

⁶ Texto na íntegra disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm acessado 21/03/2019.

conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A Portaria que cria a RAPs tem como diretrizes, dentre outras, o respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade do usuário, atenção humanizada e ênfase em serviços de base territorial e comunitária. Tem como um de seus objetivos a reabilitação e reinserção social das pessoas com transtornos mentais e sofrimento em decorrência do uso do crack, álcool e outras drogas. Um dos pontos constitutivos da Rede de Atenção Psicossocial são as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial.

O texto da Portaria que cria a RAPs menciona as internações psiquiátricas enfatizando que as mesmas podem ser utilizadas somente para casos emergenciais e por curto período. O Artigo 11, Parágrafo 2 estabelece que os hospitais psiquiátricos podem ser utilizados nas seguintes condições:

O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. (Art 11, § 2º, Portaria Nº 3.008, 2011)

Portanto, fica claro que a intenção seria a gradual substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços que se complementam e buscam, juntos, a reinserção social do usuário.

A Nota Técnica publicada em fevereiro de 2019 divulga a inclusão dos hospitais psiquiátricos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. Anuncia que faz parte da Política Nacional de Saúde Mental ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados e estabelece que não irá mais incentivar a substituição dos leitos hospitalares pelos demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

Lendo o texto da Portaria que institui a RAPs e o texto da Lei da Reforma Psiquiátrica e comparando-os com o texto da Nota Técnica recentemente publicada

pelo Ministério da Saúde é possível notar uma considerável mudança na postura do mesmo em relação ao tema, bem como na perspectiva e ideais que o orientam. Enquanto o texto que institui a RAPs se preocupa predominantemente com a promoção e o respeito aos direitos humanos e com a inclusão e reinserção social das pessoas com transtornos mentais, a Nota Técnica pouco fala sobre direitos humanos ou sobre estratégias de desinstitucionalização.

A Nota defende, além da inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPs, o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia; a possibilidade de internação de crianças e adolescentes; e a abstinência como uma das opções na política de atenção às drogas⁷.

O Conselho Federal de Psicologia lançou uma nota de repúdio a publicação do Ministério da Saúde⁸, seguido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional⁹. A Nota Técnica 11/2019, foi retirada do ar pelo Ministério da Saúde dois dias após sua publicação, sob o argumento que ainda não estaria pronta. Apesar do aparente “voltar atrás” do Ministério da Saúde em resposta às críticas, a Nota anuncia o desmantelamento do modelo de atendimento criado a partir da Reforma Psiquiátrica.

3.1 Reforma psiquiátrica no Brasil e o abandono social

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira surgiu em meados de 1970, juntamente com um movimento internacional de luta e defesa dos direitos humanos (BRITO E VENTURA, 2012). A reforma psiquiátrica buscou criar um modelo substitutivo ao modelo manicomial vigente até então, como fica visível no texto da Portaria que institui a RAPs como vimos acima. Segundo Hirdes (2009) o termo desinstitucionalização surgiu no movimento italiano pela reforma psiquiátrica e se refere ao deslocamento do centro de atenção do manicômio, da instituição, para a comunidade, o distrito, a região. Significa, também, uma transformação na forma como a pessoa portadora de transtorno mental é tratada. O tratamento não se volta

⁷ Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/12/nova-politica-de-saudemental-e-alvo-de-criticas-entenda-4-pontos-e-veja-opinioes-contras-e-a-favor-dasmedidas.ghtml+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> acessado 16/03/2019.

⁸ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/> acessado 25/03/2019.

⁹ Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=10573> acessado 25/03/2019.

mais somente para a doença e busca pela “cura”, mas sim para o indivíduo em sua busca de produção de sentido, de sociabilidade, de formas de se viver em sua condição.

Antes da reforma os pacientes psiquiátricos eram internados compulsoriamente, por vezes pelo resto da vida em hospitais psiquiátricos que funcionavam como asilos, onde os ditos “loucos” que eram abandonados ali se tornavam vítimas de descasos e violências constante.

Um exemplo desse tipo de instituição manicomial é o conhecido Hospital Colônia de Barbacena, localizado na cidade de Barbacena, Minas Gerais. A jornalista Daniela Arbex em sua investigação que resultou no livro *Holocausto Brasileiro* (2013), afirma que o Colônia, como era conhecido, funcionava como um depósito de indesejáveis, ou seja, para lá eram enviados homossexuais, alcoólatras, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento, esposas não mais desejadas por seus maridos, mães solteiras, militantes políticos, negros, pobres, indigentes, crianças abandonadas, pessoas com deficiência, etc.

Uma vez admitidos lá dentro, dificilmente algum paciente conseguia sair, e lá sofriam as mais variadas formas de violência, muitas vezes até a morte, como fome, frio, eletrochoques e as chamadas “duchas escocesas” (aplicadas por mangueiras de alta pressão). Tais práticas eram adotadas para punir maus comportamentos. A autora, analisando os documentos do Hospital, estima que cerca de 70% dos pacientes admitidos sequer possuíam diagnóstico psiquiátrico.

Biehl (2008) afirma que até 1995, cerca de 95,5% dos investimentos em saúde mental no Brasil se destinavam às instituições manicomiais, com a reforma psiquiátrica, os investimentos nesse tipo de instituição caíram para 49,5% em 2005. Por outro lado, a medida que os investimentos em hospitais psiquiátricos diminuíram, houve um aumento significativo na distribuição de psicotrópicos que cresceu de 0,1% em 1995 para 15,5% em 2005.

Para Andrade (2010) parece que há uma limitação ou dificuldade que o movimento da reforma psiquiátrica tem encontrado em consolidar um de seus pressupostos, uma vez que, ao invés de se atentar a respeitar a convivência com a diferença e para a pluralidade de experiências, há uma atenção que se volta quase que completamente para o diagnóstico e a categorização e classificação de

experiências de vida. A saúde mental, de acordo com a autora, encontra-se em um momento de intensificação diagnóstica combinada com hipermedicalização.

Biehl (2008) em seu artigo Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo nos conta a história de Catarina, uma mulher de pouco mais de 30 anos abandonada em um asilo em Porto Alegre, devido ao seu sofrimento psíquico, “tratado” ao longo de sua vida pelo uso desregulado de drogas psicotrópicas, e por sua condição genética que, ao longo dos anos, passou a limitar seus movimentos.

Através da história de Catarina, Biehl nos conta sobre como o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil resultou em uma terceirização da responsabilidade do cuidado das pessoas em sofrimento mental para a comunidade e para a família, supondo-se que existia um interesse por parte da família e da comunidade na reinserção social desses indivíduos e desconsiderando o abandono que essas pessoas muitas vezes sofrem.

O trabalho de Biehl também nos mostra que é possível identificar um diálogo interseccional entre o gênero e às zonas de abandono social, termo utilizado pelo autor para nomear instituições que recebem e dão asilo para pessoas indesejadas socialmente, seja por motivo de sofrimento psíquico, deficiência, doença ou avançada idade. Muitos dos sujeitos que se encontram nessas zonas de abandono social, são mulheres. Me parece que as mulheres quando deixam ou encontram-se impossibilitadas de exercer seu papel social como mães e gestoras do lar, como o caso de Catarina, são mais facilmente abandonadas por suas famílias, ou seja, tornam-se descartáveis.

3.2 Gênero, sexualidade e saúde mental

De acordo com Andrade (2010), as mulheres são as que mais recorrem ao serviço de atendimento de saúde mental. Trata-se de um fato reconhecido, porém pouco discutido, uma vez que a ideia de que o sofrimento faz parte da “natureza” feminina é algo que encontra-se enraizado em nossa sociedade. Essa naturalização do sofrimento feminino estaria ligada a uma concepção de uma suposta vulnerabilidade relacionada à capacidade reprodutiva das mulheres. Segundo Rohden, “daí derivaria a ideia de que as doenças das mulheres nada mais seriam que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são

também doentes e são doentes porque são mulheres” (p. 16, 2001 apud ANDRADE, 2010).

Para a mesma autora, foi por volta da segunda metade do século XIX que os médicos voltaram sua atenção para a relação entre órgãos genitais, sexualidade e perturbações femininas. Em dado momento entendeu-se que os órgãos sexuais femininos, mais especificamente os ovários, seriam os grandes responsáveis pelas doenças, desvios e perturbações das mulheres, de modo que passou-se a recomendar sua extração cirúrgica. A princípio o procedimento era realizado para retirada de ovários doentes, porém com o tempo o procedimento passou a se tornar cada vez mais recomendado, a ponto de ser comum a utilização desse tipo de cirurgia com o objetivo de se “curar” perturbações mentais (ROHDEN, 2008).

Ainda de acordo com Rohden, boa parte das mulheres submetidas a esse tipo de procedimento eram mulheres jovens que apresentavam algum tipo de comportamento desviante. A mesma nos traz como exemplo o caso de uma jovem brasileira, internada em maio de 1896 por “conduta inapropriada”, uma vez que a mesma estava se relacionando com três homens de classe baixa fora do casamento. Como tratamento a jovem foi submetida a uma curetagem uterina, saindo “curada” em setembro do mesmo ano da Casa de Saúde a qual ela tinha sido internada. “Mais tarde, porém, as perturbações voltaram e dessa vez ela foi internada no Hospício Nacional dos Alienados, onde veio a falecer.” (2008, p. 138). Para os médicos da época, essas condutas desviantes seriam perturbações mentais graves o bastante para justificar a reclusão (ROHDEN, 2008).

A autora nos chama a atenção para o especial interesse por parte da medicina no estudo da mulher, podemos observar como esse interesse se materializa, por exemplo, no fato de existir uma especialidade médica voltada para isso, a chamada ginecologia. A ginecologia, em suas definições mais abrangentes, não se restringiria somente ao cuidado às desordens do aparelho sexual feminino, mas sim “a totalidade somática e psíquica da personalidade feminina, analisando o corpo e a alma como um todo integral e solidário nas suas reações aos estímulos partidos dos genitais” (N. M. BARROS, 1991, p. 5335 apud ROHDEN, 2002, p. 106). Tal interesse em se observar, analisar, controlar e normalizar a mulher e sua sexualidade evidencia uma grande preocupação com a delimitação do papel sexual

de cada sexo, bem como uma necessidade de “essencialização” das diferenças entre os sexos (ROHDEN, 2008).

Sexo, para Butler (2003), não é fixo, dicotômico e imutável como se supõe. A ideia de um sexo anterior à cultura, e do sexo como dado da natureza é, também, uma construção histórica e cultural. De modo que a clássica distinção entre sexo-gênero talvez não faça sentido. Ainda de acordo com Butler (2003), a heterossexualidade seria um dos pilares que sustentam a matriz que dá inteligibilidade ao gênero, ou seja, nossa sociedade é atravessada pela noção de que masculinidade e feminilidade são atributos que pertencem, respectivamente, ao homem e a mulher, de forma que o homem, para ser homem, deve ser necessariamente masculino e heterossexual, da mesma forma que a mulher, para ser mulher, deve ser necessariamente feminina e igualmente heterossexual (TOLEDO, 2008). Se o normal é ser heterossexual, as mulheres lésbicas, ao assumirem sua identidade, tornam-se abjetas, sujeitos desviantes, indesejadas socialmente e passíveis de sofrerem violências e discriminações.

As mulheres lésbicas que carregam questões de sofrimento psíquico estariam, portanto, duplamente estigmatizadas, uma vez que além de não serem vistas como mulheres “normais” porque são lésbicas, carregam também o estigma associado à doença mental. Me interessa entender como ambas as questões se interseccionam e dialogam entre si, bem como, estas também se interseccionam com outros marcadores sociais da diferença como raça e classe.

Para Fernandes, Soler e Leite (2018) em uma sociedade machista e misógina, as mulheres lésbicas enfrentam uma série de violências e discriminações em função de sua condição. Estas violências e discriminações também podem ser motivadas por outras especificidades em diálogo com a lesbianidade. Como por exemplo uma mulher lésbica negra, cuja lesbofobia sofrida é uma lesbofobia racista, ou então uma lésbica gorda que sofre uma discriminação que é tanto lesbofóbica quanto gordofóbica. Ou seja, a lesbofobia que uma lésbica branca sofre, não é a mesma que uma lésbica negra sofre, da mesma forma que uma lésbica magra não sofre o mesmo preconceito que uma lésbica gorda. Nesse sentido o machismo, a misoginia, o racismo, a gordofobia e o classismo são opressões e preconceitos que não podem ser pensados de maneira isolada.

A feminista lésbica negra Audre Lorde, em um de seus textos chamado Não há hierarquias de opressão (2009), nos ajuda a entender como as opressões estão interligadas de forma que não podemos falar em uma sem pensarmos nas demais:

No interior da comunidade lésbica eu sou negra, e dentro da comunidade negra eu sou lésbica. Qualquer ataque contra pessoas negras é um problema lésbico e gay, porque eu e milhares de outras mulheres negras somos parte da comunidade lésbica. Qualquer ataque contra lésbicas e gays é um problema dos negros, porque milhares de lésbicas e homens gays são negros. Não existe hierarquia de opressão.

Justifico a escolha do tema a ser pesquisado com o argumento de que, apesar de que em 2013, depois de muitos anos de luta e reivindicações, o Ministério da Saúde tenha lançado a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social”¹⁰, que aborda a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a população lésbica continua enfrentando muita invisibilidade e atualmente ainda precisa lutar para abrir espaço e diálogo para a construção de ações junto aos setores da saúde, onde ainda é muito comum o descaso, despreparo, a discriminação e a lesbofobia dos profissionais da saúde para com essa população (FERNANDES, SOLER E LEITE, 2018).

Atualmente, com a eleição do atual presidente Jair Bolsonaro, com sua postura conservadora e homofóbica, essa luta torna-se ainda mais árdua e muitos dos direitos conquistados ao longo dos últimos anos pelo movimento LGBT podem estar em risco. O retrocesso anunciado pela Nota Técnica 11/2019, é somente uma das diversas facetas retrógradas do novo governo, que combinada com o avanço de uma agenda homofóbica, irá afetar essa população de maneira ainda mais cruel.

4. Procedimentos de pesquisa

¹⁰ Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf
f acessado 16/09/2019

A pesquisa a ser desenvolvida será uma pesquisa qualitativa sem nenhuma pretensão de ser representativa ou gerar dados estatísticos sobre o tema, mas sim levantar pistas e ideias que nos ajudem a pensar o problema apresentado. Como já dito anteriormente, o objeto a ser pesquisado será jovens adultas lésbicas residentes na cidade de São Paulo que estejam fazendo tratamento psiquiátrico ou acompanhamento psicológico, seja em clínicas e consultórios particulares ou públicos.

Pretendo entrar em contato com duas conhecidas, que sei que possuem questões de sofrimento psicológico e estão fazendo algum tipo de tratamento, e convidá-las a participar da pesquisa como entrevistadas, a partir desse primeiro contato pretendo formar um grupo de entrevistadas valendo-me da técnica bola-de-neve linear (linear snowball sampling). Ou seja, irei pedir para que minhas duas primeiras entrevistadas me indiquem, cada uma delas, uma segunda mulher lésbica que esteja também fazendo algum tratamento psiquiátrico ou acompanhamento psicológico, e assim por diante, até que se atinja o “ponto de saturação”, ou seja, quando as entrevistadas deixam de acrescentar novas informações relevantes para a pesquisa, que já não tenham sido observadas nas entrevistas anteriores e, portanto, começam a se repetir (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Realizarei entrevistas individuais em locais silenciosos o bastante para que seja possível conduzir e gravar as entrevistas sem grandes interferências ou distrações. O local será previamente combinado entre as partes. As perguntas serão abertas, dando maior liberdade para a entrevistada e o roteiro de entrevista a ser desenvolvido será semiestruturado, possibilitando maior flexibilidade na condução da entrevista, visando obter da entrevistada o máximo de informações relevantes a pesquisa. As entrevistas serão conduzidas através da metodologia história de vida. Portanto, procurarei entrar em contato com a autobiografia da entrevistada de modo a conseguir informações úteis à pesquisa (HAGUETTE, 2003). Tal método me ajuda a entrar em contato com o aspecto social dos transtornos psiquiátricos através do ponto de vista das mulheres diagnosticadas.

No que diz respeito a análise dos dados colhidos pretendo utilizar a técnica de análise de conteúdo para sistematizar os dados tornando possível a análise. De acordo com Bardin (1979 apud CAPELLE; GONÇALVES; MELO, 2003) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise que visa, por meio de sistematização

e objetividade na descrição do conteúdo das entrevistas, tornar possível deduções lógicas e justificadas sobre os trechos das entrevistas e sua origem, quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretendeu causar por meio delas.

A análise dos dados colhidos também contará com a técnica de análise de discurso. Segundo Orlandi (2001), em seu livro *Análise de Discurso*, a palavra discurso nos dá a ideia de curso, percurso, de percorrer, de movimento. Trata-se da palavra em movimento, uma prática de linguagem onde se observa o homem falando. Dessa forma a análise do discurso busca compreender a língua, e seus simbolismos, como parte de uma sociologia geral que constitui igualmente o homem e sua história. Tendo o homem a capacidade de significar as coisas e a si mesmo, a análise do discurso entende a “linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social” (Orlandi, 2001). Portanto, a linguagem é vista como uma maneira de significar, de produzir sentido de acordo com que vivemos, seja pessoal ou socialmente. Porém, com Foucault (1996), em seu livro *A ordem do discurso*, vemos que o discurso não só traduz, manifesta ou esconde, as lutas, os sistemas de dominação ou o desejo, mas ele próprio é objeto de desejo, aquilo pelo que (e pelo qual) se luta.

Para Orlandi (2001), a análise do discurso é constituída de três disciplinas: Linguística, Marxismo e Psicanálise. Ou seja, a análise do discurso leva em conta a linguagem, o contexto histórico e o indivíduo produtor do discurso. O discurso não é uma mera transmissão de informações. Mas possui, de acordo com Foucault (1996), uma íntima relação com poder e desejo. O discurso não é neutro ou transparente, mas sim um dos lugares onde poder e desejo exercem suas mais temíveis forças. Portanto as falas dos entrevistados serão analisadas como falas políticas, pertencentes à um discurso maior presente em nossa sociedade, de acordo com o contexto histórico na qual se insere, bem como pertencente a uma história e subjetividade individual do enunciador.

Referências

- ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, Aug. 2013.
- ANDRADE, APM. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: MALUF, SW e TORNQUIST, CS (org). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BALDIN, Nelman. MUNHOZ, Elzira. *Snowball (Bola de Neve): uma técnica metodológica para a pesquisa em educação comunitária*. In: IX Congresso Nacional de Educação – Curitiba: Educere. PUC, 2011. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf
- BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **REVISTA DE ANTROPOLOGIA**, SÃO PAULO, USP, 2008, V. 51 Nº 2
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica No 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Fev., 2019.
- BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: Uma análise da legislação brasileira. *RDisan*, São Paulo: v. 13, n. 2, p. 41-63. Jul./Out.2012.
- BUTLER, Judith. *Sujeitos do sexo/gênero/desejo in: Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
- _____. *Proibição, psicanálise e a produção da matriz heterossexual in: Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
- CAPELLE, M; GONÇALVES, C; MELO, M. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. Minas Gerais: *Revista Eletrônica de Administração da UFLA*, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/viewArticle/251>
- CECCARELLI, P. R. A invenção da homossexualidade. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, v. 2, n. 02, 27 nov. 2012.
- FACCHINI, Regina. *Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico*. **Cadernos AEL**, v. 10, n. 18/19, 2010.
- FERNANDES, M., SOLER, L. D. e LEITE, M. C. B. L. *Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades*. **Revista BIS**, vol. 19, n. 2., p. 37 - 46, dez, 2018.

- FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- _____. História da Sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2017.
- HAGUETTE, Teresa M F. A História de Vida. In: Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis. Editora Vozes, 2003.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_abstract#ModalArticles
- LAQUEUR, Thomas. Da linguagem e da carne. In: Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LORDE, Audre. Não há hierarquias de opressão. In: Textos escolhidos de Audre Lorde. 2009. Disponível em: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AJwqGhrkXsJI4xk&cid=C96EED8FA9C6336&id=C963EED8FA9C6336%21426&parId=C963EED8FA9C6336%21275&o=OneUp>
- MARQUES, António Manuel; OLIVEIRA, João Manuel de; NOGUEIRA, Conceição. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2037-2047, 2013.
- ORLANDI, Eni P. Introdução. In: Análise de Discurso: princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes, 2001.
- ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.15, supl., p. 133-152, jun. 2008.
- _____. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do Século XIX. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002.
- SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade, Porto Alegre**, v.20, n.2. p. 71-99, 1995.
- TOLEDO, Livia Gonsalves. Estigmas e estereótipos sobre as lesbianidades e suas influências nas narrativas de histórias de vida de lésbicas residentes em uma cidade do interior paulista. 2008. 234 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/97601>>.

Bibliografia a ser consultada

- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s291-s300, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001400011&lng=en&nrm=iso.
- BIEHL, J. GOOD, B. KLEINMAN, A. Introduction: Rethinking Subjectivity in: org BIEHL, J. GOOD, B. KLEINMAN, A. Subjectivity: Ethnographic Investigations. University of California Press, 2007.
- CARNEIRO, A. A morte da clínica: movimento homossexual e luta pela despatologização da homossexualidade no Brasil (1978-1990). **Anais do Simpósio Nacional de História**, Florianópolis, SC, Brasil, v. 28, 2015.
- CORIN, Ellen. The “other” of culture in psychosis: The ex-centricity of the subject in: org. BIEHL, J. GOOD, B. KLEINMAN, A. Subjectivity: Ethnographic Investigations. University of California Press, 2007.
- FISCHER, Michael M. J. Epilogue: To live with what would otherwise be unendurable in: org. BIEHL, J. GOOD, B. KLEINMAN, A. Subjectivity: Ethnographic Investigations. University of California Press, 2007.
- GONÇALVES, Alda Martins; DE SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.
- GOFFMAN, Erving. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- LACOMBE, Andrea. De entendidas e sapatonas: socializações lésbicas e masculinidades em um bar do Rio de Janeiro. **cadernos pagu**, n. 28, p. 207-225, 2007.
- LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 451-467, 2008.
- MARQUES, Luciana. Homossexualidade, cultura e representações sociais: Um breve percurso sobre a história de sua (des) patologização. **Poliantea**, v. 10, n. 18, p. 227-267, 2014.
- PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 82-94, 2008.
- PERUCCHI, Juliana; COELHO BRANDÃO, Brune; DOS SANTOS VIEIRA, Hortênsia Isabela. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 1, 2014.
- SANTOS, Daniel Kerry dos. As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à psicologia. **Revista Epos**, v. 4, n. 1, p. 00-00, 2013.